



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

LAS ESCUELAS DOMINANTES EN TERAPIA SISTÉMICA

**TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A**

ELSA KARINA GONZÁLEZ GARCÍA

JURADO DE EXAMÉN

**TUTOR: LIC. VICENTE CRUZ SILVA
MTRA. LIDIA BELTRÁN RUIZ
LIC. PEDRO VARGAS AVALOS
LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTABUTRÓN
LIC. JAZMÍN ROLDÁN HERNÁNDEZ**



México, D.F

Junio 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo:

Porque gracias a su apoyo he logrado uno más de mis objetivos. Porque sola, no tendría ya fuerzas para fijarme nuevas metas que juntos ya tenemos y alcanzaremos. Porque tú siempre confiaste en que lograría y sin ti no habría podido llegar hasta aquí. ¡TE AMO!

A mi madre:

Que es el ser más maravilloso del mundo, gracias por el apoyo moral, su cariño y comprensión que desde siempre me ha brindado, por guiar mi camino y estar junto a mi en todos los momentos de mi vida.

A mi padre:

Porque ha sido para mí un hombre grande y maravilloso que siempre he admirado, gracias por guiar mi vida con energía, esto es lo que ha hecho que sea lo que soy hoy.

A mi hermana:

Por todos los momentos que pasamos juntas, como testimonio de gratitud y correspondiendo a su gran amor y apoyo recibido.

A Ricardo y Fernanda:

Por su amor y cariño, porque han sido para mí una fuente de energía que me permite ver hacia delante y luchar cada día más para cuidarlos y protegerlos.

A mis maestros:

Por brindarme sus conocimientos: Vicente, Sergio, Lidia, Alberto y Pedro ¡¡¡GRACIAS!!!

INDICE

CAPITULO I “Epistemología Cibernética”

Antecedentes de la epistemología cibernética	9
Conferencia Macy	9
El Equipo de Bateson	12
El Laboratorio de Heinz Von Foerster	15
Escuelas de Terapia	16
Mental Research Institute (M.R.I.)	17
La Escuela Estratégica de Haley	17
Escuela de Soluciones	19
Escuela de Milán	19
Conceptos Básicos	20
Conceptos	20
Herramientas	25

CAPITULO II “Mental Research Intitute (MRI)”

Introducción	28
Antecedentes	28
Capacidad de maniobra del terapeuta	29
Medios para aumentar la capacidad de maniobra	30
<i>Oportunidad y ritmo</i>	30
<i>El tiempo necesario</i>	31
<i>El uso del lenguaje condicional</i>	31
<i>El cliente debe concretar</i>	32
<i>Actitud igualitaria</i>	33
<i>Sesiones individuales y conjuntas</i>	34
La postura del paciente	34
La evaluación de la postura del paciente	35
Tipos de posturas	36
La utilización de la postura del paciente	36
<i>Evitar resistencias</i>	37
<i>Estimular la colaboración del paciente</i>	37
La entrevista inicial	37
La planificación del caso	38
Establecer el problema del cliente	38
Establecer la solución intentada por el cliente	39

Decidir qué se debe evitar	39
Formular un enfoque estratégico	39
Formular tácticas concretas	40
Encuadrar la sugerencia en un contexto: <<vender>>la tarea	40
Formular objetivos y evaluar el resultado	41
Las intervenciones	41
Las intervenciones principales	42
<i>El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo</i>	42
<i>El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo</i>	43
<i>El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición</i>	43
<i>El intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación</i>	44
<i>La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa</i>	44
Las intervenciones generales	45
<i>No apresurarse</i>	45
<i>Los peligros de una mejoría</i>	45
<i>Un cambio de dirección</i>	46
<i>Como empeorar el problema</i>	46
La terminación del tratamiento	46
Reporte de Caso	48
Modelamiento de terapia: MRI	51

CAPITULO III “Terapia Estratégica de Jay Haley”

Introducción	53
Terapia Estratégica de Haley	54
Intervenciones	56
Reporte de Caso	60
Modelamiento de terapia: Terapia Estratégica de Jay Haley	64

CAPITULO IV “Escuela de Soluciones”

Introducción	66
Antecedentes	67
Premisas Básicas	69
Modelos de Relación Terapeuta-Cliente	70
Proceso Terapéutico	72
Foco	72
Mapa Central- Primera Sesión	73
Estrategias para el Cambio	75
Intervenciones	75
Preguntas Presuposicionales	76
Elogios	76
Tareas de Formula	77

La Pregunta por el Milagro	78
Pregunta de Escala	79
Pregunta de Excepción	80
Reporte de Caso	81
Modelamiento de terapia: Terapia de Soluciones	84

CAPITULO V “Escuela de Milán”

Introducción	86
Antecedentes Históricos	87
Postulados que caracterizan al Modelo	89
Desarrollo de la Sesión	92
Presesión	92
Sesión	93
Discusión de la Sesión	93
Conclusión de la Sesión	93
Acta de Sesión	94
Estrategias y Procedimientos del Proceso Terapéutico	94
Formulación de Hipótesis	94
Neutralidad	95
Circularidad	95
Interrogatorio circular	96
Métodos de Intervención	98
Connotación positiva	98
Los rituales familiares	99
Reporte de Caso	100
Modelamiento de terapia: Escuela de Milán	104

Conclusiones	107
---------------------	-----

Bibliografía

LAS ESCUELAS DOMINANTES EN TERAPIA SISTÉMICA

RESUMEN

La Terapia Sistémica es una de las formas de trabajo terapéutico más reconocido en la actualidad debido a su nueva forma de conceptualizar los problemas humanos, así como sus soluciones. Su forma de conceptualización en el proceso de cambio hace posible el proceso terapéutico, por lo común breve, su aproximación a los problemas humanos es no-patologizante y propicia la atención a una población muy diversa.

En este trabajo se abordan los temas principales de la Terapia sistémica: *La Epistemología cibernética*, y los modelos de Terapia Sistémica dominante: *del Mental Research Institute (MRI)*, *Terapia Estratégica*, *Terapia Centrada en Soluciones* y *Terapia Familiar Sistémica de Milán*.

En cada capítulo se hablará específicamente de cada escuela, donde se abordaran sus antecedentes históricos, la entrevista, intervenciones, etc., así mismo se presenta para cada escuela un caso donde se observa la aplicación de cada enfoque.

Introducción

La Terapia Sistémica en la actualidad constituye una alternativa que ofrece nuevas posibilidades para el trabajo terapéutico considerando un acercamiento a los sistemas de relación humanos en su conjunto y a los procesos de comunicación tal cual sucede dentro de los sistemas, basándose en la epistemología cibernética.

El enfoque sistémico tiene sus orígenes en la década de los 50,s, es a partir de ese momento cuando se inicia un nuevo movimientos terapéutico, dando origen a diversas escuelas de terapia, y por tanto a formas distintas de trabajar la terapia dentro de un mismo marco epistemológico. El presente trabajo abordará cuatro escuelas sistémicas: *El Mental Research Institute (MRI)*, *la Escuela Estratégica de Haley*, *la Escuela de Soluciones* y *la Escuela de Milán*.

El capítulo I titulado “Epistemología cibernética”, contiene una breve reseña histórica, donde se mencionan las conferencias Macy, el Proyecto Bateson y el Laboratorio de von Foerster. Así como la influencia de la epistemología cibernética en las escuelas de terapia; MRI, Estratégica, Soluciones y Milán. Además de explicar algunos de los conceptos y herramientas fundamentales para la epistemología cibernética.

En el capítulo II se hablará del Mental Research Institute (MRI), aquí se abordarán los antecedentes históricos sobre la fundación del MRI, técnicas que se utilizan durante la terapia, intervenciones, etc. Así mismo se presenta un caso donde se aplican dichas técnicas.

En el capítulo III “Terapia Estratégica de Haley” se podrán apreciar el desarrollo histórico de esta escuela, así como sus principios fundamentales, sus diversas intervenciones hasta llegar a la conclusión de un tratamiento, representado por un reporte de caso.

En el capítulo IV nombrado “Escuela de Soluciones” se hablara específicamente de Escuela Centrada en Soluciones de Steve de Shazer, comenzando por los antecedentes, así mismo, se hablará de las premisas básicas de esta escuela, el proceso que debe de llevar la terapia y las estrategias o intervenciones que utiliza para el cambio en las personas.

En el último capítulo se hablará de la Terapia Familiar Sistémica de Milán, donde se apreciará la historia de la Escuela, sus postulados, el desarrollo de una sesión, así como de diversas estrategias o procedimientos del proceso terapéutico que permite intervenir en una sesión. Finalizando con un reporte de caso, ilustrado por medio de un esquema, donde se puede observar el modelamiento de la pauta del problema y el modelamiento de la pauta del cambio.

Por último se presentarán las conclusiones, donde se hará una reflexión de lo aprendido en el Diplomado, así como comentarios generales de las Escuelas de Terapia, que me ayudaron en mi formación profesional y personal.

CAPITULO I

Epistemología cibernética

ANTECEDENTES DE LA EPISTEMOLOGÍA CIBERNÉTICA

CONFERENCIA MACY

El 11 de mayo de 1942 en Nueva York, tuvo lugar la primera de una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Josiah Macy Jr. El nombre de aquella primera conferencia fue el de "Inhibición cerebral". El tema que flotaba en la conferencia era el trabajo conjunto de Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian Bigelow acerca de la importancia de los procesos de retroalimentación en la comprensión de la conducta intencional. Dicho trabajo explicaba el modo en que una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo y, más aún, cómo su conducta se da en función de una cierta finalidad a la que tiende en todo momento sólo para corregirse y de este modo autorregularse. Este modelo remplazaba la relación causa-efecto tradicional de un estímulo que lleva a una respuesta, por casualidad circular que requiere de retroalimentación negativa (Vargas, 2004).

La presentación de Rosenblueth entusiasmó enormemente a los científicos que participaron en ella, entre otros el matemático John von Neuman, el fisiólogo mexicano Rafael Lorente de No, el neuropsiquiatra Warren McCulloch, los antropólogos Gregory Bateson, Margaret Mead, Milton H. Erickson y Lawrence Kubie. Esta primera reunión fue la que dio pie a la organización de una serie de conferencias que tuvieron que esperar cuatro años por el comienzo de la Segunda Guerra Mundial (Vargas, 2004).

Hacia 1946, Frank Freemont Smith, director de la fundación Macy, urgió a McCulloch para reanudar las conferencias y seguir presentando las ideas

presentadas por Rosenblueth. Otro de los principales animadores de estas conferencias fue Gregory Bateson, que también insistió a McCulloch para organizarse las conferencias e incluso encargó junto a Margaret Mead y Lawrence Frank, de invitar al encuentro a muchos de los participantes de las llamadas *ciencias blandas* (Vargas, 2004).

El trabajo de organización permitió que el 8 y 9 de marzo de 1946 diera comienzo el ciclo de conferencias "The Feedback Mechanisms and Circular Causal Systems in Biology and Social Sciences" (Los mecanismos de retroalimentación y los sistemas de causalidad circular en la biología y las ciencias sociales). Este fue el inicio de una serie de 10 conferencias más desde 1946 y hasta 1953. Los participantes variaron con los años, pero esencialmente se mantuvo la temática que se había de tratar "Los mecanismos de retroalimentación y sistemas Causales Circulares en los Sistemas Biológicos y Sociales" (Vargas, 1997).

Estas reuniones son las llamadas conferencias de Macy; en ellas participaron científicos pertenecientes tanto a las ciencias duras como a las ciencias sociales. Entre los participantes estaban dos de los matemáticos más importantes del siglo XX: Norbert Wiener y John von Neuman; a los neurofisiólogos mexicanos Arturo Rosenblueth y Rafael Lorente de No; al matemático autodidacta Walter Pitts, al neuropsiquiatra Warren McCulloch, al psicólogo Kurt Lewin y a los antropólogos Margaret Mead y Gregory Bateson, por mencionar a algunos de los más importantes que fueron del grupo base que asistía a todas las conferencias; además de que participaron en algunas de ellas : Heinz von Foerster (quien se integró a partir de la quinta conferencia como secretario y relator de las sesiones), Nathan Ackerman, Ross Ashby, Leon Festinger, Claude Shannon, Eric Erickson, Roman Jacobson y Alex Bavelas (Vargas, 2004).

Se ha considerado que las conferencias propiciaron uno de los gritos epistemológicos más importantes en el campo de la ciencia, pues se propusieron

nuevas formas de explicación no sólo en el campo de la ingeniería sino también en la biología y el área social.

Vargas (2004) menciona algunas de las aportaciones conceptuales que circularon por primera vez durante estos encuentros:

- En la reunión de 1946, Wiener y von Neuman introdujeron la diferencia entre las claves analógicas y digitales.
- Se comenzó a hablar de retroalimentación negativa y positiva, de la medición de la información y de la relación de ésta con el concepto de entropía.
- Se examinaron las teorías tipológicas de Russell (popularmente conocidas como teoría de los tipos lógicos).
- Se habló también en esas conferencias de las oscilaciones “patológicas” de una computadora frente a la paradoja russeliana, y de cómo los sistemas de comunicación dependen de la información y no de la energía.
- Wiener habló de cómo es posible comprender la comunicación en distintos niveles de tipo lógico (o niveles de abstracción).

Muchos de estos conceptos son de uso común en el discurso de Bateson, y en los practicantes de terapia sistémica.

De las ideas formuladas durante las conferencias de Macy de marzo de 1946 hasta la última ocurrida en abril de 1953, y de los trabajos realizados en forma independiente en esos mismos años, surgieron innovaciones teórico-conceptuales que bosquejaron un nuevo marco conceptual de referencia: la cibernética, cuyo objeto de estudio se enfocó a los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y las máquinas. Con la cibernética se encontró un lenguaje interdisciplinario que permitió tanto construir sistemas artificiales como entender sistemas naturales (Vargas, 2004).

Con la aplicación de las nociones cibernéticas (circularidad, información, retroalimentación, regulación, autoorganización, etc.) a diversos campos científicos, se hizo posible pensar en una nueva manera de abordar los problemas e incluso se pasó a hablar en años posteriores de una cibernética de segundo orden. La cibernética probó ser una teoría atractiva para los investigadores interesados en las relaciones entre individuos y grupos humanos. La cibernética se tornó el soporte teórico de un campo emergente, donde confluyeron la explicación interaccional y la aparición de la terapia familiar. Dentro de este desarrollo, Gregory Bateson desempeñó un papel fundamental para llevar los conceptos de la cibernética a la explicación del comportamiento (Vargas, 2004).

Es en el contexto de las conferencias de Macy que Bateson se adueña de una gran cantidad de herramientas conceptuales que le serán útiles más tarde para plantear constructos como el “doble vínculo” en su investigación sobre la comunicación en pacientes esquizofrénicos. Fue en estas conferencias cuando adoptó la perspectiva de una epistemología cibernética para su trabajo. Y fue sin duda en las conferencias de Macy donde se gestó el tipo de pensamiento que articula lo que se ahora se llama terapia sistémica (Vargas, 2004).

EL EQUIPO DE BATESON

Los aportes de Gregory Bateson legó constituyen la base teórica más importante en el desarrollo de la terapia familiar sistémica. Bateson introdujo herramientas teóricas de corte antropológico y de cibernética en el campo de la comprensión del comportamiento (Vargas, 2004).

En la época de las conferencias de Macy, Bateson tomó las ideas de Wiener con gran entusiasmo, y de hecho dejó de correr su imaginación con las posibles aplicaciones que podría tener en el campo de las ciencias sociales el uso de

términos tales como retroalimentación, calibración u otros conceptos claves de la cibernética.

Bateson retomará estas nociones y aplicará la comprensión de sistemas interaccionales y sociales, pensó que en las interacciones humanas se corporizan los procesos de retroalimentación como eran descritos en la cibernética. Estos procesos de retroalimentación son los que darían la estabilidad a la organización descrita (familia, pareja o cultura). Esta organización se puede mantener gracias al control de los fragmentos intensificados de conducta; se dice que tal organización o sistema perdura debido a que es autocorrectivo (Vargas, 2004).

Esta condición de estabilidad en un sistema siempre ha de ser analizada a la luz de los cambios que permiten tal estado. La cibernética sugiere que todo cambio puede entenderse como el empeño en mantener una cierta constancia, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio. Para dar cuenta de estos juegos de estabilidad y cambio se ha utilizado el término de *homeostasis*. Wiener propuso de manera original que la estabilidad y el cambio son explicables por diferentes órdenes de control de retroalimentación. 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. Esta retroalimentación de orden superior suele ofrecer una manera de preservar y cambiar una determinada organización social (Vargas, 2004).

Este interés en los niveles de aprendizaje y de sistemas de clasificación lo lleva a investigar la naturaleza general de la comunicación en términos de niveles: los llamados niveles lógicos de Russell, y es esta discontinuidad entre niveles el ámbito donde ocurre la paradoja.

Bateson resaltó que en los procesos de interacción, el elemento que determina las reacciones y el comportamiento es el paso de informaciones así como los procesos que están implicados en su tratamiento, afirmó que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación. Todo suceso es un mensaje y lo que cuenta es qué tipo de transmisión de información se está llevando a cabo. Bateson introdujo también la idea de los niveles jerárquicos del mensaje; refirió que cada mensaje contiene por lo menos dos niveles: un nivel de contenido y un nivel de significado. Él fue uno de los primeros investigadores en sostener la importancia de la función jerárquica de los niveles de abstracción o tipos lógicos de la comunicación (Vargas, 2004).

Bateson inició un proyecto de investigación en 1952 sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que pueden dar lugar a paradojas. Puso en marcha el proyecto en colaboración con John Weakland, Jay Haley y William Fry (Vargas, 2004).

En el año de 1953, el grupo comenzó a examinar de manera más profunda la práctica en psicoterapia. Existía el interés por el trabajo con pacientes esquizofrénicos y por la comunicación que se daba entre ellos. Dentro de esta orientación se propuso que la conducta del paciente esquizofrénico se debía a una incapacidad para codificar mensajes pautados tradicionalmente y que no hacían una diferencia entre fantasía y realidad; confundían una declaración metafórica con una literal (Vargas, 2004).

Los trabajos y las observaciones de los miembros del proyecto, fueron publicados hasta el año de 1956 gracias a las gestiones de Donald de Ávila Jackson, psiquiatra integrado al equipo en 1954, por una invitación de Bateson a participar en el proyecto de investigación, cuando lo escucho en una conferencia en el Hospital de Veteranos, donde hacía alusión a la homeostasis familiar. Jackson representó un giro en la evolución del grupo de Bateson, él aportó credibilidad clínica al grupo y lo introdujo de manera importante en el mundo de la psiquiatría.

EL LABORATORIO DE HEINZ VON FOERSTER

La formación de Heinz von Foerster está marcada por una fuerte inquietud multidisciplinaria, que le llevó a interesarse por la psicología, la filosofía, la lingüística, la sociología. Se movió en el entorno del 'Círculo de Viena' y de los trabajos de Ludwig Wittgenstein. En 1949, emigró a Estados Unidos, donde participó en las prestigiosas Macy Conferences sobre "los mecanismos causales circulares y de retroalimentación en sistemas biológicos y sociales", de las que fue editor (*Cybernetics*, 1949-53), vivencia que le puso en contacto con los principales protagonistas de uno de los momentos estelares del pensamiento multidisciplinario del siglo XX. En 1958, revisa los planteamientos de Wiener acerca de la cibernética y propone un nuevo enfoque, propio de los sistemas complejos, que define como la 'cibernética de segundo orden' y es la base teórica del constructivismo radical. Profesor de ingeniería de las señales en 1951 y, más tarde, de biofísica en 1962 en la Universidad de Illinois en Urbana-Champaign, especialidades convergentes en el que sería centro de sus trabajos teóricos y empíricos más relevantes, el Biological Computer Laboratory (BCL), del que fue su fundador en 1957 y director. Por el BCL pasaron las figuras más significativas del que se configuraba como nuevo pensamiento cibernético; entre ellas, Warren McCulloch, Norbert Wiener, Johann von Neumann, Ross Ashby, Gregory Bateson, Margaret Mead, Claude Shannon y otros como los chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela, que se convertirían en dos de sus más brillantes seguidores, o el mexicano Arturo Rosenblueth (INFOAMÉRICA, 2003)

Este laboratorio llegó a ser un centro mundial de la cibernética por donde pasaron pensadores muy importantes, se desarrollaban ideas, además de probarlas en el particular modo de funcionamiento e interacción de los que allí trabajaban.

En ese entonces, el interés de los cibernetas era entender sistemas autoorganizadores, ya no solo en las máquinas sino en los seres vivos, lo cual centró la atención en dos nociones: *autonomía* y *autoreferencia*. Refiriéndose al la

primera, Humberto Maturana y Francisco Varela, dos neurofisiólogos chilenos contactados con el Laboratorio de Computación Biológica, desarrollaron el concepto de *autopoyesis* para dar cuenta de ese *orden de proceso que genera y mantiene la autonomía o totalidad de las células biológicas* (von Foerster, 1991; Keeney, 1994, pág. 101).

La noción de *autorreferencia* traslada la cibernética al campo de la epistemología: *“una disciplina que tenía algo que decir no solamente sobre la estructura ontológica de la realidad sino sobre el conocimiento de esa realidad...”* (von Foerster, 1991). Se marcó entonces una diferencia entre *cibernética de primer y segundo orden*, de los sistemas observados y de los sistemas observantes, como los llamo Foerster.

En los trabajos del laboratorio estudió las analogías operativas entre las llamadas máquinas inteligentes y los seres vivos. Desarrolló la teoría de la “cibernética de segundo orden” o de los “sistemas observados”. La cibernética de segundo orden venía a activar el papel del sujeto en la construcción de la realidad observada, condicionada por la percepción de lo externo. Es la teoría de la complejidad, en la que se ubican las realidades múltiples, en planos autoorganizativos, donde la que se entiende por verdad es un referente consensuado, una expresión de los paradigmas, de las construcciones sociales. El pensamiento de Foerster tiene valores seminales en el campo de las ciencias cognitivas, la inteligencia artificial y el constructivismo radical, con alcances relativos a la sistémica, la neurobiología y la neuropsicología, la psicoterapia, la filosofía y la lingüística (INFOAMÉRICA, 2003).

ESCUELAS DE TERAPIA

Se ha aplicado el término “*sistémico*” a los modelos terapéuticos, su principal influencia reside en la cibernética, pues ésta se desarrollo ampliamente en el campo de las ciencias sociales (von Foerster, 1991).

Mental Research Institute (M.R.I)

El Mental Research Institute (M.R.I), nace de la iniciativa de Donald Jackson, en el año 1959 en la ciudad de Palo Alto, California, como resultado del intercambio de las investigaciones sobre comunicación realizadas con el grupo liderado por Gregory Bateson (Wittezaele y García, 1994).

El MRI, encabezado por Jackson, Jules Rirskin, Virginia Satir, Paul Watzlawick y John Weakland, quienes parten de la idea de que las interacciones familiares influyen en el desarrollo de la patología, para tratar a familias como sistemas de manera breve. Como se mencionó, algunos de estos autores ya habían participado con Bateson en investigaciones sobre la comunicación humana, lo cual explica las raíces cibernéticas que se emplean en este tipo de terapia.

Wittezaele y García (1994), Iretoman los siguientes conceptos de Bateson para entender el fenómeno de la comunicación: *“La diferencia que crea la diferencia”*, la *“codificación”* de la información en *digital y analógica*, las nociones de *interacción, simetría y complementariedad en las relaciones, la puntuación, los niveles de un mensaje y las paradojas*.

Las ideas del MRI fueron el alimento que nutrió de una visión cibernética a personalidades importantes de terapia familiar que emplearon esta forma de conocer y modelar el proceso terapéutico con un estilo propio, entre ellos están Jay Haley, De Shazer, incluso influyó en los integrantes de la escuela de Milán (Wittezaele y García, 1994).

La Escuela Estratégica de Haley

En la década de los 50´ se comienza un alejamiento de los planteamientos psicoanalíticos y aparece un predominio de la teoría de la comunicación. Por un lado el grupo de Palo Alto en E.E.U.U, a partir del estudio de Gregory Bateson sobre la

comunicación entre el esquizofrénico y su familia, Bateson genera su teoría del doble vínculo que explica la esquizofrenia como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos. Otros destacados terapeutas seguían la línea comunicacional del centro de Palo Alto (Jackson, Watzlawick, Haley, etc.). Otro autor destacado es Minuchin que también en E.E.U.U estudia el funcionamiento familiar de los jóvenes puertorriqueños emigrantes con problemas de delincuencia y que le llevó a desarrollar su escuela estructural de terapia familiar (Minuchin, 1981).

En esta década el grupo de Milan y el de Palo Alto serán los más influyentes en la terapia familiar. El primero centrado más en los conceptos de familia como sistema y el segundo en las pautas comunicacionales en el funcionamiento familiar.

Así es como se comienza a divulgar y expandir el modelo de terapia familiar sistémico comunicacional y proliferan las escuelas y sus mutuos debates. Posteriormente a lo largo de estos periodos y en los inicios de los 60's y 70's se crea una de las escuelas la Escuela Estratégica de Haley.

La Escuela Estratégica se denomina así por el desarrollo conceptual y terapéutico realizado por Jay Haley, acuñó este concepto de Terapia Estratégica para nombrar su trabajo basado principalmente en las técnicas hipnóticas de Milton Erickson. Las ideas de comunicación derivan principalmente de Gregory Bateson (Haley, 1996).

La Escuela Estratégica de Haley se centra sobretodo en los llamados sistemas triádicos (relaciones con un mínimo de tres miembros). Postulan que los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones. Las alianzas suponen la mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la familia en relación a otro, y la coalición supone una variación del anterior con el relevante matiz que se constituye en contra de un tercero. Las coaliciones están formadas por miembros de dos generaciones (un progenitor y un hijo frente al otro progenitor). El resultado de las mismas es la

disfunción familiar y el impedimento del desarrollo del sistema. Las intervenciones terapéuticas se centran en desafiar las definiciones de la familia del paciente-problema y la prescripción de tareas con el fin de desequilibrar el atolladero actual del sistema.

Escuela de Soluciones

De Shazer (1989) quien trabajó en el Brief Family Center de Milwaukee, menciona que este enfoque se fue desarrollando gradualmente a partir de la tradición de Milton H Erickson, G Bateson y el grupo de terapeutas del Instituto de Investigaciones Mentales (IIM), así mismo señala que se trabaja sobre un fundamento de epistemología ecológica, la cual refleja las ideas de Bateson. Se concibe al sistema terapéutico como un sistema abierto, donde deben incluirse las necesidades de este sistema en la descripción que se haga del sistema familiar.

La terapia centrada en soluciones, es un método que se centra en los recursos de las personas más que en sus déficit, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Escuela de Milán

El instituto de Estudios Familiares de Milán, fundado en 1967, por Mara Selvini Palazzoli. Junto con Boscolo, Cecchin y Prata (en un inicio de orientación psicoanalítica) trabajaron, durante más de diez años, creando un enfoque en el que la familia se observa como sistema cibernético, donde todos los miembros del sistema se vinculan entre sí en el contexto en que se desencadena y mantiene el síntoma, el cual juega una función específica dentro del sistema familiar.

En sus técnicas terapéuticas, el grupo tomo y amplio algunos de los métodos introducidos por el MRI. El doble vínculo terapéutico o, como lo llamo el grupo de Milán *contraparadoja*, se convirtió en el núcleo de la terapia, llegando así a la elaboración de sus propias formulaciones (Boscolo, Cecchin, Penn y Hoffman 1987).

A fines de los 70's el grupo quedó impresionado sobre todo con su noción de la *circularidad cibernética* como modelo de sistemas vivos. Este desplazamiento dio lugar a la técnica del *"interrogatorio circular"*. Además el grupo incluye la noción de tipos lógicos de Bateson como: *"Pasar a un meta nivel"* (o sea, al nivel de un tipo lógico superior) significaba algo así como ser capaz de mantenerse *"por encima de la batalla"* (Boscolo, Cecchin, Penn y Hoffman 1987).

CONCEPTOS BÁSICOS

Para comprender el pensamiento cibernético es necesario comprender la epistemología, sus conceptos y herramientas.

CONCEPTOS

Keeney (1994) menciona los elementos o conceptos centrales y fundamentales de la epistemología (distinción, puntuación, marco).

Bateson formuló críticas a la psicología en el plano que él denominó epistemología". Por definición de Bateson, la **epistemología** procura establecer "de que manera los organismos o agregados de organismos particulares *conocen, piensan y deciden* (Keeney, 1994, pág. 27).

Así como Bateson, en varios otros contextos como la filosofía, el dominio sociocultural y otros definieron la epistemología. Pero el análisis de todos estos conceptos de la epistemología de la terapia familiar establecieron un distingo entre dos clases de epistemología: la lineal progresiva y la recurrente. Entendiendo la

primera como el modelo clásico de psicopatología: es atomista, reduccionista y anticontextual, y se atiene a una lógica analítica que se ocupa de las combinaciones entre elementos aislados. Los terapeutas que entienden esta epistemología, su labor consiste en tratar de corregir a sus clientes. Y una epistemología recurrente, por el contrario, pone el acento en la ecología, la relación y los sistemas totales, es congruente con la interrelación la complejidad y el contexto. Esta epistemología ponen de manifiesto aquellos terapeutas que entienden que su relación con los clientes forma parte de un proceso de cambio, aprendizaje y evolución (Keeney, 1994).

A pesar de haber distinguido dos tipos de epistemología, Keeney (1994), propone otro término donde haya una epistemología alternativa que permita ver un mundo diferente, él la llamo “*epistemología cibernética*”, que lo conectaba con la tradición intelectual donde incluís a Ashby, Bateson, McCulloch, Maturana, Varela, Von Foerster y Wiener, entre otros.

Keeney (1994), menciona que para entender la epistemología cibernética debemos escuchar y hablar su propio lenguaje, donde es necesario analizar los principios fundamentales de la epistemología, a fin de construir un contexto en el que pueda formularse dicha epistemología cibernética.

El acto básico de la epistemología es la creación de una diferencia. Sólo al distinguir una pauta de otra se es capaz de conocer al mundo. Las distinciones establecidas entre terapeuta y cliente, intervención y síntoma, solución y problema, permite discernir el mundo clínico. La anterior idea fueron los cimientos principales del pensamiento cibernético.

Spencer-Brown escribió: ¡Trazar una **distinción**! Este mandato básico, obedecido consciente o inconscientemente es el punto de partida para cualquier acción, decisión percepción, pensamiento, descripción, teoría y epistemología. De

este modo, a partir del acto creativo de establecer distinciones pueden engendrarse infinitos universos posibles (Keeney, 1994, pág. 33).

Las distinciones son establecidas por un observador, que establece la distinción para otro observador, que puede ser él mismo. En consecuencia, conocer un mundo implica siempre un contexto social, integrado como mínimo por dos sistemas de observación, entonces, el punto de partida de la epistemología es, el observador que establece distinciones a fin de observar y lo que el observador observa puede ser descrito (Keeney, 1994).

Otra de las ideas básicas para comprender la epistemología es que lo que cada cual percibe y conoce deriva en gran medida de las distinciones que traza. Ésta idea es la que Watzlawick, Beavin y Jackson designaron como “la puntuación de la secuencia de sucesos” similar al concepto de “indicación” de Spencer- Brown. Toda vez que un observador traza una distinción, establece concomitantemente una indicación. Es decir, la **puntuación** como el empleo de la distinción para crear la indicación (Keeney, 1994, pág. 40).

La herramienta para imponer distinciones en nuestro mundo, es el lenguaje. Dentro de un sistema lingüístico dado, efectuamos ciertas elecciones con respecto a las pautas que discernimos. Por ejemplo: un terapeuta puede indicar o puntuar que el individuo o la organización familiar es su unidad de tratamiento, o bien puede decidir ver dicha unidad desde una perspectiva que vuelve irrelevante esta distinción del individuo o la familia. Los procedimientos por los cuales la gente puntúa su experiencia es un método para identificar su epistemología. Sus pautas habituales de puntuación presuponen ciertas premisas epistemológicas para establecer distinciones (Keeney, 1994).

Watzlawick menciona que en la raíz de innumerables discordancias en las relaciones interpersonales está la discrepancia acerca del modo de puntuar la secuencia de sucesos, en este caso la labor del terapeuta consistirá en rebarajar los

segmentos así puntuados de este sistema de interacción, de tal modo que pueda surgir un **marco** de referencia o encuadre distinto (Keeney, 1994, pág. 41).

Al trazar estas distinciones, lo que se hace es construir una epistemología, o sea una manera de conocer su conocer.

A partir de estos elementos fundamentales de la epistemología, se puede saber que la cibernética y la física, la mente y el cuerpo, no son dos, es decir no constituyen una dualidad simétrica, primero se debe trazar una distinción.

En la cibernética, cualquier cosa, o más bien cualquier idea, es “real”, la cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización (Keeney, 1994).

Con la anterior idea, se da origen a la idea primordial de la cibernética simple, donde hay una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales.

La idea básica o concepto central de la cibernética simple es la de “**retroalimentación**” que Wiener definió así: “*la retroalimentación es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado...*” (Keeney, 1994, pág. 83).

Keeney (1994), menciona un ejemplo clásico de retroalimentación, el del sistema de calefacción controlado mediante un termostato: cuando la temperatura fluctuante excede los límites del termostato calibrado, se activa en el horno un mecanismo que lo enciende o lo apaga, volviendo otra vez la temperatura al intervalo dentro del cual debe mantenerse. Así pues, el sistema vigila su propio desempeño y es autocorrectivo. El mantenimiento de este intervalo de fluctuación constituye un proceso en el cual “la retroalimentación lleva una dirección inversa a la del cambio inicial que la produjo. Este proceso es denominado retroalimentación negativa, no es más que una sucesión circular de acontecimientos causales, con un eslabón n 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 (Keeney, 1994).

Este proceso de retroalimentación funciona en todas las familias para permitir la estabilidad de la organización familiar en su conjunto.

La cibernética de la cibernética, frase propuesta originalmente por Margared Mead, es una manera de señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema. A diferencia del enfoque simplista de la caja negra, en el cual el observador externo procura discernir las redundancias (o reglas), en las relaciones entre la entrada y la salida, la cibernética de la cibernética sitúa al observador como parte integral del sistema observado (Keeney, 1994).

Dado que la cibernética de la cibernética, o lo que von Foerster llama la “cibernética de segundo orden”, sitúa al observador en el seno de lo observado, toda descripción es autorreferencial. El mismo Foerster definió la **autoreferencia** como un *sistema lógico cerrado que incluye al referidor dentro de la referencia, al observador dentro de la descripción y a los axiomas dentro de la explicación* (Keeney, 1994, pág 95).

Conocer este hecho conduce a examinar de manera minuciosa y sobre una base *ética*, la manera en que el observador participa en la descripción de lo observado, en la construcción de nuestro mundo de experiencia y también es válido revisar cómo lo observado influye sobre el observador.

Los especialistas describen a la cibernética de la cibernética como una manera de percibir el “*cierre organizacional*” o “*autonomía*” de los sistemas; se trata de un intento de percibir la totalidad de los sistemas. Esta orden de proceso cibernético que mantiene la *totalidad* del organismo vivo es muy complejo. Maturana y Varela recurrieron al término **autopoiesis** para aludir a ese “*orden de proceso que genera y mantiene la totalidad de las células biológicas*” (Keeney, 1994, pág. 101),

así pues la autonomía se refiere al mantenimiento de la totalidad de un sistema. Se afirma entonces que es éste el orden más alto de retroalimentación de un sistema, por ejemplo, un sistema social como la familia se organiza a fin de mantener la organización que la define como tal. Pero esto no significa que la familia no cambie. Lo que cambia es su estructura o el modo de mantener su organización (Keeney, 1994).

Uno de los aportes más importantes de Bateson fue la definición de la “mente” como sistema cibernético. Desde esta perspectiva la **mente** es un agregado de partes interactuantes de retroalimentación. La complejidad de estos sistemas va desde la retroalimentación simple a lo que Bateson denomina “ecología de la mente” (Keeney, 1994, pág. 107).

La concepción cibernética pone de relieve 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 (Keeney, 1994).

Todos los conceptos definidos anteriormente Bateson los engloba para explicación del comportamiento.

HERRAMIENTAS

Una de las herramientas fundamentales que sirven como “*instrumento descriptivo para discernir las pautas formales de comunicación que subyacen en la experiencia y la interacción entre los hombres*” son los *tipos lógicos*. La explicación de estas diferencias de órdenes o niveles constituye un procedimiento importante de la epistemología. Bateson lo empleó al recurrir a la “tipificación lógica” herramienta conceptual derivada de los *Principia Mathematica* de Whitehead y Russell, esta teoría se convirtió en una ley de la lógica, según la cual para evitar las paradojas

había que indicar siempre la tipificación lógica de los enunciados. De este modo no se confundían los niveles lógicos distintos.

Bateson 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. Así pues la **tipificación lógica** podía concebirse simplemente como una manera de trazar distinciones, y desde esta perspectiva, utilizarla para poner de relieve la autoreferencia y la paradoja en lugar de ocultarlas (Keeney, 1994, pág 46).

El uso de la tipificación lógica sugiere a veces que nuestro mundo de experiencia esta estructurado en forma jerárquica y esta forma jerárquica a su vez esta estructurada en forma de **recursión** que es definida como la re-ejecución de la misma pauta de organización. Con la perspectiva de la recursión la tarea básica del epistemólogo consiste en marcar órdenes de recursión que se invocan en cualquier descripción (Keeney, 1994, pág. 71).

Una manera de conseguir pautas totales de recursión, consiste en aplicar una dialéctica tal que pueda reconectarse dos lados de las distinciones que trazamos, lo que implica ver los procesos como organizados por un proceso de retroalimentación recursiva. Esto es posible mediante una *“herramienta epistemológica que nos permite generar y discernir diferentes órdenes de pautas”*, es decir mediante una **doble descripción**; nos da una vislumbre de la relación total, al conjugar de manera simultánea las respectivas puntuaciones (Keeney, 1994, pág. 54).

Keeney (1994), menciona que diferenciar estos órdenes de pautas, mediante una distinción que traza el observador ofrece otro marco de referencia para estudiar las distinciones. Lo que da una complementariedad cibernética: que son reencuadres de las distinciones que trazan las personas en función del proceso de recursión.

La perspectiva de las complementariedades cibernéticas transforma nuestra manera de conocer, encaminándonos hacia la visión estética, ésta visión concibe todo proceso mental y viviente como recursivo y complementario. Y un camino para enmendar esto consiste en el salto recursivo de la cibernética a la cibernética de la cibernética donde se incluya y participen los observadores en el sistema, situando a éste observador como parte integral del sistema observado (Keeney, 1994)

CAPITULO II

Mental Research Institute (MRI)

Introducción

El enfoque sistémico tiene sus orígenes en la década de los 50s, es a partir de ese momento cuando se inicia un nuevo movimiento terapéutico, dando origen a diversas escuelas, y por tanto, a formas distintas de trabajar la terapia, El presente trabajo abordará la Terapia Estratégica del Mental Research Institute (M.R.I).

Particularmente el objetivo de esta terapia, se caracteriza por centralizar y determinar cuál es el problema para trazar una estrategia de solución. Prestando atención a diversos elementos que se consideran importantes para lograr dicho objetivo, tales como: el lenguaje del paciente, su postura, etc, así mismo, el terapeuta debe tener la capacidad para trabajar con el paciente, utilizando sus medios como la capacidad de maniobra junto con los aspectos que aumentan dicha capacidad, para posteriormente poder intervenir de una forma estratégica.

Antecedentes

El Mental Research Institute (M.R.I), nace de la iniciativa de Donald Jackson, en el año 1959 en la ciudad de Palo Alto, California, como resultado del intercambio de las investigaciones sobre comunicación realizadas con el grupo liderado por Gregory Bateson.

El M.R.I. comenzó como institución en 1959, como una rama de la Fundación de Investigación Médica de Palo Alto. Surge, con la finalidad de realizar una investigación sobre esquizofrenia. El grupo piloto, fue conformado por el mencionado

Jackson, Jules Riskin, Virginia Satir, al que a posteriormente se unió Paul Watzlawick, Richard Fisch y Arthur Bodin.

Ambos grupos liderados por Bateson y Jackson, intercambiaban información y cooperaban permanentemente pero nunca se fusionaron. Más tarde, venció el plazo de la beca que avala al grupo Bateson, quien viajó fuera del país para realizar otras investigaciones y, es en aquel momento que Haley y Weakland se pliegan al grupo del M.R.I. (Wittezaele y García, 1994).

Alrededor de 1966 Weakland, Watzlawick y Fisch trataron de ver qué posibilidad existía de abreviar los tratamientos y de que el terapeuta fuese lo más operativo en lo pragmático, encontrando respuestas y soluciones rápidas a los problemas humanos. Es así, que en enero de 1967 se creó el Centro de Terapias Breves del Mental Research Institute. Su particular enfoque, se caracteriza por centralizar y determinar cuál es el problema para trazar una estrategia de resolución. El énfasis, está colocado en prestar atención tanto a la estabilidad como al cambio cuando se conceptualiza el problema que presenta el cliente, a la importancia del lenguaje y del sistema de creencias del terapeuta en su influencia sobre qué va a ocurrir en terapia (Nardone y Watzlawick, 1995).

Es un modelo de resolución rápida de problemas, por lo tanto, posee un número limitado de sesiones.

Capacidad de maniobra del terapeuta

Para Fish, Weakland y Segal (1988), la capacidad de maniobra es la libertad de actuar en forma que uno considere mas adecuada o, en otras palabras, ser capaz de poner en práctica lo que uno juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento. La capacidad de maniobra implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten. Ya que durante la terapia, no existe un paciente ideal que lleve a cabo

todas las condiciones que su terapeuta le indica, por el contrario los pacientes obstaculizan el esfuerzo terapéutico en la mayoría de los casos debido a su angustia o al temor de que el problema llegue a empeorar.

Para lograr la máxima capacidad de maniobra, el terapeuta necesita conservar sus propias opciones, limitando al mismo tiempo las del paciente. 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.

Medios para aumentar la capacidad de maniobra

Fish, Weakland y Segal (1988), mencionan dentro del libro: “*La táctica del cambio*”, los medios de los cuales se puede valer el terapeuta para aumentar la capacidad de maniobra dentro de una sesión, dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

Oportunidad y ritmo

Cuando se habla de oportunidad y ritmo se refiere a que el terapeuta “no se precipite” a anunciar opiniones o conclusiones hasta que se hayan comprobado cuáles son las que tiene el paciente, y a ir dando, a lo largo del tratamiento, pequeños pasos al tiempo que se evalúa el modo como el paciente admite cada paso.

Los procedimientos utilizados para recoger datos durante la sesión inicial brinda la ocasión oportuna para averiguar cuál es la sensibilidad del cliente sin que el terapeuta tenga que tomar posiciones prematuramente puesto que se limita a hacer preguntas para estar mejor informado y comprender al cliente. Es por eso que cuando el terapeuta entrevista por primera vez a un cliente, acostumbra a saber poco acerca de sus valores, opiniones y prioridades, todo lo cual puede influir en la manera de afrontar el problema que le aqueja. Si de modo prematuro se asume una postura definida, puede reducirse notablemente la propia capacidad de maniobra, si

resulta que aquella posición se revela contraria a la sensibilidad, los valores o a algún punto de vista muy arraigado del paciente. En estas situaciones disminuirá de modo significativo la credibilidad del terapeuta y la disponibilidad del cliente. Así, que el terapeuta ha de ajustar la oportunidad y ritmo de sus comentarios a las respuestas que manifieste el paciente para lograr mantener la capacidad de maniobra.

El tiempo necesario

La capacidad de maniobra del terapeuta también depende de que no se le presione para que actúe. Ante el apremio de un cliente, ha de salvaguardar su posibilidad de tomarse el tiempo necesario para pensar y planificar.

Para que la labor terapéutica avance eficientemente y constructivamente es necesario no acosar al terapeuta para que tome decisiones prematuras en relación con el tratamiento, pudiendo utilizar frases que le sirvan para indicarle al paciente que en aquel preciso momento no se le puede ofrecer una directriz específica.

Así que, del mismo modo que se estimula a un paciente para que se tome el tiempo necesario para solucionar sus problemas, el terapeuta debe utilizar juiciosamente en su favor el tiempo adecuado cuando se dispone a efectuar tareas propias del tratamiento (Fish, Weakland y Segal, 1988).

El uso del lenguaje condicional

Los pacientes regularmente formulan preguntas que invitan al terapeuta a comprometerse antes de que desee hacerlo, o a asumir una postura que no desee asumir en absoluto. Sin embargo, el terapeuta puede mantener intacta su capacidad de maniobra si responde de una manera condicionada; manteniendo diversas opciones abiertas entre sí, y al mismo tiempo dando la sensación de haber adoptado una postura concreta.

En muchos momentos del tratamiento, el terapeuta tal vez desee efectuar una intervención específica o encargarle algo al paciente, pero no sabe si funcionará la estrategia sobre la que se basa dicha intervención. En tales casos, la sugerencia puede formularse en lenguaje condicional, así las condiciones ponen de manifiesto que la sugerencia que desea brindar es adecuada, pero que su éxito dependerá de los esfuerzos del paciente más que de la bondad de la sugerencia en sí misma.

De tal manera que si el terapeuta utiliza el marco condicional y la intervención no sale bien, puede atribuirlo a que el paciente no se esforzó o que no estuvo dispuesto a efectuar un cambio en su problema. Y por el contrario, si el paciente manifiesta haber obtenido un éxito concreto gracias a la sugerencia, entonces el terapeuta puede elogiarlo, cosa que comprometerá aún más al paciente. Por eso es importante utilizar como herramienta el lenguaje condicional.

El cliente debe concretar

Así como el terapeuta debe de ser capaz de asumir una postura no comprometida y fluida, ha de ayudar al paciente a asumir posturas comprometidas y bien definidas, ya que la capacidad de maniobra del terapeuta dependerá de la falta de capacidad de maniobra del cliente.

Durante la entrevista inicial el terapeuta debe conseguir la mayor parte de la información que necesita para planificar el tratamiento. Sin embargo esto debe suceder durante todas las fases de tratamiento, dado que el terapeuta siempre querrá que los clientes le suministren datos claros y concretos, ya se trató de la descripción del problema, la forma en que se ha intentado afrontarlo, o la manera en que se ha puesto en práctica las sugerencias formuladas. Con respecto a esto, es decisivo el que el terapeuta insista o no en conseguir un informe claro. Ya que si se le señala una tarea al paciente y quizá regrese diciendo que esta no provocó ninguna diferencia en relación a su problema, se le pide que concrete la forma en que la llevo

a cabo y si se descubre que su actuación se ha apartado significativamente de lo que se le pidió, queda en evidencia que el paciente no siguió las instrucciones, así, la capacidad de maniobra del terapeuta no sólo sigue intacta sino que aumenta, puesto que el paciente se halla frente a una mayor presión que le induce a ajustarse cuidadosamente al consejo recibido. Si esto no sucede, el terapeuta puede verse confundido y el paciente puede subestimar su consejo, con lo que disminuye la capacidad de maniobra de éste.

Por esto, es importante desde el comienzo de la terapia obtener datos claros y concretos que describan el problema, logrando que el paciente asuma su compromiso con la terapia.

Actitud igualitaria

La actitud que el terapeuta tenga hacia el paciente ayudará para que éste le comunique información estratégica y para que le haga caso llevando a la práctica sugerencias o tareas encomendadas que el terapeuta le indique.

Algunos pacientes pueden responder de manera positiva ante una imagen de autoridad o de habilidad profesional, en tal caso, dicha postura es de utilidad. Sin embargo, una posición de este tipo intimida a muchos pacientes, interpretando esta actitud de superioridad como un signo de especial sabiduría y sagacidad del terapeuta. En consecuencia, el terapeuta no obtendrá determinada información o no se la darán con claridad.

La relación terapeuta-paciente implica ya de por sí una situación en la que se da por supuesto que el primero tiene más poder que el segundo. En consecuencia, el asumir una actitud igualitaria es la manera más segura de evitar una actitud de superioridad, y anular la tendencia del paciente a contemplar desde abajo al terapeuta. Sin duda, la actitud igualitaria le concede al terapeuta mayor capacidad de maniobra.

Sesiones individuales y conjuntas

Aunque este enfoque se basa en la interacción, la mayoría de las sesiones terapéuticas se realizan con individuos o con dos o tres personas seleccionadas, y no con la familia completa, principalmente se ocupa de la interacción que tiene lugar entorno a la dolencia, recordando siempre que lo que se pretende eliminar de los participantes es la conducta que mantiene vivo el problema.

Este enfoque supone que toda alteración en la conducta de uno de los miembros de la unidad de interacción influirá en la conducta de los demás miembros de la unidad. Es decir, determinada conducta del paciente produce en otro sujeto una conducta de intento de solución, pero esta última incrementa la conducta desviada del paciente, lo cual provoca a su vez un esfuerzo de solución aún más fuerte, y así sucesivamente. Este ciclo solo podrá interrumpirse si se modifica la conducta de uno o de los dos participantes.

La pregunta básica es << ¿cuál es el miembro de la familia que está más interesado en solucionar el problema? >>. La respuesta probable es que dicha persona es la que se siente más perturbada por el problema, el principal afectado. Por lo tanto, se trabaja con la persona más interesada en el mismo.

La postura del paciente

Cada paciente tiene su punto de vista acerca de su problema, así como una solución que propugna a pesar de que no le haya servido para solucionarlo. El consecuencia, lograr que el paciente abandone su propia solución y se decida por un enfoque es un factor decisivo para realizar con brevedad la terapia. Para esto la postura del paciente es de vital importancia.

La tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de un modo distinto su problema. El como se como se influye dependerá en

gran medida de a quién se intenta influir, se trata sobre todo, de la manera en que se enmarca cualquier sugerencia que se haga. El cómo se expresa algo, puede resultar convincente para una persona pero o para otra. Debido a estas diferencias es necesario utilizar diferentes argumentos para cada paciente. El modo en que encuadre sus argumentos un terapeuta hace que el paciente los acepte o rechace.

Cada paciente posee 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 (Fish, Weakland y Segal, 1988).

La evaluación de la postura del paciente

Es importante escuchar lo que dice el paciente: las palabras concretas que emplea, el tono y énfasis con que se expresa. Si el terapeuta no escucha las palabras y la entonación exacta, es probable que acepte una expresión como acuerdo, y luego se desconcierte cuando el paciente no aplique lo que se le indicó.

Las personas pueden poseer opiniones definidas y arraigadas sobre todo lo divino y lo humano. Al paciente le resulta imposible expresar todas sus opiniones, pero para el terapeuta no es necesario conocerlas todas. Por lo que respecta al tratamiento, el terapeuta debe de estar atento a la postura del paciente en relación con su dolencia y el relación con el tratamiento y/o el terapeuta. Puesto que los pacientes comunican posturas acerca de las demás facetas de su vida, estas pueden utilizarse también para estimular la colaboración del paciente. Sin embargo, es importante escuchar la exacta formulación de las frases de los pacientes, porque es en esa específica formulación donde éstos señalan sus posturas.

La determinación de la postura del paciente no exige una gran concentración o una espera llena de incertidumbre que permita su aparición dado que las posturas más útiles son las que se hallan fuertemente arraigadas.

Tipos de posturas

Las personas se definen así mismos como pacientes, o definen a otro, normalmente un miembro de la familia, como paciente. Sin embargo, los términos utilizados son cliente y paciente. El *cliente* es un individuo que esta buscando activamente la ayuda de un terapeuta, es alguien que solicita la ayuda. En cambio, *paciente* es aquel que el cliente define como persona desviada o perturbada, trátase de él mismo o de otra persona.

Por lo que se refiere a la terapia en sí misma, los pacientes suelen asumir una de tres posturas: se convierten en receptores pasivos de la sabiduría y de los consejos del terapeuta; a la inversa, toman a su cargo activamente el tratamiento, utilizando al terapeuta como caja de resonancia pasiva; o bien buscan ayuda a través de una actividad y una responsabilidad recíprocas entre ellos y el terapeuta.

Lo importante aquí es conocer el punto de vista del cliente, lo que piensa; lo que quiere; y el lenguaje que utiliza, para que esto nos permita conocer su posición hacia el problema y hacia el mundo.

La utilización de la postura del paciente

Una vez que el terapeuta haya determinado cuál es la postura del cliente con respecto a su problema y a la terapia, el terapeuta no hará comentarios que provoquen resistencia en el paciente, la postura de éste puede utilizarse para obtener dos propósitos: el primero para evitarle problemas al terapeuta y el segundo ayudarle en la solución del problema.

Evitar resistencias

Un terapeuta puede provocar resistencia al formular comentarios que irriten a los pacientes o reduzcan la credibilidad de las ideas del mismo terapeuta. Para evitar que se cree una innecesaria resistencia en el paciente el terapeuta debe aceptar las afirmaciones del cliente, reconocer los valores que posean y evitar los comentarios provocativos o desprovistos de credibilidad.

Estimular la colaboración del paciente

Una vez que el paciente este en tratamiento, el terapeuta habrá formulado alguna tarea o alguna actividad que, si son llevadas a cabo por el paciente, servirán para incrementar las posibilidades de solución del problema. Por lo que es importante brindarle la tarea al paciente de manera coherente, con la postura que éste ha venido transmitiendo, lo cual estimulará al paciente para colaborar en el tratamiento y solucionar su problema.

La entrevista inicial

Parea Fish, Weakland y Segal (1988), el objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista consiste en recoger la adecuada información sobre los factores que considera esenciales para cada caso: naturaleza del problema, la forma de afrontarlo, los objetivos mínimos del cliente, su actitud y lenguaje. Por información adecuada se entiende aquella que es clara, explícita y que se manifiesta en términos de conducta, es decir, qué hacen y dicen los individuos cuando se da el problema y cuando intentan afrontarlo.

Para obtener dicha información, se comenzaría por preguntar << ¿Cuál es el problema que le trae aquí? Con lo que se da a entender el problema actual, ya que no se concede mucha importancia a la historia de los problemas, aunque resulta útil disponer de alguna información acerca del tiempo que se lleva afectado con el

problema y sobre si se ha estado en tratamientos anteriores, básicamente por que esto puede influir sobre las expectativas del paciente con respecto a la terapia actual.

Es primordial centrar al paciente en lo que le esta sucediendo actualmente, la indagación se enfocará sobre la dolencia o dolencias principales, en términos de conductas y/o acciones.

La planificación del caso

Planificar es imprescindible para aplicar con eficiencia el tratamiento y para resolver los problemas con rapidez. Si no se le dedica el tiempo necesario a la planificación, disminuyen las posibilidades de éxito y el tratamiento se convierte a menudo en una aventura.

En la planificación se requiere una precisión mucho mayor, en especial en lo que se refiere a los objetivos, la estrategia del tratamiento y las intervenciones necesarias para poner en práctica dicha estrategia, sin embargo es necesario tomar en cuenta que cualquier plan que se adopte es necesario reconsiderarlo a medida que el tratamiento va avanzando, ya que en ocasiones surgen dificultades imprevistas o cambios positivos que obligan al terapeuta a cambiar de planes (op. cit).

Establecer el problema del cliente

Es importante comenzar por una comprensión clara de la dolencia que ha traído al cliente a consulta, basándonos en la información que nos da, procurando que esta no sea insuficiente y que no existan formulaciones erróneas. Cuando esto suceda o la información de la dolencia sea vaga, el terapeuta deberá aclararla antes de seguir avanzando, puesto que el objetivo general de la terapia consiste en eliminar o reducir de modo satisfactorio la dolencia que manifiesta el paciente, así que la claridad del problema resulta decisiva.

Establecer la solución intentada por el cliente

Fish, Weakland y Segal (1988) mencionan que, dado que el problema se conserva gracias a los esfuerzos que el cliente y otras personas realizan sobre el problema, es necesario obtener una comprensión completa y exacta de qué representan estos esfuerzos (las soluciones intentadas), en especial las que se están llevando a cabo en el presente. Las personas pueden haber efectuado algún esfuerzo en épocas pasadas y esta información es de alguna utilidad, pero lo decisivo es lo que está haciendo ahora. Además resulta de gran importancia entender cuál es el impulso básico de los diversos esfuerzos realizados por el paciente.

Decidir qué se debe evitar

Uno de los pasos más importantes para el tratamiento consiste en dejar bien claro de que hay que apartarse como terapeuta. El impulso principal de los esfuerzos realizados por el cliente, y por otras personas, para hacer frente al problema es lo que sirve para saber qué es lo que más se debe de evitar, es decir dejar de hacer “mas de los mismo”. Si el terapeuta sabe lo que debe de evitar por lo menos no colaborará en el mantenimiento del problema del cliente.

Formular un enfoque estratégico

Las estrategias efectivas suelen ser aquellas que se oponen al impulso básico del paciente, apartándose en 180 grados de dicha dirección. No es suficiente con desplazarse a una posición supuestamente neutral, porque no existen posturas o estrategias neutrales que al mismo tiempo resulten de utilidad. Lo importante es romper el patrón que el cliente estaba llevando a cabo.

Formular tácticas concretas

El terapeuta necesita pensar en términos concretos, puesto que ha de recomendar o sugerir algo al cliente, éste ha de planificar sus intervenciones concretas calculando qué acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada, cuáles son las acciones más centrales para las transacciones implicadas en el problema, cuáles se incorporan con mayor facilidad a la rutina propia del cliente y qué persona o personas desempeñan un papel más estratégico para la persistencia del problema, con la finalidad de formular la táctica que utilizará, ya que el terapeuta puede conseguir un impacto estratégico al solicitarle al paciente que haga lo que en apariencia no es más que una pequeña alteración en el manejo del problema, siempre y cuando el lo haya realizado de forma concreta.

Encuadrar la sugerencia en un contexto: <<vender>>la tarea

Es muy distinto formular una sugerencia o una tarea y conseguir que el cliente la lleve a cabo. Los pacientes suelen continuar sus esfuerzos porque los consideran la única cosa segura, saludable y razonable que cabe hacer. Si el terapeuta se limita a decirle al cliente que deje de hacer lo que está llevando a cabo y emprende la actividad opuesta, el cliente se resistirá mucho y posiblemente abandone el tratamiento. Debido a su propio marco de referencia (contexto proporcionado por el ordenamiento presente de la información), considerará las sugerencias como alocadas, peligrosas o incluso chistosas. En consecuencia, después que el terapeuta ha formulado la tarea que le corresponde realizar al cliente, necesita planear el modo de inducir a éste a aceptarla. No obstante, se utiliza el marco de referencia del propio cliente. La postura suministra un instrumento importante, dado que esta expresa su marco de referencia.

Por lo tanto, decir las cosas de otra manera ofrece una oportunidad de hacer y pensar en una conducta diferente u opuesta a la que el cliente ha intentado previamente.

Para Watzlawick y Weakland (1986), también es importante este aspecto, ya que encuadrar o reestructurar como dichos autores lo llaman, significa cambiar el propio marco conceptual o emocional del paciente, respecto a su propia situación.

Formular objetivos y evaluar el resultado

De acuerdo al enfoque el objetivo terapéutico básico consiste en que el cliente deje de padecer su dolencia o, al menos, que está disminuya lo suficiente como para no necesitar ya tratamiento terapéutico.

Con respecto a la evaluación de los resultados, el indicador más importante de éxito terapéutico consiste en una declaración del cliente según la cual él se encuentre completa o razonablemente satisfecho con el resultado del tratamiento, esto puede ser porque la conducta problema haya cambiado, o porque haya cambiado su evaluación de tal conducta, lo cual hace que ya no la considere un problema significativo, así mismo, una variación especialmente significativa sería que el cliente informase que ha sido capaz de hacer algo que no había logrado realizar mientras se hallaba aquejado por el problema (Fish, Weakland y Segal, 1988)

Las intervenciones

La terapia breve pretende influir sobre el cliente de modo que su dolencia originaria se solucione a satisfacción de éste. El terapeuta antes o después de decir o hacer algo que provoque un cambio: debe intervenir.

Para Fish, Weakland y Segal, (1988), existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas. La primera son 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. Éste tipo de intervención esta formado por cinco intentos básicos de solución: 1) intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo; 2) intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo; 3) intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición; 4) intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación; y 5) confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.

El segundo tipo son las intervenciones generales que poseen un ámbito de aplicación mayor. Pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento y son amplias para usarse en una amplia gama de problemas. En ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente.

Las intervenciones principales

Dentro de las intervenciones principales mencionadas por Fish, Weakland y Segal, (1988), se encuentran las siguientes:

El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo

En esta intervención el paciente padece una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona. Pertenecen a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico como: rendimiento sexual, intestinal, urinario, así como temblores tics, dificultades respiratorias, etc.

En esta clase de problemas es probable conseguir la solución cuando el paciente renuncia a sus intentos de solución y deja de esforzarse demasiado.

El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo

Los pacientes que se ven atrapados por esta contradicción suelen quejarse de estados de terror o ansiedad, por ejemplo: fobias, timidez, bloqueos de escritura o fenómenos similares. El paciente mismo experimenta el malestar, dentro de su propio sistema cognoscitivo, puede sentir pánico y puede conservar dicho estado por su cuenta.

El hilo conductor de las estrategias de solución ante los problemas de miedo-evitación es, exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.

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 y disputas entre compañeros de trabajo.

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 exigir que la otra parte les trate con el respeto, la atención o la cortesía que piensan que les debe, es decir la solución asume la forma de exigir a la otra parte que los trate como si fuesen superiores. Un modo de impedir esta solución consiste en hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad.

La intervención en estos problemas exige que el terapeuta se preocupe por la formulación o << venta >> de la intervención más que de establecer cuál es la acción concreta que debe realizar el cliente.

El intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación

Esta solución, es una imagen refleja del intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación, esto puede ejemplificarse en la siguiente afirmación: << Me gustaría que lo hiciese, pero todavía me gustaría mas que quisiera hacerlo>>. Esto refleja una aversión a pedirle a otro individuo algo que le disguste o que exija determinado esfuerzo o sacrificio. En este problema hay un mismo hilo conductor: una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que esté pidiendo tal sumisión.

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

La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

En esta clase de problemas, hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado, tal es el caso de la infidelidad, el exceso de la bebida, la delincuencia y aspectos similares. Es aquí donde un sujeto formula una acusación y el acusado la niega, el resultado es que el primero continua con sus acusaciones y el segundo refuerza su defensa y así sucesivamente.

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

Las intervenciones generales

Existen momentos en los que el terapeuta quiere comunicar alguna postura de tipo general, con objeto de preparar el terreno para una intervención posterior más específica. Por lo que utiliza una de estas cuatro intervenciones generales.

No apresurarse

La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa. Indicándole al paciente que los cambios que se realizan lentamente y paso a paso son más sólidos que los que ocurren de modo demasiado repentino.

Esta táctica es de utilidad porque describe al terapeuta como alguien que no pretende obligar al paciente a que cambie, por lo menos con demasiada rapidez, cosa que provoca en el paciente una implícita necesidad de colaborar con cualquier consejo o sugerencia que formule el terapeuta.

Los peligros de una mejoría

Esto puede considerarse como una amplia variante de la intervención <<no apresurarse>>. En este caso, se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. Si el paciente responde que no puede haber algún peligro, que la solución del problema le permitirá vivir mucho más feliz. El terapeuta siempre puede exponer algún posible inconveniente, para que el cliente o para alguien que se halle próximo a él, de la mejoría.

En algunos casos, una intervención de este tipo, provoca un cambio significativo o incluso llega a ser todo lo que se necesita para solucionar la dolencia.

Un cambio de dirección

Por cambio de dirección se entiende que el terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. A menudo el cambio de dirección implica un giro de 180 grados.

Suele requerirse un cambio de dirección cuando el terapeuta, de modo no deliberado, comienza a discutir con el cliente, y no se da cuenta de este fenómeno. El cambio de dirección también se hace necesario cuando el terapeuta sugiere algo que el cliente accede pero que más tarde se muestra como no productivo.

Como empeorar el problema

Cuando el terapeuta brinda una sugerencia suele añadir que la acción sugerida probablemente resultará útil para lograr la mejoría del problema. A veces sin embargo es posible causar un mayor impacto si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren. Esto se suele hacer cuando el cliente ya se ha registrado anteriores sugerencias, o se ha mostrado reticente a aprobar 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.

La terminación del tratamiento

En las terapias prolongadas resulta adecuado considerar como un acontecimiento especial la terminación del tratamiento, ya que, entre el paciente y el

terapeuta se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo una relación significativa y el final del tratamiento es al mismo tiempo el final de dicha relación.

Por el contrario en la terapia breve no se considera que la terminación constituya un acontecimiento especial. La brevedad del tratamiento y el énfasis en la solución de problemas no favorecen el desarrollo de una relación entre terapeuta y paciente. En consecuencia, no se da la sensación de que el paciente se separe desgarradoramente del tratamiento, por lo tanto en la terapia breve se afronta con brevedad la terminación.

La terminación del tratamiento puede ser cuando el problema ha sido resuelto, es decir, cuando el cliente se presenta a la sesión y dice que el problema en cuestión ha mejorado en una medida que le satisface o que ha desaparecido. Y puede terminarse sin que el problema haya sido resuelto., cuando esto sucede, puede acabar por límite de tiempo, es decir, cuando se ha fijado un número máximo de sesiones o cuando el paciente solicita acabar con el tratamiento cuando el problema no se ha solucionado y que paradójicamente, se muestra satisfecho con el resultado (Fish, Weakland y Segal, 1988).

Reporte de Caso

Problema: Miedo a la gente que en apariencia se encuentra mal vestida o desaliñada, así como miedo a salir a la calle cuando va a lugares desconocidos.

En la entrevista realizada se utilizaron aspectos que se aplican en la terapia del MRI, entre los cuales esta la aceptación de la postura del paciente y el uso de lenguaje, lo cual se puede observar en la siguiente parte de la entrevista:

T: ...Tú mencionabas que te da miedo la gente, ¿te refieres a una gente en particular?

P: A la gente que se ve como fea...

T: entonces.... Si tu vas caminando por la calle y ves a alguien feo como tu lo comentas...tú caminas más rápido... cambias de ruta...

Así mismo, durante la entrevista se trato de definir el problema, buscar cuales eran los intentos de solución que tenía el cliente, también se pretendió buscar el objetivo. La información se presenta a continuación.

El cliente refiere que el problema se produce principalmente cuando esta solo en lugares desconocidos y este se incrementa cuando escucha rumores de asaltos, principalmente aparece en la calle en lugares que ella menciona como feos, es decir, que no hay muchas calles o que en ella hay gente extraña (desaliñada, mal vestida, con apariencia de marihuanos), de acuerdo a la postura del paciente, esto lo comenta de la siguiente manera:

T: ...Tú mencionabas que te da miedo la gente, ¿te refieres a una gente en particular?

P: A la gente que se ve como fea, que se acerca con malas intenciones

T: ¿Cómo te das cuenta tú que es gente fea, en que te fijas...?

P: ... Luego se te quedan viendo muy raramente, extraño, a como la gente ve...su ropa esta como sucia, mal vestidos...

El problema de el cliente se produce regularmente cuando esta solo, pero puede aparecer cuando esta acompañado pero con menor intensidad, las acciones que presenta son de expectativa acerca de lo que pasa a su alrededor, se pone nerviosa, le sudan las manos, como reacción brinca y se pone tensa. Ella menciona que el problema puede verse interrumpido si esta acompañada y platicando, cuando piensa en otra cosa (que es lo que va a hacer, a donde tiene que ir), o puede no presentarse si esta en lugares conocidos o cuando se encuentra con sus papás (excepción a la regla).

El cliente habla de un asalto que tuvo aproximadamente hace 1 años 5 meses, el cual ella considera que fue parte fundamental para que este miedo se incrementara, más no lo toma como una total explicación de su problema.

Este problema ha provocado que ella siempre este a la expectativa, que no este tranquila y que tome más medidas preventivas.

Dentro de las soluciones que ella ha intentado se encuentran: caminar más rápido, cambiar de ruta, pasar a la cera contraria de donde ella va, puede caminar más despacio para esperar que la personas que viene tras ella se adelante, toma transporte conocido o que le de confianza, también trata de ocuparse en otra cosa como es leer.

Cuando se le interroga acerca de cómo se daría cuenta de que ha habido un cambio mínimo en su problema, ella comenta que sería cuando fuera mas tranquila por la calle, lo refiere de la siguiente manera:

P: ...Pues yo creo que un cambio mínimo sería que fuera por la calle y ya no estuviera volteando, para acá, volteando para allá, viendo que hay atrás de mí, sino que ir en tu trayecto y no acongojándome de lo que pueda pasar...

Respecto al objetivo que ella quiere alcanzar es lograr ir mas tranquila en la calle y que ya no le de miedo la gente.

En este caso se puede utilizar un reencuadre una vez que ya se tenga la tarea formulada para poder inducir al cliente a aceptarla, sin olvidarnos de su postura y su marco de referencia. Esta puede ser de la siguiente manera:

T: Sabemos que el suceso que te pasó fue algo terrible y tu sentido de alerta ahora se encuentra a muy alta frecuencia, es como si le hubieran subido el volumen y poco a poco se está elevando. Todos tenemos el sentido de alerta pero a un cierto nivel, así que necesitamos graduar el tuyo, sabemos que eres muy valiente al enfrentarte a cosas nuevas y desconocidas, porque hasta ahora lo has hecho.

Después de realizar este encuadre se puede dejar una tarea, que podría ser de acuerdo a cambio de acciones, en donde ella puede interrumpir el patrón que está llevando a cabo o hacer una prescripción permitiendo el miedo.

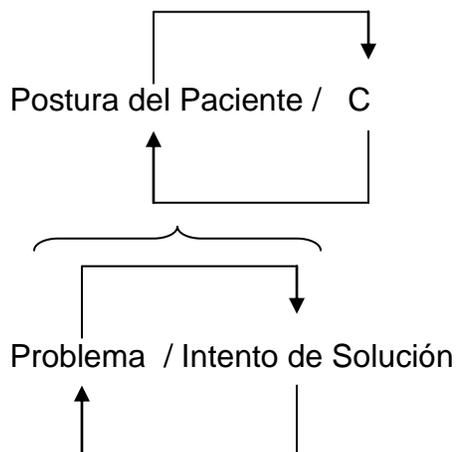
Modelamiento de terapia: MRI

El MRI, consta de una serie de pasos dentro de una sesión, éstos se presentan a continuación.

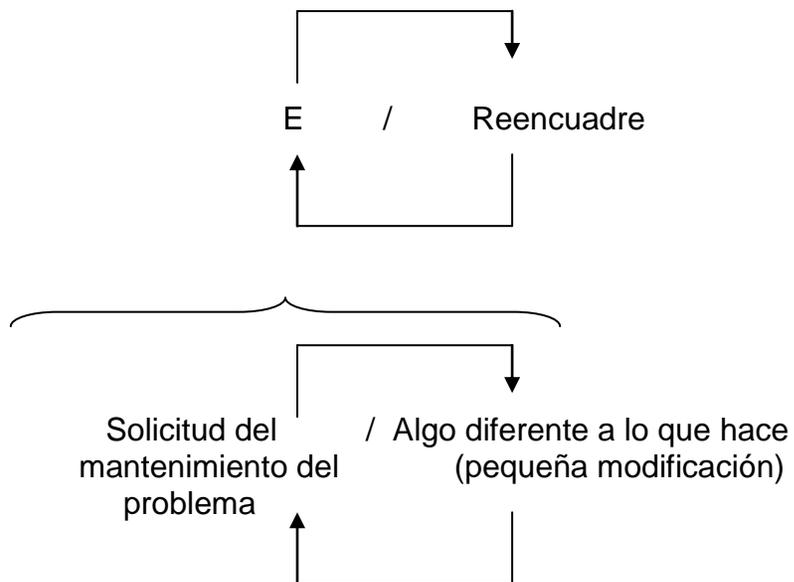
1. Definición del problema
2. Intentos de solución.
3. Postura del paciente
4. Objetivo – cambio mínimo
5. Estrategias terapéuticas
6. Intervención

El siguiente esquema ilustra el modelamiento del problema y del cambio:

- Modelo de la Pauta



- Modelo de Cambio



El MRI tiene el objetivo de romper el círculo vicioso del sistema cibernético problema / intentos de solución, al mismo tiempo regulado por un segundo nivel que es la creencia / postura del paciente. El MRI interviene en un primer nivel de conductas donde el problema es estable, pero el paciente ya no seguirá con sus mismos intentos de solución, sino que hará una pequeña modificación, mediante un nivel más abstracto donde la creencia del paciente permanece estable, sin embargo, se integra un ruido significativo, en el caso del MRI un reencuadre.

CAPÍTULO III

Terapia Estratégica de Jay Haley

INTRODUCCION

El enfoque sistémico tiene sus orígenes en la década de los 50's es a partir de ese momento cuando se inicia un nuevo movimiento terapéutico, dando origen a diversas escuelas, y por tanto, a formas distintas de trabajar la terapia dentro de un mismo marco epistemológico. En el presente capítulo se abordará una de estas escuelas sistémicas "la Terapia Estratégica de Haley".

El modelo estratégico nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación realizada por el grupo de Palo Alto dirigido por Bateson y Jackson, y el trabajo clínico de Milton Erickson (Nardone y Watzlawick, 1990).

Sin embargo, Haley, se concentró en un modelo más organizacional. Aprovechando su conocimiento de la jerarquía y las coaliciones, creó su propio método para cambiar estructuras familiares, además de atender a las configuraciones triádicas que las acompañan. En contraste con el grupo de Palo Alto, Haley piensa en la Terapia como en un cambio paso a paso en la forma en que las familias están organizadas (Hoffman L. 2005).

Los llamados sistemas triádicos (relaciones con un mínimo de tres miembros) de los que habla Haley, postulan que los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones. Las alianzas suponen la mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la familia en relación a otro, y la coalición supone una variación del anterior con el relevante matiz que se constituye en contra de un tercero. Las coaliciones están formadas por miembros de dos generaciones (un progenitor y un

hijo frente al otro progenitor). El resultado de las mismas es la disfunción familiar y el impedimento del desarrollo del sistema. Las intervenciones terapéuticas se centran en desafiar las definiciones de la familia del paciente-problema y la prescripción de tareas con el fin de desequilibrar el atolladero actual del sistema (Haley, 1980).

TERAPIA ESTRATÉGICA DE HALEY

La Escuela Estratégica se denomina así por el desarrollo conceptual y terapéutico realizado por Jay Haley, acuñó este concepto de Terapia Estratégica para nombrar su trabajo basado principalmente en las técnicas hipnóticas de Milton Erickson. Las ideas de comunicación derivan principalmente de Gregory Bateson, aunque Haley menciona que es de Montalvo de quien tuvo una influencia mas directa (Haley, 1996).

La Terapia Estratégica se desarrollo en Washington en 1976 y tiene como rasgo primordial que el terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente e influir directamente sobre ellos, desde el momento de su primer contacto con él (entrevista inicial). La estrategia es un plan de acción que facilite el logro de una meta específica, estas pueden ser maniobras concretas que el terapeuta realiza durante su intercambio con pacientes. Estas estrategias no deben de ser utilizadas o manejadas de acuerdo al antojo del paciente, sino de acuerdo a un plan específico que se ha diseñado de acuerdo a lo que el paciente requiere.

Haley (1980) menciona que en la entrevista se recorren diferentes etapas para presentarse la familia:

1. Etapa social: Es la presentación de los miembros de la familia y el terapeuta, principalmente es para procurar que la familia se ponga cómoda, durante esta etapa se puede observar también las alianzas y coaliciones.

2. Etapa de planteo del problema presentado: la situación ya no es de tipo social sino que obedece a un propósito, conocer el problema.
3. Etapa de interacción: Recabar información de todos los presentes y hacer que todos los miembros de la familia conversen entre si.
4. Etapa de fijación de meta: se solicita a la familia que especifique los cambios que deseen lograr, en esta etapa se está estableciendo un contrato.

El contrato debe de formularse de una manera clara y precisa, para lograr la participación familiar así como aumentar las probabilidades de éxito de la terapia, sin embargo existen momentos en los que este procedimiento puede no ser el mejor, por lo que en estos casos lo mejor es quitarle claridad al problema, para manejarse con más alternativas (Haley, 1980).

Esta primera entrevista debe concluir con la concertación de una nueva cita, fijando día y hora para la sesión, a la que asistirá toda la familia o parte de ella.

En general la primera entrevista puede conducirse de manera tal que provea la máxima información e inicie un cambio, esclareciendo en ésta la estructura familiar y en su transcurso el terapeuta y la familia deben llegar a algún acuerdo acerca de la naturaleza del problema y las metas u objetivos de la terapia.

Haley (1980) menciona que es importante la evaluación del terapeuta, la cual se puede realizar con el análisis de una videocinta en donde se puede juzgar si el terapeuta ha conducido adecuadamente o no las etapas que se mencionaron. Además de observar la capacidad de enfrentar una sesión sin nerviosismo, y sintiéndose razonablemente cómodo con la familia entrevistada.

INTERVENCIONES

Las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema, además que el objetivo de la terapia es ante todo impedir la repetición de secuencias (pauta) e introducir alternativas

Las intervenciones varían de acuerdo a cada paciente de acuerdo con las leyes para el control de la terapia de Zeig (1991), el menciona que la cantidad de indirección que tiene que emplearse es directamente proporcional a la resistencia percibida, es decir que si en un paciente hay resistencia las intervenciones a utilizar son indirectas y por el contrario no hay resistencia las intervenciones son directas.

Para Haley (1980) todo cuanto se haga en terapia puede ser visto como una directiva ya que toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo, en ese sentido está impartiendo una directiva.

Las directivas son empleadas con familias colaboradoras, estas pueden adoptar forma de consejos, explicaciones o sugerencias. Con ellas se fomenta una comunicación franca, el aleccionamiento de los padres acerca del modo de controlar a sus hijos, la redistribución de tareas y de privilegios entre los integrantes de la familia, la fijación de normas disciplinarias y el suministro de la información que carecen los miembros.

Haley (1980) menciona que hay dos maneras de impartir directivas:

1. Decirle a la gente qué debe de hacer con el propósito de que lo cumplan
2. Decirles con el propósito de que *no* lo cumplan, o sea, de que cambien por vía de rebelión.

La primera forma de impartir directivas comprende de igual manera dos tipos:

- a) ordenarle a alguien que deje de hacer algo
- b) pedirle que haga algo diferente.

En el primer caso, el terapeuta trata de modificar el comportamiento de una familia diciéndole a uno o varios de sus integrantes que dejen de hacer lo que están haciendo. En el segundo caso el terapeuta trata de cambiar el comportamiento de una familia pidiéndole a sus miembros que adopten una conducta diferente a la usual, que prueben nuevos hábitos.

Al terapeuta le conviene ser claro y preciso al aplicar directivas, diciendo exactamente lo que el paciente tiene que hacer, ya que no solo verá cumplida su tarea, sino que en caso de incumplimiento se cerciorará de que el paciente no obedeció las instrucciones. Sin embargo, hay situaciones en las que quizá no desee ser preciso y detallado, prefiriendo en cambio deslizar una idea en la conversación para que la familia piense “espontáneamente” en realizar ese tipo de tarea, también aquí la insinuación casual debe hacerse en términos precisos.

La otra manera de impartir directivas son las tareas paradójicas donde las directivas se emplean cuando se quiere que el paciente se resista y de este modo cambie. Estas tareas son extrañas para los pacientes porque, habiéndoles dicho que desea ayudarlos a cambiar, al mismo tiempo les esta pidiendo que no cambien.

De la misma forma existen otro tipo de intervención, la indirecta, donde se incluyen: reencuadres, metáforas, anécdotas, paradojas, cuentos y ordalías.

- Reencuadre: Es una intervención cognitiva que consiste en modificar el marco conceptual desde el cual se percibe el problema. El reencuadre se realiza con el fin de poner en entredicho la creencia de que el síntoma es un acto independiente de su contexto y de hacer que la nueva definición

del problema sea resoluble. Es importante retomar los recursos del paciente para cambiar la forma de ver el evento. Ej. *Las cosas no son difíciles solo que a veces nos cuesta trabajo hacerlas*

- **Metáfora:** Es la transferencia a una palabra del sentido de otra. Se refiere a un giro de lenguaje que se emplea en un sentido no literal, sino figurado. Ej. *Tus proyectos están en gestación y tu los quieres abortar antes de tiempo*
- **Anécdotas:** Es el relato de una situación personal o de otros a partir de una situación o acto verídico. Ej. *Mis hijos también hacen..., Yo conozco a... que le paso algo similar.*
- **Paradoja:** El paciente es expuesto a instrucciones contradictorias, se crea una situación que no pueda ser resuelta con lógica. El paciente paradójico dice no se, si pero no, puedo pero no puedo, etc. Ej. *Vengo a disculparme porque yo no creía en ti...pero falta que lo hagas.*
- **Cuento:** Es una configuración en el tiempo y si la configuración del cuento coincide con el mundo del paciente o la familia, es muy importante para las relaciones interpersonales y permite, en consecuencia, una interpretación del mapa interno del paciente, es importante que haya similitudes entre el problema del paciente y el cuento para una mayor identificación, además que le ayudara a ampliar su perspectiva del problema e introducir nuevos puntos de vista para la solución.
- **Ordalía:** La ordalía es una paradoja, se emplea cuando existe una estrecha relación terapéutica en la que se manifiestan pocos cambios. Sólo se prescribe a personas que cumplen las tareas y el procedimiento consiste en que el terapeuta da a escoger entre dos alternativas, una de ellas es una directa y la otra es una tarea mucho más gravosa que aquella. Sin

embargo, la ordalía debe ser algo que la persona pueda ejecutar y a lo que no pueda oponer objeciones válidas, no debe de causar daños al paciente ni a ninguna otra persona. La ordalía puede ser una tarea directa, aquí el terapeuta explica claramente el problema y pide que, cada vez que se presente, la persona se someta a determinada ordalía. También puede ocuparse la misma conducta sintomática como ordalía, y alentar al cliente a tener el problema. El terapeuta puede ser ordalía, así como también hay ordalía que involucran a dos o más personas.

Haley (1984) menciona que la terapia de ordalía tiene diferentes etapas:

1. Debe definirse claramente el problema
2. La persona debe comprometerse a superar el problema
3. Debe seleccionar la ordalía
4. La directiva debe impartirse acompañada de una explicación lógica
5. La ordalía continua hasta que se resuelva el problema
6. La ordalía está inserta en un contexto social

La terapia ha concluido cuando los pacientes indican que los objetivos que se habían definido han sido alcanzados.

REPORTE DE CASO

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Diana hace 2 meses dejó a su novio porque ya no se veían y él ya no la buscaba, lo cual la hacía dudar mucho de lo que él estaba haciendo, él fue perdiendo interés por continuar juntos, hasta que ella se enteró que estaba saliendo con otra chica, por lo que deciden terminar su relación de casi 9 meses, este acontecimiento la hizo sentirse muy triste, ya que ella lo quería mucho y no imaginaba que su relación terminaría, actualmente ella sigue pensando en él lo cual la pone muy triste y enojada, porque menciona que no puede sacarse de la mente que eso ya paso, continuamente están presentes los recuerdos de su ex novio, desde que despierta hasta que va a dormir, esto la atormenta mucho, ya que dice que esta confundida y no sabe que hacer, ella en muchas ocasiones ha querido buscarlo , pero cuando se acuerda de todo lo que le hizo, decide no hacerlo, pero esto le causa un gran enojo. Menciona que cada que se acuerda de él se imagina lo bonito que pasaría si el estuviera con ella, pero cuando baja de la nube se da cuenta que esto es imposible. Ha querido tener otras relaciones pero el acordarse de su ex novio se lo impide, por el momento esta saliendo con un amigo en plan de amistad, ella dice que lo aprecia mucho, que el sabe todo lo que le ha pasado, pero también ha comentado que le gustaría tener una relación formal con él, pero que él le ha dicho que la quiere mucho y no quiere hacerle daño porque el también acababa de terminar una relación y no quería cargarle problemas que el todavía no ha superado. Ella ya quiere tomar una decisión con respecto a lo que va a hacer, ya que menciona que el saber en definitiva que su ex ya no quiere nada con ella eso quizá la haría sentirse mejor, pero a la vez lo duda porque sería muy fuerte para ella el saber que ya no quiere estar a su lado.

OBJETIVO Y META DE LA TERAPIA:

Platicando con la paciente se planteó el objetivo, ya que ella dudaba mucho en lo que pedía, incluso en momentos era imposible su objetivo, ya que ella quería regresar con su ex, teniendo la certeza de que el le iba a ser fiel e iba a ver por ella,

sin embargo se le aclaró que eso no podría ser, así que conforme platicábamos más ella pidió ya no sentir la tristeza y coraje que le daba el acordarse de él o simplemente tener un recuerdo diferente de lo que había sido su relación.

DESCRIPCIÓN DE PAUTA:

Paso 1: Despertaba y se quedaba recostada pensando ¿que estará haciendo en estos momentos?, pero en ese momento también maldecía todo lo que había pasado con él y terminaba odiándolo.

Paso 2: Se levantaba y hacía la limpieza de su cuarto o desayunaba y mientras veía la televisión o escuchaba música volvían los recuerdos de él y volvía a maldecir o hacer insultos en forma despectiva.

Paso 3: Se arreglaba para ir al trabajo, ya estando el, tenía ganas de hablarle, escuchar su voz y comenzaba a marcar su número, pero antes de terminar, colgaba.

Paso 4: De regresó a casa pasaba por lugares que ellos frecuentaban, lo cual hacía que se acordara del él, o veía amigos que tenían en común y preguntaba por él.

Paso 5: Se iba a recostar para dormir y nuevamente los recuerdos volvían a ella, pero ahora eran de manera positiva.

Paso 1: Se repite la pauta.

INTERVENCIONES:

Dentro del desarrollo de las sesiones se utilizaron las siguientes intervenciones:

Prescripción directa:

No veras durante estos 15 días a tu ex novio y a tu amigo y en los últimos 3 días antes de vernos te imaginarás el como sería tu relación con cada uno de ellos y como te ves tu en ambas situaciones.

En esta ocasión solo te voy a pedir que el recibo telefónico que llegue a casa tu lo pagues siendo que tu lo ocupaste más en este mes.

Reencuadre: *“Me estas diciendo que en esta etapa de tu vida tienes algunas dificultades y que una vez resueltas podrás transitar a una nueva etapa ya sin dificultades”*

Paradoja: *“Pareciera que tú le estas exigiendo ciertas condiciones, lo que me hace suponer también que al mismo tiempo le exiges que regrese contigo, estas segura que el quiere regresar o sólo tu eres la que busca esa relación”.*

Ahora tú vas a decidir que hacer si hablarle o no hacerlo es tu decisión.

Ordalía:

Cada que pienses en tu ex novio o vengan a tu mente recuerdos de él tendrás que salir a correr por una hora en las noches cuando llegues del trabajo aproximadamente a las 11:00 p.m., al parque que esta fuera de tu casa, además tomaras un vaso de agua simple por cada pensamiento que tengas de él a la hora del ejercicio.

RESULTADOS

Durante la primera sesión primero se llevo a cabo la sociabilización en donde ella mencionó tanto lo que le gustaba hacer (estar sola, las flores, leer, escuchar música), como lo que le desagradaba (hacer ejercicio, tomar agua simple, la leche, salir en fachas), así mismo se hablo del problema y lo que se pretende lograr, en esta sesión se realizó el contrato en donde ella estaba dispuesta a hacer lo que fuera con tal de resolver su problema, lo único que no haría sería lo que estuviera en contra de sus principios, algo que faltará al respeto a su persona. Lo que se le pidió aquí que hiciera fue una ordalía que consistía en que cada que pensará en su ex novio o vinieran a su mente recuerdos de él tendría que salir a correr por una hora en las noches cuando llegará del trabajo aproximadamente a las 11:00 p.m., a un parque que esta fuera de su casa, además de tomar un vaso de agua simple por cada pensamiento que tuviera de él y tomárselos en el momento del ejercicio.

El resultado fue que en la siguiente sesión ella comentó que si tomo como 7 u 8 vasos de agua al día, reduciendo los mismos hasta la mitad, sin embargo, la tarea fue modificada por ella ya que los vasos de agua se los tomaba a la hora que ella quería y acompañada de algún alimento además de cambiar el lugar donde tenía que hacerlo. Sin embargo, el cambio que comentó fue que le hablo por teléfono a su ex novio, lo cual le era muy difícil de hacer, la platica que tuvieron fue acerca de ellos, de lo que paso, además él le comento que quería regresar con ella y que la extrañaba, este último comentario la confundió un poco , ya que también pensó en tener una relación nueva y pensaba mucho en su amigo, esto la hacía sentirse mal porque sentía que estaba jugando con los sentimientos de los dos ya que en un momento imaginó darle oportunidad nuevamente a su ex novio para regresar con él. En esta ocasión se le pidió que por el lapso en el que nos íbamos a ver ella no viera a ninguno de lo dos y en los últimos 3 días se imaginará una relación con cada uno de ellos, ¿Cómo sería? y ¿Cómo se ve ella?

Nuevamente en la sesión posterior ella hizo modificación en la tarea, mencionó que trato de no verlos, pero lo que hizo fue hablar por teléfono constantemente con cada uno y llego a encontrárselos en 2 ó 3 ocasiones. En esta sesión ella dice que en una platica que tuvo y ha mantenido con su ex novio, esta la posibilidad de regresar, ya que él se lo pidió y ella antes de dar una respuesta le puso ciertas condiciones que tenía que cumplir antes, entre las cuales están: dejar a su novia, buscarla o hablarle constantemente a ella, hablar con su familia (de él) y pedirle disculpas por cuestiones familiares que habían sucedido, entre otras. También comentó que con su mamá había tenido dificultades por las llamadas constantes por teléfono, porque le decía que el recibo iba a llegar muy caro. Dentro de las llamadas que realizaba con su ex novio, había ocasiones en las que discutían, porque ella le reprochaba sino le hablaba por teléfono, además le pedía frecuentemente que la fuera a ver o salieran. Para esta sesión se le hizo el siguiente comentario “pareciera que tú le estas exigiendo ciertas condiciones, lo que me hace suponer también que al mismo tiempo le exiges que regrese contigo, estas segura que el quiere regresar o sólo tu eres la que busca esa relación”, y finalizando el

mismo se le dio la siguiente tarea. En esta ocasión solo te voy a pedir que el recibo telefónico que llegue a casa tu lo pagues siendo que tu lo ocupaste más en este mes, además de que ahora tu vas a decidir que hacer si hablarle o no hacerlo es tu decisión.

El último reporte que ella dio fue que si hablo por teléfono con él y lo que hizo fue despedirse, diciéndole que ya no la volviera a buscarla y evitará la pena de que no le contestará, además el último comentario hacía el fue “estoy mejor sin ti que contigo, así que tu en lo tuyo y yo en lo mió”.

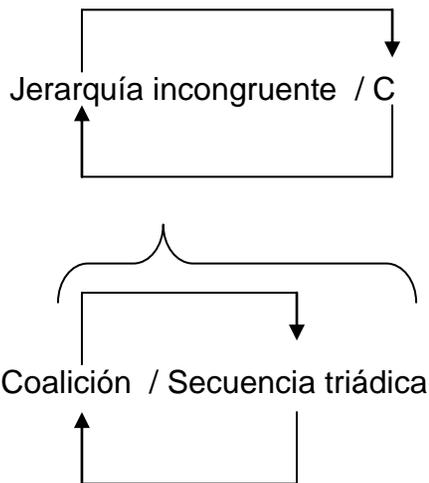
Dentro de los comentarios que ella me hizo fue que la última frase que se le comento fue decisiva ya que la movió y sintió que realmente ella estaba exigiendo que esa relación se reanudara incluso utilizo la palabra “ogro celoso” para compararse con lo que estaba haciendo. Comenta que fue lo que le hizo hablarle y despedirse de él, además de que estaba dándose cuenta que las cosas no iban a funcionar, porque veía que estas no eran como ella las quería.

Modelamiento de terapia: Terapia Estratégica de Jay Haley

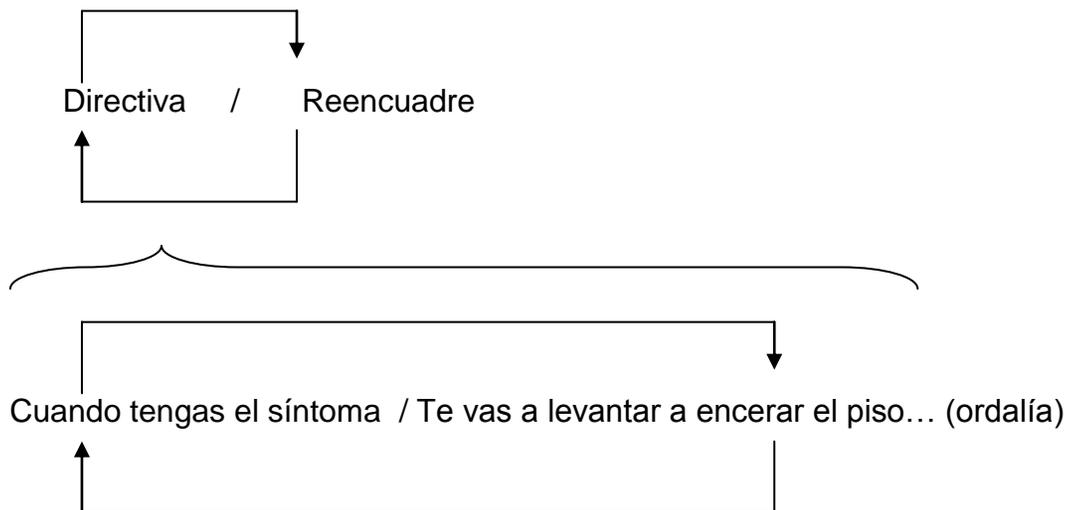
En el caso de esta escuela, la serie de pasos que se presentan son los siguientes:

1. Etapa social
2. Planteamiento del problema
3. Jerarquías incongruentes, coaliciones y secuencia triádica
4. Objetivos terapéuticos
5. Estrategias terapéuticas
6. Intervención

- Modelo de la Pauta



- Modelo de Cambio



El Enfoque Estratégico de Haley tiene el objetivo de romper las coaliciones del sistema cibernético coalición / secuencia triádica, al mismo tiempo regulado por un segundo nivel que es la jerarquía incongruente / C. El Enfoque Estratégico de Haley interviene en un primer nivel de conductas donde el problema es identificado y en consecuencia se da una directiva, pudiendo ser esta un prescripción, una ordalía, una metáfora, una anécdota, un cuento, etc. Es importante mencionar que cada directiva tiene una parte de estabilidad y de cambio.

CAPÍTULO IV

Escuela de Soluciones

INTRODUCCIÓN

La terapia fue engendrada en un mar de diferentes disciplinas con afluentes de la psicología, la medicina y la filosofía. Estas disciplinas se ocupan habitualmente de explicar, diagnosticar y comprender la naturaleza humana. Sin embargo, la Terapia Centrada en la Solución (TCS) tiene un modo de ver diferente la terapia, implica intentos deliberados de producir un cambio de puntos de vista y/o de acción que lleve a la solución, ya que el tener una buena explicación sobre la naturaleza y el origen del problema no produce necesariamente el resultado terapéutico deseado.

Así mismo, la psicoterapia se ha dedicado durante la mayor parte de su historia a estudiar e intentar eliminar los problemas y la patología de la gente. Sin embargo el cambio de enfoque de la TCS, desde la patología y los déficit hacia los lados fuertes, las capacidades y los recursos producen un alejamiento de la búsqueda de la explicación de las dificultades de las personas, a la búsqueda de soluciones que funcionen para el individuo, la pareja o la familia concreta que acude a terapia (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Es una forma de pensar que no empieza atacando el problema, sino buscando soluciones (por grandes o lejanas que parezcan) y pensando cómo llegar a ellas. Es un planteamiento que suscita imágenes de lo que podría o debería ser, y ayuda así a la gente a ver potencialidades que de otra forma no serían entendidos y evoca acciones que de otro modo podrían no ocurrir.

En el presente trabajo se hablará de este enfoque, la Terapia Centrada en la Solución, donde se abordarán las diferentes relaciones terapéuticas que se dan entre el paciente-terapeuta, las premisas básicas del modelo, el proceso terapéutico, así como las diferentes intervenciones.

ANTECEDENTES

La terapia centrada en soluciones, se centra en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o problemas (Espinosa, 2004).

Tradicionalmente, la terapia estaba orientada sobre todo hacia el pasado, buscando en la infancia 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 la terapia. Ahora la terapia está evolucionando más allá de esta orientación del “aquí y ahora” hacia una orientación hacia el futuro a la que no interesa cómo surgieron los problemas ni incluso cómo se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

La terapia centrada en las soluciones fue influida por Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) y Brief Family Center (BFTC) (Kim Berg y Miller, 1996).

Otra contribución de Erickson a la terapia breve (principalmente en el enfoque de soluciones) es la intervención terapéutica de “seudoorientación temporal”. Erickson ponía en trance al paciente y luego lo ayuda a crear una distorsión del sentido del tiempo; el propósito último en todo el proceso era el de que el paciente se pusiera en contacto con sus recursos y los pusiera en juego para la solución del problema (Espinosa, 2004).

En 1966 el Mental Research Institute (MRI) inició un proyecto de terapia breve, convencidos de que la terapia se podía realizar en un tiempo más corto. El modelo fue elaborado por John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch en Palo Alto, California, ellos trabajaron con un límite de 10 sesiones, una de sus directrices era resolver el problema en lugar de organizar familias completas, pues consideraba a la familia como un sistema, que puede estar atascado en un patrón

ineficaz de soluciones. Desde esta perspectiva, los problemas se desarrollan al manejar mal las dificultades de la vida, y se les considera de naturaleza interaccional. Para el MRI los problemas son mantenidos por los intentos de solución (De Shazer, 1986).

El Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee, dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia problema, y se dedicó a identificar lo que funcionaba con el fin de ampliar las secuencias de la solución. Este modelo se construyó a partir del supuesto de que todos los pacientes cuentan con fuerzas y recursos para cambiar. Este enfoque aparece como un modelo diferente en la década de los 80' en el BFTC de Milwaukee, Wisconsin, EUA. El grupo estaba encabezado por De Shazer y entre sus colaboradores más destacados se encuentran: Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kimberg. Se incorporan un poco después: Wally Gingerich, John Walter y Michele Weiner-Davis (Espinosa, 2004).

Steve de Shazer, el impulsor de este enfoque terapéutico, desarrolla su trabajo desde 1978. Su forma de evaluar es con una intención clara de favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, debido a lo cual durante la entrevista emplean el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean, por el contrario, el énfasis recae en averiguar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los (Ochoa, 1995).

Steve de Shazer (1986) mantiene que la tarea del terapeuta es elaborar con el cliente expectativas de cambio y solución. Pero para esto, no es necesario saber nada sobre el pasado de la persona (y si lo hace, se centra exclusivamente en los pasados *éxitos*), ni exige tampoco el conocimiento de ningún detalle de lo que está manteniendo el motivo de queja. Por el contrario, se centra en el modo en que el cliente podrá reconocer cuando el problema ha quedado resuelto.

PREMISAS BÁSICAS

Kim Berg y Miller, (1996) mencionan que los terapeutas centrados en las soluciones mantienen presuposiciones que aumentan la cooperación cliente – terapeuta. Mantienen premisas que se centran en los recursos y posibilidades de los clientes, además de orientar el trabajo terapéutico.

Las premisas que ellos mencionan son las siguientes:

Poner énfasis en la salud mental: Durante la sesión, el terapeuta pone atención y se concentra en los éxitos de los pacientes y en el manejo de sus problemas, se pone de relieve su capacidad, sus recursos y sus habilidades y no sus carencias e incapacidades. En este enfoque centrado en la solución, en vez de buscar lo que está mal y tratar de arreglarlo tendemos a buscar lo que está bien y tratamos de descubrir como usarlo.

Utilización: Un buen tratamiento implica suscitar, sacar del paciente las fuerzas, los recursos y los atributos saludables que se necesitan para resolver el problema en proceso, esto se conoce como *utilización*.

Una visión ateórica – no normativa – determinada por el paciente: El método centrado en la solución es ateórico y determinado por el paciente, se dedica poco tiempo en las sesiones de tratamiento y en las discusiones con colegas a imaginar o explicar ¿por qué existe el problema?, ¡Simplemente, se acepta la visión del paciente en su significado literal!

Parquedad: El modelo centrado en la solución busca economía en los medios terapéuticos que se usan para obtener los fines terapéuticos deseados.

El cambio es inevitable: Por medios verbales y no verbales los clientes reciben la impresión de que sería sorprendente que la queja presentada persistiera o no

sufriera modificación alguna. La idea de que el cambio es inevitable se relaciona con la observación de que “nada sucede siempre”. En toda situación problemática hay momentos en que el problema no aparece o el paciente no lo considera un problema. El terapeuta centrado en la solución busca los momentos en que el problema no es problema.

Orientación hacia el presente y el futuro: En este punto, se da gran importancia al ajuste de los pacientes en el presente y en el futuro y no en el pasado. Es más útil centrarse en el aquí y el ahora y visualizar la resolución de la situación, que enfocarse en el pasado y la raíz u origen de la misma.

Cooperación: La cooperación significa trabajar junto con el otro. Por lo tanto, en una relación terapéutica verdaderamente cooperativa no sólo el paciente debe cooperar trabajando con el terapeuta, sino éste también debe trabajar con el paciente. Cualquier cosa que traiga el cliente a terapia se puede utilizar como elemento de cooperación, no sólo las conductas negativas pueden ser reformuladas, sino sobre todo las excepciones.

Filosofía central: La “filosofía central” de la terapia centrada en la solución tiene tres reglas que menciona Kim Berg y Miller, (1996), éstas son:

1. Si no está roto ¡no lo compongas!
2. Una vez que usted sepa que es lo que le funciona ¡haga más de lo mismo!
3. Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo ¡haga algo diferente!

MODELOS DE RELACIÓN TERAPEUTA-CLIENTE

De Shazer (1992) habla de tres tipos de relaciones terapéuticas, que se dan a medida que se desarrolla una sesión, particularmente en la primera sesión, el terapeuta y el cliente construyen una relación como resultado de la entrevista. Estos tres grupos se dividen en *visitantes*, *demandantes* y *compradores*.

Los *visitantes* tienen a alguien a quien visitar, los *demandantes*, alguien a quien presentarle una queja y los *compradores* alguien a quien comprarle algo.

Visitantes: Son personas que no parecen tener un motivo de consulta y la razón por la que se encuentran en el consultorio del terapeuta es simplemente que alguien les dijo que fuera o alguien los llevó.

Puesto que no hay un problema con el que trabajar, la terapia no puede comenzar y por lo tanto el terapeuta comete un error si intenta intervenir, por obvio que el “problema” pueda parecerle a un observador.

Para De Shazer (1992), es improbable que se de la cooperación cuando los visitantes dicen que no necesitan terapia pero el terapeuta piensa y dice que sí la necesitan. Sin embargo, menciona que el modo en el que entrevistamos puede ser útil en la situación con los visitantes e indica algunas pautas para saber que hacer.

1. Ser lo más simpático posible
2. El terapeuta que está en el consultorio *siempre* está de parte de la persona entrevistada.
3. Buscar lo que funciona en vez de lo que no funciona.

También, resulta útil hacerles a los visitantes una serie de cumplidos pero no darles ninguna tarea al final de la primera sesión. Así se comenzará a desarrollar la *adaptación* y tal vez en la sesión siguiente podrían traer un motivo de consulta viable.

Demandantes: Se puede puntuar el comienzo de una conversación terapéutica al determinar un motivo de consulta. Por más confuso, vago, global o específico que sea, un motivo de consulta es el signo de que el terapeuta y los otros participantes pueden comenzar la terapia. De modo que la relación de tipo demandante se da cuando en el transcurso de la sesión terapeuta y paciente identifican juntos, un objetivo o dolencia para el tratamiento; pero no los pasos que encaminan a la

solución. Los pacientes son capaces de describir su dolencia u objetivo; pero por lo general no llegan a visualizarse como parte de la solución, de hecho suelen creer que la única solución posible es que otra persona cambie. En este caso se suele buscar un comprador oculto y se dan tareas observacionales o reflexivas que faciliten una perspectiva de la solución.

Compradores: Cuando un cliente muestra buena disposición además quiere *hacer algo* respecto al problema, entonces la relación cliente-terapeuta se le conoce con el nombre de “comprador”. Los compradores se diferencian de otros demandantes exclusivamente por el modo en que se describen su situación y sus objetivos. En estas situaciones el terapeuta puede encargar tareas conductuales con un alto grado de confianza en que el comprador las ejecutará y la encontrará de utilidad.

Cada una de estas relaciones cambian y evolucionan en el transcurso de una serie de sesiones. Los visitantes pueden convertirse en demandantes, los demandantes en compradores y éstos pueden convertirse en demandantes.

PROCESO TERAPÉUTICO

FOCO

La mayoría de las sesiones iniciales comienzan cuando el cliente describe el problema o el motivo que lo llevó a buscar una terapia. Frecuentemente a partir de allí el terapeuta investiga muy minuciosamente el problema, aun cuando lo que considera importante varía de un modelo a otro. Por el contrario esta fase en el modelo centrado en la solución cada vez se ha acortado más y ha tenido menos importancia. En un corto periodo el terapeuta comienza a armar una solución al iniciar la búsqueda de excepciones, es decir, el terapeuta explora lo más detalladamente posible los momentos en los que el problema *no* se produjo. Independientemente de cuánto le cuente el cliente al terapeuta acerca del problema.

Luego el terapeuta pasará a trabajar con el cliente en la descripción de una visión del futuro en la que el problema está resuelto. Esto se hace sin necesidad de obtener una descripción completa y/o su etiología y a veces se hace sin analizar los pasos que serían necesarios para conducir a la solución. (De Shazer, 1992)

MAPA CENTRAL – PRIMERA SESIÓN

La terapia centrada en las soluciones establece un conjunto ordenado de pasos. Este programa parte de un planteamiento estratégico que ayudará al terapeuta a guiar el desarrollo de la sesión y al equipo en su toma de decisiones con respecto a la intervención. Los puntos establecidos para orientar la primera entrevista son los siguientes (De Shazer, 1992):

Unión: Cuando se saluda a los clientes se suele pasar los primeros minutos hablando sobre cualquier cosa distinta de la razón por la que asisten. Con el objetivo es mostrar un interés genuino por los clientes y ayudarles a que se sientan cómodos, Utilizando técnicas de unión (adaptarse al lenguaje del cliente, adoptar la modalidad sensorial del cliente), evitando la confrontación y los temas de conversación con los que es probable el desacuerdo.

Una breve descripción del problema: Habitualmente la pregunta siguiente es “Bien ¿qué los trae por aquí? Tras una breve explicación del problema, se hace 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.

Excepciones del problema: Es importante encontrar excepciones para identificar los momentos en los que el problema no ocurre y centrarse en ellas, pues ofrecen una gran cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema. Sin embargo cuando no se pueden recordar excepciones, ni soluciones, se hacen preguntas orientadas al futuro o de avance rápido, también se pueden

desenterrar las soluciones examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no.

Los tipos de excepciones pueden ser espontáneas o deliberadas y son de tres tipos: (Material didáctico del Diplomado en Terapia Sistémica. 10ª generación, 2007).

1. Cuando el problema no esta 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

Definición de objetivos: Los clientes deciden que cambios quieren que ocurran, sin embargo el terapeuta adopta un papel muy activo para asegurarse de que los objetivos sean alcanzables y, se espera, lo bastante concretos como para saber cuando los habrán alcanzado. Este procedimiento de definición de objetivos es un proceso cooperativo de negociación. El papel activo del terapeuta en este aspecto de la terapia maximiza las probabilidades de que los clientes vayan a conseguir las metas construidas.

Kim Berg y Miller, (1996) mencionan las cualidades que deben de cumplir los objetivos para que estos ayuden al cliente y al terapeuta a darse cuenta de que el problema esta resuelto.

1. Que tenga importancia para el cliente
2. Que sean limitados
3. Que sean concretos, específicos y formulado en conducta
4. Que planteen la presencia y no la ausencia de algo
5. Que indique un comienzo y no un fin
6. Que sean alcanzables en el contexto de la vida del cliente
7. Que perciba que exigen un “trabajo duro”

El establecimiento de objetivos específicos influye sobre el resultado y, en particular, es más fácil de lograr objetivos que le cliente percibe como alcanzables y difíciles que las metas vagas o de fácil cumplimiento (De Shazer, 1992)

Pausa: Una parte importante del trabajo con equipos e individual es hacer una pausa para consultar al equipo o para ordenar las ideas acerca de lo que los clientes han dicho. Esto, además permitirá al terapeuta o al equipo que reúnan y compartan ideas acerca de la dirección del caso. También la pausa ayuda a decidir qué aspectos de la entrevista merecen ser destacados o sirve como marcador de contexto, permitiendo al terapeuta volver a subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen. Después de la pausa se puede, además, mencionar un resumen de las cosas bien hechas, de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia, y, finalmente una prescripción o tarea.

Elogios: Durante la sesión se aprovecha cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas. Cuando el cliente está haciendo algo que es positivo o promueve soluciones, se toma nota mentalmente para felicitarlo por ello. A veces, cuando ha sido difícil encontrar excepciones al problema durante la sesión, pueden alterarse aún los puntos de vista de los clientes sobre la situación dando un nuevo significado a la descripción del problema. Esto puede conseguirse a través del uso del elogio, es decir, adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas. Después de los elogios viene la intervención y es el último punto a tratar en la sesión a parte de la concertación de la otra entrevista, si es necesaria (De Shazer, 1992).

ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO

INTERVENCIONES

El objetivo terapéutico consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo, es decir,

en ampliar las soluciones eficaces y resaltar aquello que es satisfactorio en la vida de los individuos y familias, para ello, la terapia centrada en la solución utiliza diferentes formas de intervenir.

PREGUNTAS PRESUPOSICIONALES

Es el nombre que se le ha dado al tipo de preguntas que se hacen durante la sesión y que están diseñadas para funcionar como “intervenciones”. A través de las preguntas que se eligen hacer y del cuidadoso uso del lenguaje de las soluciones se intenta influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndose el terapeuta a las soluciones. Las preguntas presuposicionales encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos y les enriquecen.

Hay una regla básica a la hora de construir preguntas presuposicionales es: mantenerlas abiertas, evitando a las que se puedan contestar con un “sí” o un “no”. En vez de ¿Pasó alguna cosa positiva?, preguntar, ¿Qué cosas positivas sucedieron? Esta última pregunta implica que el terapeuta está seguro de que sucedieron cosas positivas. Cuando los terapeutas no emplean este principio y hacen preguntas de “sí” o “no”, los clientes a menudo optan por dar simples respuestas de “sí” o “no”. Hacer una pregunta abierta casi siempre proporciona una respuesta más completa y útil (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

ELOGIOS

Cuando el terapeuta regresa al consultorio después de hacer consultado con su equipo o después de hacer reflexionado solo acerca del caso, comienzan los mensajes de intervención con una serie de cumplidos. Se trata de afirmaciones acerca de algo que haya dicho el cliente que puede considerarse útil, eficaz, bueno o divertido. Esto ayuda a facilitar la adaptación entre el cliente y el terapeuta y por ende la cooperación en la tarea que tienen entre manos.

Entre los cumplidos de la primera sesión se incluyen afirmaciones sobre la dificultad de lograr el objetivo elegido y algunas afirmaciones, basadas en las excepciones, sobre los progresos realizados para llegar al objetivo y sobre su factibilidad general. En sesiones posteriores con frecuencia los cumplidos se concentran principalmente en los progresos realizados para llegar a cumplir la meta (De Shazer, 1992).

TAREAS DE FORMULA

La tarea de formula o de primera sesión tiene la finalidad de cambiar el foco del cliente., llevándolo de acontecimientos pasados a sucesos presentes y futuros e implícitamente se propone también promover expectativas de cambio. Con frecuencia los clientes tienen la expectativa de que los progresos serán pobres, y el mensaje de la tarea sugiere que el terapeuta espera otra cosa: va a ocurrir algo que vale la pena que continúe ocurriendo; de hecho, las cosas que valen la pena ya están sucediendo, y hay que observarlas. La tarea de formula es:

Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, a nosotros nos (a mi me) gustaría que observe, de modo que puedas describirnos (describirme) la próxima vez, lo que ocurre en su (familia, vida, matrimonio, relación) que usted quiere que continúe ocurriendo (De Shazer, 1986).

A causa del enunciado de la fórmula y de la expectativa incorporada relacionada por lo menos con un cambio en la percepción, muchos clientes encuentran fácilmente un modo de cooperar con esta tarea. Además la tarea esta diseñada para crear una profecía de autocumplimiento sobre el curso futuro de los acontecimientos (De Shazer, 1986).

LA PREGUNTA POR EL MILAGRO

La pregunta del milagro se utiliza como técnica de intervención, es el marco más eficaz para ayudar a los clientes a fijar objetivos y describir así cómo se darán cuenta cuando el problema esté resuelto (De Shazer, 1986).

Un marco de referencia para toda una serie de preguntas (denominado en forma colectiva como “la pregunta del milagro”) se utiliza en casi todas las primeras sesiones en el BFTC para ayudar al terapeuta y al cliente a describir qué características tendrán una solución (De Shazer, 1992).

La pregunta básica del milagro es:

“yo tengo una rara y quizás difícil pregunta que hacerle, una pregunta que necesita algo de imaginación.”

“Suponga...que después de que nosotros terminamos aquí, usted va esta noche a casa, mira televisión, hace sus quehaceres usuales, y entonces se acuesta para dormir...”

Y mientras usted esta durmiendo, un milagro pasa...

¡y el problema que trajo aquí se resuelve, simplemente así!...

pero esto pasa mientras usted esta durmiendo, así que usted no puedes saber que ha pasado...

una vez que usted se despierta por la mañana, ¿Cómo hará usted para descubrir que este milagro le ha pasado a usted?...

Por medio del uso de esta pregunta, el terapeuta y el cliente se ponen en condiciones de lograr una imagen lo más clara posible de las características que tendrá la solución, aún cuando el problema sea vago, confuso o no esté claramente descrito.

Si se pregunta indirectamente acerca de objetivos utilizando la secuencia del milagro, uniformemente se logra producir descripciones de conductas concretas y específicas. (De Shazer, 1992).

PREGUNTA DE ESCALA

Es un instrumento que bien se puede utilizar para medir el avance o como técnica de intervención, al identificar lo que se debe de hacer para avanzar hacia los objetivos o después de la pregunta del milagro.

La pregunta es:

En una escala de “0” a “10” con “10” señalando como son las cosas el día después del milagro y “0” para señalar el como las cosas estaban en el punto que usted llamo para arreglar esta cita, en donde, usted diría que las cosas están justo en este momento.

El Material didáctico del Diplomado en Terapia Sistémica. 10ª generación (2007), menciona siete pasos para el uso de las escalas:

1. El terapeuta establece las escala de 1 al 10 especificando qué es el 1 qué es el 10.
2. El paciente establece en qué numero de la escala se encuentra en ese momento.
3. El terapeuta construye, en colaboración con el cliente, los patrones para cada número.
4. El terapeuta o el equipo reconoce los recursos (especificándolos) que le han permitido al cliente situarse en el punto de la escala.

5. Terapeuta y cliente precisan qué aspectos (patrón) hacen la diferencia entre el punto en el que se encuentran el cliente y un punto más.
6. Una vez identificado el patrón para subir la escala se construyen tareas con el cliente.
7. Para construir o verificar el objetivo, es útil preguntarle al cliente hasta que punto de la escala desearía llegar dentro de las sesiones.

La pregunta de escala puede utilizarse cada sesión para medir cambios e identificar patrones y diferencias.

PREGUNTA DE EXCEPCIÓN

Se utiliza el término “excepción” por que los clientes tienden a considerar que sus problemas o dificultades “suceden siempre” (una regla). Cuando el problema no se produce, parece como si se hubiera quebrado una regla pero al cambio no se le concede importancia. Cuando el problema no se produce se considera que eso es una “casualidad” y no una prueba de que las cosas podrían andar mejor, lo cual sugiere que “toda regla tiene su excepción” (De Shazer, 1992).

De Shazer (1992) menciona que cuando la búsqueda de estas excepciones tiene éxito y las diferencias se observan y se mencionan en la primera sesión, en el caso del terapeuta y también del cliente se reafirma la expectativa de una transformación significativa tanto en lo que se refiere al motivo de la consulta como el plano de la solución, ¿porque ya se ha producido algo diferente en la esfera del problema!

El equipo observó que en muchos casos identificar estas excepciones y construir sobre ellas era una manera eficaz de generar soluciones y así se incorpora la idea de que el cliente debe hacer más de lo que ya está haciendo y no la sugerencia de que haga algo distinto.

REPORTE DE CASO

En este apartado se pretende demostrar la aplicación de la Terapia Centrada en la Solución, retomando algunas de las premisas del modelo, así como haciéndose valer de estrategias para el cambio como la preguntas de excepciones, pregunta del milagro y pregunta de escala.

Al inicio de la primera sesión, se realizó el contrato con nuestra paciente, en el cual nos presentamos, se pidió la autorización para la grabación, así mismo se explicó la estructura de la sesión. Posterior a esto, se realizó la unión con el paciente para poder iniciar con la estructura de la terapia centrada en las soluciones.

La primera pregunta para poder construir el problema fue *¿en qué te podemos ayudar?* (3:44 min). A lo que ella respondió *“no un problema, pero sí, me está pasando últimamente mucho que mi esposo se ha vuelto muy celoso, entonces cualquier cosa, a lo mejor no una ropa provocativa, o no sé, o el que algún otro hombre me vea, o a lo mejor el se alucina que me ve, porque ni creo que me vea, se molesta y eso no me gusta”*

Con esta respuesta podemos notar que el tipo de relación terapéutica que se presenta es de tipo “demandante”, ya que espera que otro más cambie (en este caso su esposo), ella cree que el problema pertenece a él y no se considera ella parte del mismo.

Para la búsqueda de excepciones se hicieron algunas preguntas como: *“¿qué tendría que pasar aquí para que haya valido la pena venir?, ¿Qué tendría que hacer yo para sentirme bien si tuviera una situación como la tuya? y ¿Qué es lo que te ha sido de ayuda? (10:00 al 13:10 min)*

Con estas preguntas ella nos contestó: *“tanto como ignorarlo no, pero sí, por decirlo no hacer más grande el problema, sino platicar...”*

“Tener más comunicación con él. Hacerlo de alguna manera entender, que las cosas no son como el cree que son...lo que hago, lo hago por sentirme, tanto bien conmigo misma como para seguirle gustando a él...”

Mediante estas respuestas conseguimos, una excepción en común, “comunicarse”, sin embargo, para obtener más, recurrimos a la pregunta de escala formulada de la siguiente manera:

-“En una escala del “0” al “10”, siendo “0” la situación que te trae y siendo “10” como te quieres sentir en un futuro, ¿en que punto te colocarías en este momento?(13:55min) Contestó que está en un 8.

-¿Cómo es que estás de cero a 8? “Es una situación que me afecta, pero no es tan grave, no sé, como para destruir mi matrimonio... nosotros cuando éramos novios teníamos mucha comunicación, de hecho nuestros dos primeros años, platicábamos... sobre lo que nos molestaba, lo que no nos molestaba, las cosas que queríamos cambiar, las que no... Yo pienso que a lo mejor si yo sigo o si seguimos fomentado la comunicación de nosotros como pareja, esto puede cambiar, se puede solucionar”.

Nuevamente, con la pregunta de escala, se obtuvo excepción de “comunicación”, para ahondar en este recurso, la siguiente pregunta fue: ¿enséñame cómo podría fomentar yo la comunicación con mi pareja? (15:45 min). *“Expresando lo que uno siente...aceptar los errores que uno comete, pero no quedándose callados, decir, “¡sabes que!...”*

- ¿Qué tendría que pasar para que llegaras a un punto más? “...que él cambiará, no tanto que cambiará, que se diera cuenta que las cosas no son como él cree...”

Aquí se vuelve a observar la postura demandante de la paciente, ya que en su comentario, ella pide que el cambio suceda en otro, y no se observa como parte de la solución.

-Posteriormente se le pregunta ¿cómo te darías cuenta que llegaste al 9? (18:10 min)
“...que ya me vistiera normal, lo que es normal para mi, sin que él me dijera nada, o a lo mejor que de 10 veces me lo dijera 5 o 6...”

Durante la sesión se utilizó el resumen, posterior a las respuestas del paciente, para corroborar la información que estábamos obteniendo, así mismo lo utilizamos para llevar a cabo la premisa de utilización, retomando el lenguaje del paciente. También se hicieron elogios para enfatizar los recursos con los que contaba Perla. (ej. 11:20, 13:30, 30:45 min)

Tratando de buscar una excepción diferente a comunicación, realizamos la pregunta por el milagro, de la cual surgió la siguiente respuesta:

...¿Cómo te darías cuenta que éste milagro sucedió? “a lo mejor poniéndome algo, ahora sí escotado, algo... no sé, provocativo, por decirlo así y él no me dijera nada...”

Con la pregunta del milagro también obtuvimos el patrón del mismo.

Con la información obtenida lo siguiente que menciona Perla se perfila como un objetivo: (18:10 min)

“...que ya me vistiera normal, lo que es normal para mí, sin que él me dijera nada, o a lo mejor que de 10 veces me lo dijera 5 o 6...”

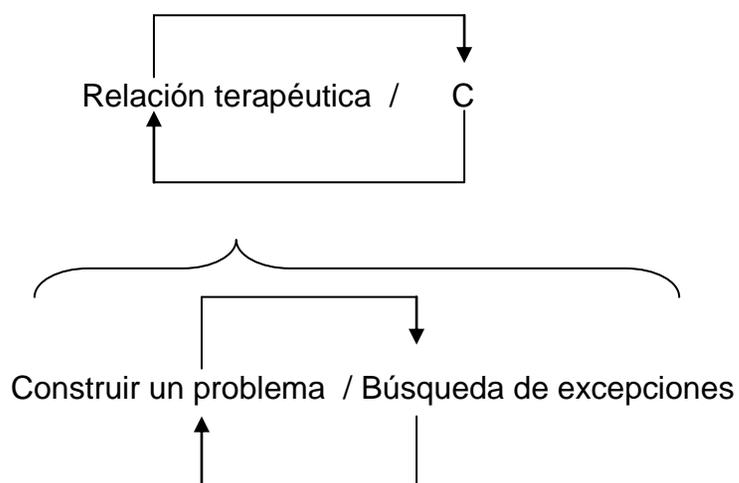
Después de la pausa, se regreso a la sesión con un resumen de lo que se había hablado en la sesión, se elogiaron algunas de las conductas que ella nos

menciono y se formuló la prescripción, donde se le pidió a Perla que este próximo viernes platicara con su esposo como lo solía hacer, que fomentara la comunicación como cuando eran novios y se realizó el cierre de la sesión.

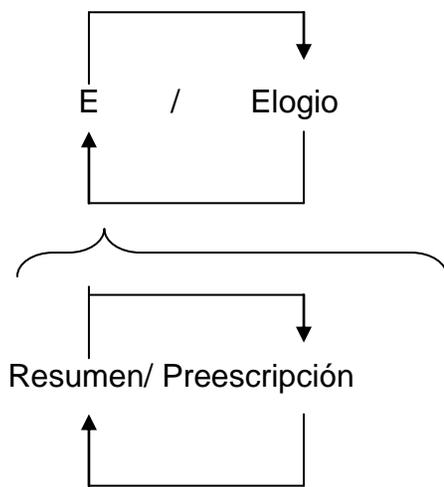
Modelamiento de terapia: Terapia de Soluciones

1. Construir una relación terapéutica (visitante, demandante, comprador)
2. Construcción del problema.
3. Búsqueda de excepciones
4. Fijar objetivos bien pensados.
5. Elogio
6. Intervenciones (Preescribir)
 - Hacer más de lo que funciona
 - Tareas de formula

- Modelo de la Pauta



- Modelo de Cambio



La Escuela de Soluciones tiene el objetivo de identificar las excepciones de un problema dentro del sistema cibernético construir un problema / búsqueda de excepciones, al mismo tiempo regulado por un segundo nivel más abstracto que es la relación terapéutica / C. Esta escuela interviene prescribiendo el elogio como ruido significativo.

CAPITULO V

Escuela de Milán

INTRODUCCIÓN

El enfoque sistémico es una estrategia valiosa para quienes se dedican a hacer psicoterapia.

El grupo de Milán es sin duda uno de los principales modelos en terapia sistémica, primordialmente porque sus representantes: Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata rompen con su formación psicoanalítica, pronunciando una metodología más eficiente y menos prolongada.

En el presente trabajo se hablará de la Escuela de Milán que estaba integrada por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, quienes fueron fuertemente influidos por el grupo original de Palo Alto. De igual manera se describirán las partes que conforman una sesión, las premisas teóricas que se utilizan, como son la homeostasis familiar, la función del síntoma y el juego familiar, así como la forma de trabajo utilizando la neutralidad, hipotetización y los ejes a partir de los cuales se realizan las preguntas, así como las temáticas prioritarias que se abordan a partir de un interrogatorio circular que permita al terapeuta moverse conforme lo decida o necesite, para facilitar una buena intervención.

En la parte práctica se presenta el caso de la familia Gómez Figueroa para ejemplificar el modelo, sus postulados y algunas estrategias de intervención como la connotación positiva.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El centro para el estudio de la familia inicio su actividad en Milán, Italia en mayo de 1967. La actividad del centro se desarrollo durante más de un año en medio de numerosos obstáculos de carácter práctico, tales como la dificultad de encontrar y motivar a las familias para el tratamiento. Una vez superadas esas dificultades, a partir de 1972, las familias comenzaron a fluir en número continuamente creciente, bastante superior a las posibilidades de absorción, lo que posibilito el estudio de una diversidad de casos y la programación de investigaciones especiales (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

Una gran influencia para el equipo de Milán es el trabajo de Gregory Bateson sobre comunicación; quien desde 1950 participo con un grupo de personas en Palo Alto California, que posteriormente se convirtió en el MRI. Otra influencia es la obra del MRI, sobre todo el libro de Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin "Pragmatics of human communication", publicado en 1967. Con esto se empieza a cuestionar el enfoque psicodinámico que centra en el individuo la "patología", pues se cree que este enfoque no toma en cuenta un aspecto fundamental, como es el contexto vincular en que se producen las conductas problema, siendo ese principal contexto la familia (Boscolo, Cecchin, Hoffman, y Penn, 1987).

Con estas influencias, la escuela de Milán se basa en la hipótesis de los modelos que ofrecen la cibernética y la pragmática de la comunicación humana, y en este sentido, consideran a la familia como "un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores". Se forma en un cierto lapso mediante una serie de ensayos, intercambios y retroalimentaciones correctivas, hasta convertirse en una unidad sistémica original sostenida por medio de reglas que refieren a los intercambios en el grupo y que tienen el carácter de comunicaciones tanto de nivel verbal como no verbal (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

En 1971 el equipo de Milán estaba conformado por: Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Giuliana Prata, psiquiatras psicoterapeutas. Tal composición permitió emplear un pareja heterosexual en el trabajo terapéutico, normalmente secundada por la pareja de colegas en la cámara de observación separada por un espejo de visión unilateral, y una sala de discusión, donde al final de cada sesión todo el equipo discutía para llegar a formular la hipótesis sistémica y una posible intervención para comunicar a la familia.

Sin embargo, la aplicación de estas ideas en el campo clínico llevó al desarrollo de un nuevo método para reunir y elaborar las informaciones y para intervenir en los sistemas humanos. El Mental Research Institute de Palo Alto, y los escritos originales de Bateson se adaptaban a un pensamiento sistémico a la vez más puro y más complejo. La distinción entre los mapas y el territorio, las categorías lógicas del conocimiento, el concepto de la mente como sistema y del sistema como mente, la noción de epistemología cibernética y la introducción de la semántica asumieron una posición central para formular las ideas del grupo de Milán (Boscolo y Bertrando, 1996).

En sus técnicas terapéuticas, el grupo tomó y amplió algunos de los métodos introducidos por el MRI. El doble vínculo terapéutico o, como lo llamó el grupo de Milán *contraparadoja*, se convirtió en el núcleo de la terapia, llegando así a la elaboración de sus propias formulaciones (Boscolo, Cecchin, Penn y Hoffman 1987):

1. Las familias en transacción esquizofrénica (así llamaba el grupo a su población objetivo) participan en *juegos* familiares no reconocidos.
2. En estos juegos, sus miembros se esfuerzan unilateralmente por lograr el control recíproco de las conductas.
3. La tarea del terapeuta es poner de manifiesto estos juegos e interrumpirlos.

A fines de 1971 estalla el conflicto interno en el Centro para el estudio de la familia. Parte del equipo resuelve, no solo optar decididamente por el modelo sistémico, sino también ensayar la tentativa de aplicarlo a la terapia familiar de modo

más coherente y estricto posible, evitando contaminaciones eclécticas (Selvini, 1990).

Boscolo y Cecchin comenzaron a alejarse de la perspectiva de investigación que caracterizaba al grupo, para entrar en una dimensión de enseñanza y formación.

La decisión de Boscolo y Cecchin determinó en los hechos, la separación del equipo de investigación; Selvini, Palazzoli y Prata, aunque sin oponerse a la actividad formativa de sus colegas, permanecieron fieles al planteamiento inicial de investigación. La separación se produjo paulatinamente, durante algún tiempo siguieron colaborando durante todo el día; luego, a fines de 1980 suspendieron toda investigación en común. El uso del centro fue compartido, utilizándolo la mitad de la semana cada una de las partes del equipo.

En Italia y en el mundo entero se seguía hablando del grupo de Milán como de una realidad actual, cuando en realidad se trataba de una experiencia concluida. El equívoco quedó aclarado cuando se anunció públicamente y formalmente la disolución, en septiembre de 1982, fecha en la que Selvini Palazzoli y Prata se trasladaron a la nueva sede, en Viale Vittorio Veneto, se asociaron con nuevos colaboradores y fundaron un nuevo centro de investigaciones con la denominación de Nuevo Centro para el Estudio de la Familia.

POSTULADOS QUE CARACTERIZAN AL MODELO

En la teoría del modelo de Terapia familiar sistémica de Milán se ha tratado de explicar e investigar las relaciones existentes dentro y fuera de los miembros de la familia, es en este sentido surgió la necesidad de hablar del uso del concepto de “juego” que se ha establecido metafóricamente para definir cada vez mejor los tipos de procesos que se hacen para construir modelos de los procesos “psicóticos” de la familia. Cuando se emplea el concepto de “juego familiar”, se establecen reglas de los procesos interactivos como binomios de conceptos opuestos-complementarios:

individuo/sistema, cooperación/conflicto, autonomía/dependencia, conservación/cambio. La negociación de las modalidades de esa cooperación implica necesariamente, para el egocentrismo fisiológico de cada uno de los individuos, el surgimiento de conflictos. Cada individuo espera ser él mas beneficiado posible. Finalmente el resultado de la utilización del juego es adecuado para integrar las reglas generales de la interacción de los jugadores con las movidas de los individuos.

En la idea de juego convencional son ya evidentes ciertas características:

- ❖ El principio irrevocable de *alternación de los turnos* (porque el juego, como el diálogo, se estructura en la alternación de las intervenciones individuales y no en su simultaneidad)
- ❖ La *acepción* por los jugadores de las *reglas*, para reducir la incertidumbre de las movidas.
- ❖ El mantenimiento de la posibilidad de disponer, respetando las reglas, de una amplia opción de movidas que, garantizando en el juego aspectos de imprevisibilidad, dejen espacio para la aparición de la habilidad y la inteligencia estratégica de los jugadores, que son quienes confieren identidad a la partida.

En este sentido la metáfora del juego facilita el acceso a una visión que no separa a los individuos de las interdependencias recíprocas, ni tampoco a la interdependencia de los individuos, sino que considera a estos últimos como interdependientes y sin embargo relativamente imprevisibles, esto impide seguir ignorando a los individuos, y aprender a mirarlo como organización con las posiciones jerárquicas de cada uno de sus miembros (Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A.,1990).

Parte imprescindible de la Escuela de Milán lo conforman la cibernética de primer y segundo orden. La cibernética de primer orden define un sistema familiar problemático como una máquina homeostática en el que se cree que el síntoma

desempeña un papel importante en el mantenimiento del equilibrio familiar. El modelo cibernético de segundo orden ve a la unidad terapéutica como un haz que contiene al observador y a lo observado, es un sistema de sentido al que el profesional actuante contribuye tan activamente como los demás (Boscolo, Cecchin, Hoffman, y Penn, 1987).

Con esta epistemología que integra el equipo de Milán, se puede ver al síntoma como un fenómeno coherente con características interaccionales específicas. Si se reflexiona acerca de que en un círculo sistémico cada elemento está inserto e interacciona con su totalidad, las condiciones orgánico-psíquico o consciente-inconsciente pierden su significado.

Dicho lo anterior Boscolo, et.al., (1987), mencionan que el grupo de Milán hace los siguientes postulados:

- ❖ *Las familias participan en “juegos familiares” que al volverse patológicos, son no reconocidos.*
- ❖ *En estos juegos, sus miembros se esfuerzan unilateralmente (linealmente) por lograr el control recíproco de las conductas.*
- ❖ *La tarea del terapeuta es poner de manifiesto estos juegos e interrumpirlos o alterarlos.*
- ❖ *El objetivo de la terapia es “liberar” a la familia de la rigidez de su sistema relacional y de creencias, para que después sea ella misma quién encuentre el cambio conveniente.*
- ❖ *La intervención consiste en romper la pauta relacional, introducir un mensaje contradictorio al funcionamiento paradójico de la familia, es decir, la “contraparadoja”, que es el no cambio en un contexto de cambio.*

Sevini, M. (1990) menciona que para lograr tales postulados es importante coordinar de la manera más correcta la sesión de la terapia familiar, construyendo el objetivo primario: que es lograr la individualización y elaboración de algunos

problemas fundamentales, coherentes con la epistemología sistémica adoptada. Y el objetivo secundario que consiste en liberar estereotipos que con los años se van transmitiendo. Así mismo, establece algunos principios que consideran benéficos para la correcta coordinación de la sesión: *elaboración de hipótesis, circularidad y neutralidad*.

En el grupo de Milán la “contra paradoja”, se convirtió en el centro de su terapia, esta se puede explicar como una “paradoja dentro de la terapia”, en donde se pone a la familia en una posición donde haga lo que haga, está bien (Eguiluz,2004).

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1994) en su libro *Paradoja y Contraparadoja* señalan que cada sesión dentro de la Escuela de Milán se desarrolla regularmente en cinco partes:

PRESESION

Una sesión de terapia familiar nunca se inicia partiendo de un nivel de información igual a cero. Antes de la primera sesión ya se cuenta con información reunida por un terapeuta y obtenida durante el contacto telefónico cuando se llena la ficha. Estos datos nos ayudarán a construir la hipótesis inicial (Selvini, 1990).

En esta primera parte o pre sesión, los terapeutas se reúnen en equipo para leer la ficha, si se trata de la primera sesión, o el acta de sesión en caso de sesiones sucesivas (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

SESION

La segunda parte o sesión de duración variable, generalmente de una hora, los terapeutas conducen el coloquio con la familia. Durante la sesión los terapeutas solicitan cierto número de informaciones y se interesan no solo por los datos concretos si no también por el modo como se suministra tal información, como índice del estilo interaccional de la familia. El comportamiento de los terapeutas tiende a provocar interacciones entre los miembros de la familia de quienes se observan las secuencias, los comportamientos verbales y no verbales y las eventuales redundancias indicativas de reglas secretas. Los terapeutas se abstienen tanto de revelar a la familia los fenómenos observados, como de emitir valoraciones y juicios. Retienen todo, como guía para la intervención final (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

Si los observadores notan que los terapeutas se desconciertan o confunden a causa de las maniobras de la familia, golpean a la puerta y llaman a uno u otro de los terapeutas a la cámara de observación, donde les comunican sugerencias y consejos aptos para provocar en ellos reacciones esclarecedoras (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

DISCUSION DE LA SESION

Después de esta segunda parte los terapeutas se reúnen para la discusión en equipo, que se realiza en una sala reservada a tal fin. En esta tercera parte los terapeutas y los observadores discuten la sesión y deciden como concluirla (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

CONCLUSION DE LA SESION

En la cuarta parte, los terapeutas vuelven para conclusión de la sesión, que consiste generalmente en un breve comentario o en una prescripción. Ese comentario y esa

prescripción se estudian para que resulten paradójicos, con raras excepciones (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

ACTA DE SESION

En la quinta parte, después de despedirse de la familia, el equipo se reúne nuevamente para discutir las reacciones observadas al cierre de la sesión, formular previsiones y redactar finalmente un *acta de la sesión*, donde se sintetizan sus elementos esenciales. Si hubo interacciones excepcionalmente importantes, se transcriben textualmente. En caso de duda, se vuelve a escuchar la grabación (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

ESTRATEGIAS Y PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO TERAPEUTICO

A partir de 1975 la formulación de hipótesis, la circularidad y la neutralidad, junto con las preguntas circulares, han asumido una posición central en la conducción de la sesión. (Boscolo y Bertrando, 1996).

Formulación de Hipótesis

La elaboración de hipótesis es un proceso de evaluación que propone la idea de que la terapia es una investigación que los terapeutas realizan a la par con la familia (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1987).

Al desarrollar una hipótesis, la información se recoge y se integra en tres niveles diferentes: conductual, emocional e ideacional (lo que las personas hacen, sienten y piensan). Para comprender los patrones de una familia, es importante ver cómo se conectan e influyen entre sí estos tres niveles. Papp, (1988) propone que para obtener la información del nivel conductual, el terapeuta debe ser perseverante en el seguimiento de una secuencia dada: deberá preguntar qué acciones específicas

siguen a otras acciones específicas y cuál es la respuesta específica de otras personas. En cuanto al nivel emocional, el terapeuta debe centrarse en la función de los sentimientos y en la forma en que ellos se expresan. El nivel ideacional, refiere a cómo percibe la familia el problema, cómo percibe su causa y su cura, y cómo reacciona ante la percepción de cada uno de ellos.

Las hipótesis serán instrumentos útiles en la conducción de la sesión porque permitirá que el terapeuta conecte las informaciones, los significados y las acciones que surgen en el diálogo (Boscoso y Bertrando, 1996)

Un punto fundamental que destaca Selvini (1990) es que toda hipótesis que se formule debe ser sistémica, es decir, deberá incluir a todos los componentes de la familia y proporcionarnos una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional.

Neutralidad

La neutralidad es un término usado para expresar la idea de evitar activamente la aceptación de cualquier posición dada como siendo más correcta que otra. Para no caer en la trampa de la indiferencia la neutralidad deberá entenderse como: la creación de un estado de curiosidad en la mente del terapeuta. Invita a tomar una orientación polifónica respecto de la descripción y explicación de la interacción (Material didáctico del diplomado en terapia Sistémica. 10ª generación, 2007)

Circularidad

Por circularidad se entiende la habilidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de la retroalimentación de la familia en respuesta a la información sobre las relaciones y por ende de las diferencias y los cambios. Circularidad es, entonces, la conciencia o convicción de poder obtener de la familia (y por consiguiente dar a la familia) informaciones auténticas, solo si se trabaja con estos fundamentos:

- La información es una diferencia,
- La diferencia es una relación (o un cambio en la relación).

Y es necesario otro recurso: todo miembro de la familia será invitado a decir cómo ve la relación entre los otros miembros. Se trata, de indagar de qué modo ve un tercero una relación (Selvini, 1996).

Interrogatorio circular

El interrogatorio circular desarrollado por el grupo de Milán se presenta como un método práctico que ejemplifica la manera en que la noción de circularidad es usada en sesiones de terapia familiar.

En general el patrón del cuestionamiento circular puede ser usado en diferente orden; empezando en el presente y moviéndose hacia el pasado, o empezado en el pasado y moviendo hacia el presente. Característicamente, estos patrones trazados seguirán la retroalimentación o las respuestas que el cuestionamiento circular produce en la familia. La finalidad del cuestionamiento circular es fijar el momento de la historia del sistema en el cual importantes coaliciones sufrieron un cambio y la consecuente adaptación a este cambio se volvió problemática para la familia. La información que busca el cuestionamiento circular se refiere a las diferencias en las relaciones que la familia ha experimentado antes y después del surgimiento del problema (Penn, 1983).

Peggy Penn propone que existen nueve categorías del cuestionamiento circular usadas para recorrer al arco de ahora a entonces y de entonces a ahora: a) información verbal y analógica, b) definición del problema, c) alineación de coaliciones en el presente, d) una secuencia diferente, e) preguntas de clasificación y comparación, f) preguntas sobre acuerdos, g) murmura en presencia de otros, h) comparaciones de subsistemas y i) preguntas explicativas.

También se puede iniciar un interrogatorio circular, cuando se ha construido la primera hipótesis que servirá como marco semántico de referencia que explica porque la familia actúa de tal manera. Esta primera hipótesis suele ser parcial, es decir, que regularmente aborda solo una parte del sistema, así que se tendrán que enlazar las aportaciones de todos los miembros, construyendo las hipótesis sistémicas. Así, en el marco de la hipótesis inicial (marco semántico) se construyen otros marcos que dan cuenta de informaciones significativas que se construyen en *marcos políticos* de referencia, los cuales se entretajan y su abordaje supone complementariedades recursivas. Y arrojarán la información sobre el contexto de significado que sostiene la familia, el cual permite avanzar isomórficamente con la hipótesis formulada, aceptándola, rechazándola o modificándola (Material didáctico del diplomado en terapia Sistémica. 10ª generación, 2007).

Los marcos políticos se presentan a continuación:

- P1. Organización secuencial de la conducta problema y otras conductas importantes.
- P2. Pautas de coalición actuales.
- P3. Pautas de vínculo con contextos de referencias.
- P4. Perspectivas sobre pautas de coaliciones pasadas y futuras, particularmente asociadas con el comienzo del problema.

Por lo tanto, la atención de Milán está en los marcos políticos y en esa lógica se estructuran las preguntas, las cuales pueden ser *preguntas lineales*: donde el terapeuta actúa como un detective (*Quién hizo, cuándo, qué, por qué, dónde*); *preguntas circulares*: aquí el terapeuta actúa como un explorador a punto de hacer un descubrimiento (*cómo explicas cuando tu papá actúa así cuando tu mamá hace tal cosa*); *preguntas estratégicas*: influyen al cliente o familia de una manera específica y están basadas en las suposiciones lineales, el terapeuta se comporta como maestro, instructor o juez, le dice a los miembros de la familia cómo erraron y cómo deben comportarse, aunque indirectamente en forma de pregunta y *preguntas reflexivas* que son preguntas hipotéticas orientadas al futuro, desde una perspectiva

de observador (*qué será diferente cuando el problema desaparezca*) (Material didáctico del diplomado en terapia Sistémica. 10ª generación, 2007).

METODOS DE INTERVENCION

Algunas estrategias de intervención que propone este modelo son:

Connotación positiva

La intervención más eficaz del grupo de Milán fue la *connotación positiva*. Se le suele considerar similar a la estrategia del reencuadre, pero, en realidad, se acerca mucho más a una reestructuración de la conciencia del terapeuta. La connotación positiva se elaboró a partir de una técnica aplicada por los terapeutas de Palo Alto: prescribir el síntoma. Sin embargo el grupo de Milán advirtió que, al apoyar el síntoma, connotaban negativamente las opiniones en contrario de otros miembros de la familia y que la división implícita de la familia en elementos “buenos” y “malos” que surgía, no sólo perpetuaba la mitología sintomática sino que impedía contemplar a la familia como una unidad sistémica. Por consiguiente, el grupo decidió connotar positivamente tanto la conducta del paciente designado como el comportamiento sintomático de los demás miembros de su familia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

La connotación positiva no va dirigida a una o varias personas en particular sino, más bien, a las tendencias de automantenimiento del sistema global. Los terapeutas sistémicos no prescriben el síntoma en el vacío ni con una justificación persuasiva, sino que lo relacionan con su contexto social, al servicio de la <<homeostasis>> familiar o de algún aspecto de ella. Al proceder así, respetan la necesidad que tiene la familia de proteger su equilibrio y, en consecuencia, reducen el riesgo de incrementar su resistencia al cambio (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Connotar el síntoma positivamente abre la puerta al no cambio y a la paradoja, la cual dentro de la terapia es llamada contraparadoja y coloca a la familia en una posición donde haga lo que haga a partir de ese momento, esta bien (Eguiluz, 2004).

Los rituales familiares

Algunos años después de la publicación de paradoja y contraparadoja Selvini y Prata volvieron sobre el tema de las reglas de las relaciones familiares y de su manifestación inconsciente en las conductas no verbales. Esta formulación con respecto a un aprendizaje relacional estructurado únicamente en el nivel analógico e inconsciente es la premisa teórica inmediata para la eficacia de los rituales y las prescripciones de conductas: *no sirven las explicaciones es necesario que la familia haga algo*. Rituales y prescripciones actúan en el plano analógico y permiten un aprendizaje nuevo que desarrolla una capacidad antes latente e inmersa en el sistema (Selvini, 1990).

Los rituales son prescripciones que cambian las reglas de la familia sin dar explicaciones. La familia que se somete al ritual familiar adquiere una nueva experiencia, distinta a las que antes tenía, porque el ritual propone normas que difieren de las anteriores, o más bien contradicen las preexistentes.

Un ritual es muy distinto de la simple prescripción, como por ejemplo cambiar de cama o casa, hacer que madre o hijo estén menos tiempo juntos, etcétera; porque el ritual requiere, por única vez o de modo reiterado, poner en práctica conductas cuyos tiempos, lugares, formas y modalidades se especifican. Prescribe algo que deben hacer todos los miembros de la familia nuclear. Nadie debe quedar excluido.

Es necesario que todo ritual sea precisado por los terapeutas, a menudo por escrito: la modalidad a que debe responder su realización, horario, eventual ritmo de repetición, quien debe pronunciar las formulas verbales, con que frecuencia, etcétera (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

PARTE PRÁCTICA

REPORTE DE CASO

FICHA DE IDENTIFICACION

Familia: Gómez Figueroa

Papá: Manuel Gómez Ramírez 49^a Ocupación: Ingeniero en electrónica

Mamá: Graciela Figueroa Soto 43^a Ocupación: Profesora de Primaria

Hijo: Marino Gómez Figueroa 21^a *Presentará examen para la acreditación del bachillerato en el CENEVAL.*

Hijo: Luis Alberto 18^a

Hijo: Paul 14^a Cursa el 3^o de Secundaria.

OBSERVACIONES

Paul fue remitido por la escuela a través de la orientadora María del Socorro Gálvez Reyes por falta de aseo personal y por materias que no habían sido acreditadas.

Mientras que su madre menciona que el problema es que Paul es flojo, ya que duerme mucho, desde que llega a la escuela hasta el siguiente día, lo que provoca que no realice sus tareas; por su parte su padre el Sr. Manuel Gómez Ramírez aunque no está enterado de la situación, no se ocupa ya que viaja mucho a causa de su trabajo.

El hermano mayor, de 21 años presentará el examen del CENEVAL para la acreditación del bachillerato. Luis Alberto, el segundo hermano, actualmente se encuentra en E. U. con una tía.

Paul es integrante de una banda en la cual toca la batería, en esta actividad es muy cumplido.

FASES DE LA SESION

Presesión

Hipotetización

- Paul tiene que salir mal en la escuela para que sus padres le pongan atención.
- Paul tiene que ser como sus hermanos para que su familia lo acepte.
- Necesita llamar la atención de los padres reprobando materias para que sus padres dejen de pelear.
- El grupo de Rock acapara su atención por eso reprueba materias.
- La madre en su intento por arreglar la vida de todos, contribuye a que los hijos no sean independientes, mientras que el padre prefiere seguir viajando para evadir la situación.

Sesión

Postulados

- La familia es vista como un sistema homeostático:
- El problema o síntoma cumple una función.
- La lógica de las intervenciones consiste en identificar el juego familiar
- Liberar a la familia de la rigidez de su sistema relacional

Estas premisas se observan en la familia Gómez Figueroa, ya que se están organizando respecto al síntoma (bajo nivel académico de los tres hijos), siguiendo ciertas pautas de comportamiento con la finalidad de mantener un equilibrio. Por lo que se debe romper el juego familiar (cada miembro de esta familia se ocupa de sus actividades, mostrando un mínimo interés por los demás), haciendo surgir nuevos patrones que sean funcionales y flexibles, siendo neutrales y conociendo la versión de cada uno de los integrantes de la familia.

Se realizaron diferentes preguntas para explorar los diferentes marcos políticos:

Reflexivas

- ¿Para qué te serviría ser diferente a tus papás?
- ¿Qué pasaría si tuvieras que cambiar tu día de ensayo?

Estratégicas

- Si yo quisiera ser como tú, ¿Qué tendría que hacer?
- ¿no sería un requisito para ser músico terminar la escuela?

Lineales

- ¿Quién esta al pendiente de que Paul haga su trabajo?
- ¿Cómo se explican la conducta de cada uno de sus hijos con respecto a este problema de la escuela?

Circulares

- ¿Qué crees que pasaría si les dijeras a tus papás que ya no quieres estudiar y dedicarte a la música?
- ¿Ustedes qué opinarían si Paul les dijera que quiere estudiar música?

Discusión de la sesión

Se discutió principalmente acerca de la opinión de los miembros de la familia sobre el problema, donde la madre dice confiar en que Paul hará sus cosas y por eso lo deja solo. Sin embargo, él ha reprobado materias desde primero de secundaria. Mientras el padre piensa no poder brindarle mucha atención debido al trabajo, la profesora Cori concuerda en que el problema es mantenido por falta de supervisión de ambos.

Pero principalmente se comentó lo que Paul opina, pues él dice que su personalidad es así, no hacer tareas y descuidar su aseo personal, actitud que le agrada debido a que de esa forma se parece más a algunos miembros de las bandas de Rock que él admira, además de hacerlo diferente al comportamiento de sus padres.

Por lo que se acordó que las terapeutas retomaran esta intención de Paul de ser diferente a sus padres y tener la imagen de un músico; pero de manera más positiva llegando así a preguntar sobre lo que espera conseguir en el futuro.

Conclusión de la sesión

Las terapeutas regresaron a concluir la sesión utilizando la connotación positiva.

Terapeuta: Digamos que lo que has venido haciendo hasta ahora, es que de repente te gusta flojear un poco y reprobar materias, pero, cuando tú decides te recuperas y las pasas. Con esto has logrado algo, por ejemplo, lo del bajo; entonces, este método te ha sido útil. Sin embargo, pensamos en tu futuro como músico o como lo que tu quieras ser, pues hasta ahora va bien, pero, cuando quieras ser un profesional va a ser muy difícil que puedas recuperar materias y pasarlas, flojear un poco y recuperarte, por que ya no será lo mismo, y si pensamos en tu futuro, la verdad no te auguramos un buen futuro con ese método.

Los artistas por lo regular son personas que tienen disciplina, que tienen iniciativa, hacen sus cosas por sí solos sin que alguien más esté atrás de ellos diciéndoles lo que tienen que hacer. Entonces lo ideal sería cambiar un poco el método que has venido empleando

Nos comentaba hace un rato Cori que eres un hombre de palabra ¿no Paul?,

Paul.- Si

Terapeuta.- Ya que nos dijiste que eres un hombre de palabra y diferente a los demás. Es algo muy respetable que seas un hombre de palabra, entonces tienes una oportunidad ahora para demostrarlo, para ti mismo, como para tus papás ¡Tendrás que ser constante en tus objetivos!.

Acta de la sesión

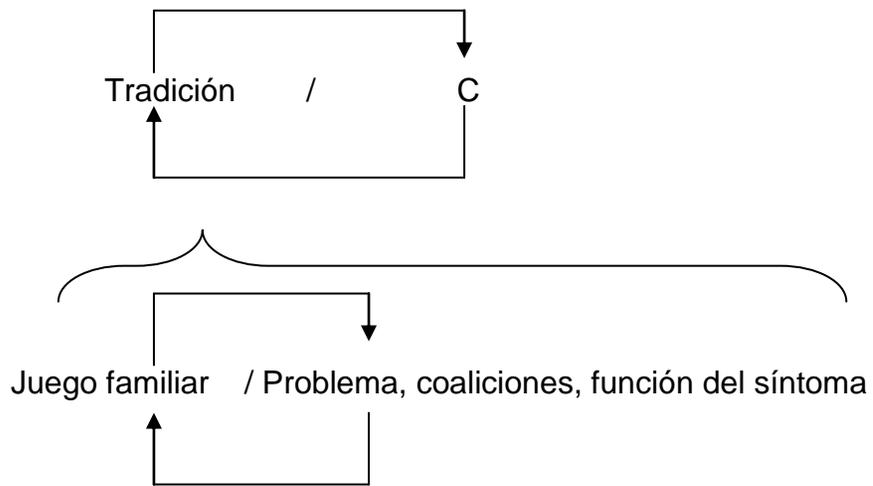
Los cambios que esperamos que ocurran en la familia son que la madre este más pendiente de las actividades escolares de Paul. De esta forma sentirá más apoyo de su madre, por lo tanto comenzará hacer las tareas, tener más cuidado en su aspecto personal, realizar labores domésticas y que su padre comience a involucrarse más en la relación familiar.

Modelamiento de terapia: Terapia del equipo de Milán

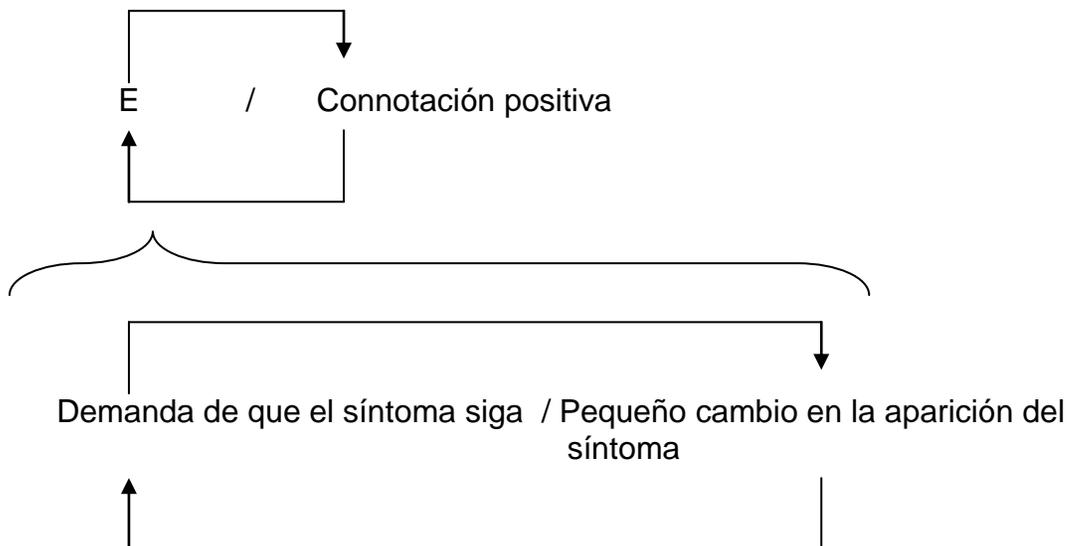
Los pasos que sigue Milán son:

1. Ficha técnica
 2. Hipótesis preliminar
 3. Interrogatorio circular
 4. Verificar hipótesis sistémica
 5. Connotación positiva
 6. Prescripción del síntoma
- Paradoja
 - Rituales

- Modelo de la Pauta



- Modelo de Cambio



Milán tiene el objetivo de romper las coaliciones del sistema cibernético Juego familiar / Problema, coaliciones, función del síntoma, al mismo tiempo que este es regulado por una tradición familiar en un segundo nivel más abstracto. Sin embargo Milán pide que el síntoma siga o que realice el paciente un pequeño cambio en la aparición de dicho síntoma, utilizando para esto la connotación positiva, que va a permitir la aceptación de la familia de la tarea.

Así es como cada escuela explica su sistema cibernético de retroalimentación, en base a un proceso de estabilidad y cambio.

Conclusiones

A lo largo del Diplomado dimos un recorrido por diversas escuelas, cada una con su estilo de hacer terapia, pero dentro de un mismo marco epistemológico. La Terapia sistémica ha permitido que un tratamiento se logre en un número menor de sesiones a lo que comúnmente se hacía, obteniendo resultados favorables.

Así, cada escuela deja una enseñanza y tiene características particulares en el caso del MRI se distingue que el objetivo de esta terapia es centralizar y determinar cuál es el problema para trazar una estrategia de solución. Prestando atención a diversos elementos que se consideran importantes para lograr el objetivo, tales como: el lenguaje del paciente, su postura, así mismo, el terapeuta debe tener la capacidad para trabajar con el paciente, utilizando sus medios como la capacidad de maniobra junto con los aspectos que aumentan dicha capacidad, para posteriormente poder intervenir de una forma estratégica.

La Escuela Estratégica de Haley se centra sobretodo en los llamados sistemas triádicos y formula técnicas terapéuticas para cambiar las estructuras de organización inadecuadas con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema, además que el objetivo de la terapia es ante todo impedir la repetición de secuencias (pauta) e introducir alternativas

En el caso de la Terapia Centrada en la Solución (TCS), implica intentos deliberados de producir un cambio de puntos de vista y/o de acción que lleve a la solución, ya que el tener una buena explicación sobre la naturaleza y el origen del problema no produce necesariamente el resultado terapéutico deseado, por lo cual se centra en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o problemas.

La Terapia del Equipo de Milán, consiste en describir el juego familiar que esta regulado por las tradiciones de dicha familia, mientras que su intervención se centra en diseñar por lo regular una connotación positiva, pues en esta se resalta lo funcional o positivo de la familia.

Al realizar dicho recorrido, nuevamente podemos ver la variedad de escuelas con las que cuenta la Terapia Sistémica, haciendo posible un proceso terapéutico para diversas poblaciones.

No puedo dejar de mencionar lo que aprendí en el Diplomado, las enseñanzas que tuve, dejaron en mí conocimientos que me permitieron formarme profesionalmente y lo cual me ayudo también a integrarme en un ámbito laboral, ya que actualmente he logrado hacer terapia, lo cual al inicio del Diplomado era para mi un reto, ahora con los conocimientos que me han brindado mis profesores, tengo las herramientas que me permiten actualmente brindar un servicio terapéutico.

También los conocimientos adquiridos, no se han quedado solo a un nivel profesional o laboral, creo que sobre todo, los aprendizajes han sido a nivel personal, han hecho que la visión del mundo sea diferente, realmente mi percepción de las cosas las iba cambiando conforme conocíamos más, principalmente, las experiencias de vida de los pacientes, las anécdotas de los profesores sobre su trabajo terapéutico, lograron cambios importantes en mi, uno de ellos es la aceptación de los diferentes puntos de vista de otras personas, ya que como lo menciona Keeney (1994) cada persona tiene una distinción del mundo, pero todas estas distinciones son igual de válidas.

Bibliografía

Boscolo, L. y Bertrando P. (1996) ***Terapia Sistémica Individual***. Buenos Aires: Barcelona Editores.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987) ***Terapia familiar sistémica de Milán***. Buenos Aires: Amorrortu editores.

De Shazer, S. (1986). ***Claves para la solución en terapia breve***. Barcelona: Paidós

De Shazer, S. (1989). ***Pautas de terapia familiar breve***. Barcelona: Paidós

De Shazer, S. (1992). ***Claves en psicoterapia breve***. Barcelona: Gedisa

Eguiluz, L. M (2004) ***Terapia Familiar: su uso hoy en día***. México. Edit. Pax

Espinosa, M. (2004). *El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones*. En L. Eguiluz (comp). ***Terapia Familiar***, México: Pax

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1998). ***La táctica del cambio***. Barcelona Herder

Haley , J., (1980). ***Terapia para resolver problemas***. Buenos Aires: Amorrortu

Haley , J., (1984).***Terapia de Ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta***. Buenos Aires: Amorrortu

Haley , J., (1996). ***Aprender y enseñar terapia***. Buenos Aires: Amorrortu

Hoffman L. (2005), ***Fundamentos de la Terapia Familiar***. México: Fondo de Cultura Económica

INFOAMÉRICA (2003). **Heinz Von Foerster (1911-2002)**. Recuperado el 20 de febrero de 2008 de <http://www.infoamerica.org/teoria/foerster1.htm>

Keeney, B. (1994) **Estética del cambio**, Buenos Aires: Paidós

Kim Berg, I. y Miller, S. (1996). **Trabajando con el problema del alcohol**. Barcelona: Gedisa.

Material didáctico del Diplomado en Terapia Sistémica. 10ª generación, **Escuela de Soluciones**, 2007.

Material didáctico del diplomado en terapia Sistémica. 10ª generación, **Escuela de Milán**, 2007.

Minuchin S. y Fishman H. (1981). **Técnicas de terapia Familiar**. Barcelona: Paidós

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1995). **El arte del cambio**. Barcelona: Herder

O'Hanlon, W.H y Weiner-Davis, M. (1993). **En busca de soluciones**. 2ª Ed. Buenos Aires: Paidós.

Ochoa, I. (1995). **Enfoques en terapia familiar sistémica**. Barcelona: Herder.

Papp, P. (1988). **El proceso de cambio**. Barcelona: Paidós

Penn, P (1983) **Interrogation circular**. *Family Process*. 21 - 3

Selvini, M. ,Cirillo, S. Selvini, M. & ,Sorrentino A. (1990). **Los juegos psicóticos en la Familia**. Barcelona: Paidós

Selvini, M. (1990) comp. **Crónica de una investigación** Barcelona; Paidos.

Selvini, M., Boscolo L., Cecchin, G. y Prata, G. (1994) **Paradoja y contraparadoja**. México; Paidós.

Vargas, P. (1997). **¿Es sistémica la Terapia Sistémica? Una aproximación histórico-conceptual**. Recuperado el 20 de febrero de 2008 de http://mx.geocities.com/systacad/es_sistemica.html

Vargas, P. (2004). *Antecedentes de la terapia sistémica: una aproximación a su tradición de investigación científica*. En L. Eguiluz (comp.) **Terapia Familiar**, México: Pax

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

Watzlawick P., Weaklan J. y Fisch R. ,(1986). **Cambio**. Barcelona: Herder

Wittezaele, J. y García, T. (1994). **La escuela de Palo Alto**. Barcelona: Herder