

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EVALUACIÓN DE LA TERAPIA CENTRADA EN LA
SOLUCIÓN Y CENTRADA EN EL PROBLEMA CON
PERSONAS EN SITUACIONES DE CRISIS**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

MIGUEL ARTURO BERRIOS TÉLLEZ

DIRECTOR

LIC. MARIO ALBERTO PATIÑO RAMÍREZ

REVISORA

MTRA. PATRICIA G. MORENO WONCHEE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedico este trabajo con cariño a mi madre y a mi padre, por su comprensión y apoyo incondicional

Agradezco

A la UNAM, universidad de excelencia, por todos los beneficios que nos ha otorgado.

Al Prof. Mario Alberto Patiño Ramírez por su tutoría, valiosas asesorías y enseñanzas de la Terapia Sistémica.

A la Mtra. Patricia G. Moreno Wonchee por su valioso apoyo, amplias recomendaciones y sugerencias.

Al Dr. José Antonio Talayero Uriarte por sus observaciones y por sus interesantes y agradables clases.

A la Mtra. Alma Mireia López-Arce Coria por el tiempo dedicado en revisar este trabajo y por su interés en incluirlo como material didáctico.

Al Mtro. Jorge Álvarez Martínez por su amable disposición en la revisión de esta tesis.

Agradezco también a las Mtra. Piedad Aladro Lubel y a la Mtra. Silvia Vite San Pedro que por cuestiones administrativas, al final no conformaron el grupo de los sinodales, sin embargo, al comienzo de este trabajo aportaron un gran número de sugerencias y observaciones.

Y un especial agradecimiento a la Mtra. Martha Cordero por su valiosa asesoría.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
1. MODELOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS PSICOLÓGICAS	6
1.1. Modelo Psicodinámico	9
1.2. Modelo Cognitivo Conductual	14
1.3. Modelo Sistémico	18
2. EL CAMPO DE LA TERAPIA SISTÉMICA	23
2.1. Milton H. Erickson y su técnica innovadora	23
2.2. Teoría general de los sistemas	27
2.3. Bateson y las conferencias Macy	28
2.4. Epistemología cibernética	31
2.5. Escuela de Milwaukee	32
2.6. MRI	34
2.7. Espíritu de la Terapia Breve	36
3. PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DE LA TERAPIA CENTRADA EN LA SOLUCIÓN	37
3.1. Determinación de la queja	37
3.2. Excepciones	38
3.3. Objetivos	39

3.4. Soluciones	39
3.5. Interrupción y pausa	40
3.6. Entrega del mensaje	42
3.7. Segunda sesión y subsiguientes	43
4. PROPUESTAS ESTRATÉGICAS Y TÉCNICAS DE LA TERAPIA CENTRADA EN LA SOLUCIÓN	45
4.1. La pregunta del milagro	45
4.2. Bola de cristal	46
4.3. Llaves maestras	49
4.4. Expectativas de cambio	53
4.5. Construcción de soluciones	54
4.6. Escalas	56
5. PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DE LA TERAPIA CENTRADA EN EL PROBLEMA	58
5.1. Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica	60
5.2. Definición del problema	61
5.3. Acuerdo de objetivos terapéuticos	63
5.4. Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema	64
6. PROGRAMACIÓN TERAPEÚTICA Y ESTRATEGIAS DE CAMBIO DE LA TERAPIA CENTRADA EN EL PROBLEMA	65
6.1. Lenguaje terapéutico	66

6.2. Reestructuración	69
6.3. Paradojas	70
6.4. Prescripciones paradójicas	71
6.5. Uso de la resistencia	73
6.6. Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico	74
6.7. Persuasión	76
6.8. Tareas directas	80
6.9. Prescripciones indirectas	80
6.10. Posibilidad del cambio	81
6.11. Conclusión del tratamiento	83
7. MÉTODO	84
8. PROCEDIMIENTO	87
9. RESULTADOS	92
10. CONCLUSIONES	104
11. SUGERENCIAS	111
REFERENCIAS	113

Resumen

La Terapia Centrada en el Problema (TCP) y la Terapia Centrada en la Solución (TCS) son breves en cuanto a número de sesiones, siendo adecuadas para intervenir en situaciones de crisis. El objetivo del presente trabajo es mostrar la utilidad práctica de la TCP y de la TCS para este tipo de situaciones con 37 sujetos de sexo masculino, 20 de ellos mediante la TCP y 17 mediante la TCS, utilizando las técnicas y procedimientos terapéuticos correspondientes a cada una de las terapias. Las intervenciones se hicieron con personas que solicitaron asistencia psicológica. Para los criterios de la evaluación, se utilizó un cuestionario de seguimiento que se aplicó terminado el tratamiento con cada una de las personas. Los resultados mostraron una utilidad práctica del 74.15%, con respecto al promedio del porcentaje de mejoría que los sujetos refirieron al momento de su seguimiento, con lo cual se infiere que la TCP y la TCS son medios terapéuticos eficaces para el tratamiento de diversos problemas en un lapso de tiempo breve.

Introducción

En la actualidad, existen diferentes tipos de psicoterapia con distintos puntos de vista acerca de los problemas humanos y en como abordarlos. En general, la gente que acude a terapia no lo hace necesariamente para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y el deseo de mejorar el futuro, lo cual implica generar cambios. Es preocupante que en muchas ocasiones la gente que acude a terapia hace un análisis profundo de sus problemas en un tiempo bastante prolongado a veces en años, y aun teniendo un claro entendimiento de los mismos, en ocasiones los cambios no se dan. Con la creación de la TCP y la TCS se introduce en el campo terapéutico un cambio en la imagen del hombre, en la naturaleza de sus problemas y por consiguiente en la forma en que éstos deben tratarse. Esta nueva manera de ver al ser humano está basada en un cambio epistemológico referente a una transición de un paradigma de conocimiento lineal y determinista, a otro circular y sistémico, en el cual, el foco de atención se desplaza del individuo hacia la relación de los individuos. La naturaleza de los problemas se desplaza de lo intrapsíquico a lo interaccional, de esta manera, ya no se consideran a las personas como perturbadas o enfermas sino como personas normales con problemas solubles. Incluso lo que en otras terapias se considera psicopatológico Milton Erickson, hipnoterapeuta en cuyas contribuciones está basada la Terapia Breve lo consideraba como habilidades, “mecanismos mentales” que podrían emplearse tanto para mejorar como para producir problemas, afirmaba que el terapeuta debería emplear todo lo que el cliente lleva a terapia incluida la resistencia, los síntomas, las creencias rígidas, conducta compulsiva, etc., ya que eran componentes esenciales a tomar en cuenta y eran utilizados activamente como parte de la solución.

También pensaba que la terapia debía ser ajustada para satisfacer los estilos y la idiosincrasia de cada cliente (O'Hanlon, 1993a). Por otro lado Gregory Bateson antropólogo y en cuyas contribuciones está basado el campo teórico de la Terapia Breve, introdujo un cambio conceptual al suplir la pregunta “por qué” una persona se comporta de determinada manera a la pregunta ¿“como” está constituido el contexto para que su conducta tenga sentido?

En este trabajo se presentan dos modelos de terapia breve: la TCP y la TCS, cada uno con un modo distinto de trabajar con los clientes en terapia. El modelo de tratamiento TCP tiene una visión estratégica de como afrontar los problemas que trae el cliente, similar a un juego de ajedrez en donde el terapeuta va actuando de acuerdo al problema, a las creencias y valores que el cliente lleva a terapia. Desde el punto de vista de este modelo, un enfoque estratégico operativo que permita abreviar los sufrimientos del cliente y que le ahorre tiempo y dinero, constituye una actitud ética. Se le llama TCP porque los terapeutas que la aplican intentan aliviar sólo las quejas específicas que los clientes llevan a terapia. No hay ningún intento de buscar una “patología” subyacente o el origen de un problema ni en tratar los síntomas. La forma de ver la psicoterapia poniendo énfasis en la sintomatología parece que tiene su origen en la medicina, en donde tratar solamente los síntomas puede resultar inadecuado o incluso peligroso. Tampoco se hace ningún intento deliberado de promover el insight; se considera que los problemas son de naturaleza interaccional y se los ve como dificultades entre las personas más que como algo que surge desde el interior de los individuos. No se considera que las personas con problemas tengan defectos de carácter ni que sean enfermos mentales, ya que los problemas se desarrollan cuando se manejan mal las dificultades de la vida cotidiana. Una vez que una dificultad se ve como un problema, el problema es mantenido y empeorado por los intentos ineficaces de las personas para resolverlo. En otras palabras,

el problema es el intento de solución. Este patrón de más de lo mismo es entonces, en este modelo, el objetivo principal de la intervención terapéutica. Habitualmente los clientes reciben alguna variante de la sugerencia de dejar de intentar resolver el problema de la forma en que lo han estado haciendo. A menudo esto se consigue utilizando el sistema de creencias de los clientes, pero dándoles un nuevo marco de referencia dentro su sistema de creencias.

Steve de Shazer, uno de los principales creadores de la TCS, ha empleado la analogía de la ganzúa para describir este enfoque. Mantiene que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan a terapia para resolverlos. Es más importante la naturaleza de las soluciones, la llave que abre la puerta y no la naturaleza de las cerraduras. Analizar y entender la cerradura no es necesario si se tiene una ganzúa que se ajusta a muchas cerraduras diferentes. Desde su punto de vista no existe la resistencia. Asume que los clientes quieren cambiar realmente. Es cierto que los clientes no siguen siempre las sugerencias del terapeuta, pero esto no se considera resistencia. Cuando esto sucede, los clientes están simplemente enseñando al terapeuta cuál es el método más productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar. Ellos tienen una forma única de cooperar y la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esa forma de cooperación.

Para impulsar rápidamente soluciones, es útil desarrollar la visión o descripción de un futuro más satisfactorio con respecto al presente. Además, una vez que esta visión queda construida como una entre un conjunto de futuros posibles, los clientes frecuentemente generan modos espontáneos de resolver el problema. En consecuencia, es una tarea del terapeuta elaborar con el cliente estas expectativas de cambio y solución. En la práctica esto significa que la construcción de una solución no obliga a saber nada sobre el pasado de la persona (a diferencia de lo que ocurre con la terapia tradicional) ni exige tampoco

el conocimiento de ningún detalle de lo que está manteniendo el motivo de la queja (a diferencia de la TCP). Por otra parte, una vez abierta la expectativa de cambio, el terapeuta puede promover muy rápidamente cambios duraderos. El modelo de terapia centrada en las soluciones se basa en la relación entre terapeuta y cliente cuya naturaleza es cooperativa. Puesto que el cliente que se somete a terapia desea cambiar, la cooperación puede ser natural y fácilmente promovida por una abierta expectativa de cambio; en consecuencia, el terapeuta puede ayudar a construir visiones del futuro más satisfactorias. Este modelo presta sólo una limitada atención al pasado, y una pequeña medida en que lo hace, se centra casi exclusivamente en los pasados éxitos. Este modelo también presta relativamente poca atención a los detalles de las quejas, centrándose en lugar de ello en el modo en que el cliente podrá reconocer cuando el problema ha quedado resuelto. Otro foco se centra en el área en que el cliente está haciendo algo que es bueno para él, y no en aquellas en las que le ha estado yendo mal (de Shazer, 1986).

Con lo que se dijo anteriormente no se quiere dar la impresión de que otros enfoques no sean igualmente válidos, de hecho muchos enfoques terapéuticos producen cambios y resultados positivos. Lo que se quiere dar entender es que la TCP y la TCS son otras alternativas terapéuticas, y no simplemente formas de terapia corta, o menos de lo mismo, con menos profundidad o eficacia. Esta falsa creencia ha llevado a creer que la Terapia Breve es una forma de tratamiento con efectos paliativos y secundarios. Sin embargo, numerosos estudios han comprobado la efectividad de la Terapia Breve Sistémica, una permanencia del cambio y una mejoría adicional en lugar de un deterioro que podría esperarse si esto solo fuera un paliativo. En este trabajo, se referirá brevemente a dos de los modelos principales para intervenir en crisis psicológicas, el Modelo Psicodinámico y el Modelo Cognitivo Conductual, mas adelante se exponen con mas detalle las

características principales y las técnicas de la TCS y la TCP, así también, sus antecedentes históricos haciendo un esbozo breve a las aportaciones de Milton Erickson y Gregory Bateson, la teoría general de sistemas y la epistemología cibernética para finalmente, mostrar un estudio en el cual se aplicaron estos dos modelos de Terapia Breve a reclusos en un sistema penitenciario de la Ciudad de México.

1. Modelos de Intervenciones en Crisis Psicológicas

En una estructura social el individuo enfrenta siempre situaciones que requieren la solución activa de problemas, pero con una demora muy pequeña puede superarlas por medio de reacciones y mecanismos habituales. En sus relaciones con los otros dentro del sistema social, desempeña roles complementarios vinculados con su posición en ese sistema, el cual, se encuentra en equilibrio. Esto no significa que sea estático, sino que las diferentes fuerzas sociales producen una estructura relativamente coherente en un continuo temporal.

La coherencia normal de la estructura, o equilibrio, se mantienen por mecanismos homeostáticos reequilibradores, de manera que las desviaciones temporarias ponen en acción fuerzas opuestas que automáticamente retrotraen al estado previo. En otras palabras, el equilibrio se altera cuando el individuo o el sistema enfrentan a una fuerza o situación que modifica su funcionamiento previo (problema). En general el problema provoca el surgimiento de una variedad de mecanismos habituales de resolución, uno de los cuales permite superar la situación en un lapso y de una manera similar a los que caracterizaron el caso en ocasiones previas. Si el periodo anterior a la solución tiene una duración normal, el estado de tensión del organismo no resulta excesivo porque el individuo (o el grupo), al enfrentar el problema con métodos análogos en experiencias previas desarrolló la

expectativa de un resultado exitoso y una capacidad de soportar ese grado de tensión, así como una serie de técnicas para mantenerla dentro de ciertos límites por medio de mecanismos de descarga.

En una crisis, este proceso se amplifica porque el estímulo, del problema es mayor, y las fuerzas reequilibradoras ordinarias no alcanzan a actuar dentro del margen de tiempo común (Caplan, 1980).

La intervención en crisis encuentra sus orígenes específicos en el trabajo de Lindemann sobre los trastornados por el incendio del Coconut Grove de Boston. Más tarde, Caplan (Bellak, y Small, 1980) colaborando con Lindemann, definió la intervención en crisis como un estado provocado cuando una persona encara un obstáculo a las metas importantes de su vida, que por un tiempo, resulta inmanejable por medio de la aplicación de los métodos usuales para resolver problemas. Sigue un período de desorganización y de perturbación durante los cuales se hacen diversos intentos que acaban en la solución del problema. Eventualmente se consigue algún tipo de adaptación que puede o no ser de interés para la persona y sus parientes.

Para Caplan y Lindemann (Bellak, y Small, 1980), la base de la teoría de la crisis se basa en la idea de que una persona relativamente estable reacciona ante una crisis con una sensación de gran angustia para luego adaptarse o mal adaptarse en el curso del proceso. Hipotéticamente, la intervención en crisis intenta solamente regresar al organismo al nivel de su funcionamiento previo.

Aunque la intervención en crisis puede iniciarse con el propósito de retornar al cliente solamente al nivel anterior a esta, podría ser difícil limitar o bloquear la posibilidad de que el cliente pudiera espontáneamente alcanzar niveles de adaptación más altos.

Caplan y Lidermann (Bellak, y Small, 1980) también opinan que la dinámica de la reacción en crisis no difiere de ninguna manera de la formación sintomática ordinaria. En enfermedades físicas agudas el

cuerpo enfrenta una invasión bacteriana o viral con anticuerpos u otros mecanismos de defensa y, aunque está incapacitado, comienza a adaptarse a la invasión.

La sintomatología neurótica y aun la psicótica, en respuesta a situaciones traumáticas, siguen un patrón muy similar. Muchos síntomas son intentos de adaptación y solución al problema, que tienen éxito en distinto grado y pueden dejar al individuo más fuerte que antes de que ocurriese la situación traumática.

En el área de la terapia de la familia se definen crisis a la perturbación de la adaptación interna y externa de un individuo o un sistema (Simon, Stierlin y Wynne, 1988).

Desde este nuevo paradigma cobra otra dimensión la palabra crisis respecto a su acepción clásica. El término se refiere al cambio dinámico de las reglas de funcionamiento de un circuito. Es el efecto que se produce en todo sistema cuando se amplifica un tramo de la recursión de la energía; esta amplificación genera un desorden en el estatismo del funcionamiento, obligando a los integrantes, o bien a fortalecer las reglas existentes, retornando al *status quo* anterior a la crisis, o (en sistemas menos rígidos) a reformular las reglas y las funciones de cada uno, produciendo un nuevo orden dando lugar a una recursión diferente (Ceberio y Watzlawick, 1998).

Las intervenciones terapéuticas dirigidas a personas que se encuentran en crisis, se empiezan a desarrollar a partir de las primeras aplicaciones psicoterapéuticas en situaciones de emergencia llevadas a cabo por Lindemann, integrando los aportes teóricos psicoanalíticos de Ferenczi y Erikson con la teoría de las crisis de Caplan (1980).

A nivel asistencial, se ha visto aceptada a partir de la insatisfacción con la prolongada duración y las exigencias económicas del psicoanálisis; Malugani (1990) encuentra su justificación en aspectos sociales (accesibilidad de las clases bajas), económicos (menor costo) y en las aplicaciones preventivas.

El texto pionero y fundamental se considera el de Alexander y French de Terapéutica psicoanalítica, aunque hoy día se integran bajo el concepto de psicoterapias breves otros enfoques no derivados del psicoanálisis.

Tradicionalmente, las intervenciones terapéuticas en crisis derivan desde dos modelos psicológicos principales, uno es el Psicodinámico y otro es el Cognitivo Conductual.

1.1. Modelo Psicodinámico

Introducción

Tiene sus inicios a finales del siglo XIX. Este modelo engloba al psicoanálisis y a todas las modalidades terapéuticas derivadas de él. Entre sus principales autores están además del creador del psicoanálisis Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Otto Rank, Harry Stack Sullivan, Franz Alexander y Karen Horney así como Sifneos, Malan, Mann y Davanloo los cuales hicieron aportaciones para una Terapia Breve dentro de este campo.

Sigmund Freud, ideó un método para tratar los trastornos mentales por medio de la exploración de los procesos mentales inconscientes. Pensó que los síntomas eran causados por recuerdos traumáticos que habían sido reprimidos u olvidados, entonces dedujo que si esos recuerdos podían ser traídos a la memoria y se experimentaban los sentimientos asociados a ellos, los síntomas se mitigarían. La hipnosis la utilizó en un principio. Supuso que era eficaz porque la mejora del paciente dependía de que recordase algo que había sido excluido del pensamiento o la experiencia consciente. Pero cuando Freud notó que no todos los pacientes podían ser hipnotizados, desarrolló el método catártico, en donde el paciente se acostaba en un diván y, los recuerdos y sentimientos "olvidados" eran recordados. Posteriormente lo remplazo por el método de asociación libre.

Principios

Básicamente los pacientes deben entregarse a la asociación libre de ideas y contar al terapeuta todo lo que les venga a la mente. Se examinan los sueños y los lapsus del lenguaje como clave para penetrar en el funcionamiento de la mente inconsciente. El trabajo terapéutico consiste en revelar las tensiones existentes entre los impulsos instintivos del ello, las percepciones y acciones del yo y la censura impuesta por la moralidad del superyó. Se presta cuidadosa atención a las experiencias tempranas de la niñez, cuyo recuerdo puede haber sido reprimido a causa de un sentimiento de culpa o un efecto traumático; según se postula, el recordar y analizar tales experiencias contribuye a liberar a los pacientes tanto de la ansiedad y las neurosis causadas por la represión como de trastornos más graves.

Algunos postulados básicos

a) La conducta está motivada. Esto significa que determinado tipo de experiencias previas van a ser condicionantes de la conducta ulterior.

b) Gran parte de las motivaciones generadoras de conducta son inconscientes. De hecho, se asume que las motivaciones inconscientes sobrepasan a las conscientes, lo cual implica que, si bien una gran parte de lo que hace el ser humano está motivado, por lo común desconoce porqué.

c) Las pautas de conducta son resultado de la interacción del sujeto con los objetos (ambiente, padres, hermanos) que entraron en contacto con sus necesidades en la infancia.

d) La conducta tiende a automatizarse por una economía de esfuerzo. Esas pautas de conducta que uno cuidadosa, dedicada y lentamente

estructura, tienden a automatizarse independientemente de que la pauta sea dolorosa, pues la pauta que se adoptó en el momento necesario fue más operativa.

e) Cada fragmento de conducta es un trozo de historia. La conducta no es un trozo o un fragmento de expresión desubicado o desvinculado del tiempo; sino un trozo consistente de hechos anclados a la historia del sujeto.

f) Las pautas que tiene un sujeto determinado tienden a ser muy monótonas. Una vez que un individuo estructuró su pauta, funcionará básicamente de modo repetitivo ante cada circunstancia, sujeto, objeto o situación.

g) Una conducta, como cualquier energía, si no estuviera alimentada por el ambiente tendería a extinguirse. Toda conducta requiere para su persistencia, de fuentes de aprovisionamiento y de retroalimentación (Ramírez, 1983).

Contrariamente a lo que muchos piensan, Freud practicó la psicoterapia breve. Los primeros tratamientos de Freud tan sólo duraron unas cuantas semanas o meses. Dada la esencia de sus teorías en ese momento, una combinación de interpretación e insight llevaría a la recuperación, bastaba con que el terapeuta hiciera una interpretación correcta y que el paciente la aceptara para que el síntoma se mitigara; si el paciente ofrecía resistencia el terapeuta, este se esforzaría por convencer al paciente de la exactitud de su interpretación. De esta manera los primeros tratamientos psicoanalíticos, incluido el autoanálisis de Freud, fueron muy breves (Coren, 2003).

La creencia de que todos los aspectos de la vida mental podrían y deberían ser analizados, llevó a que las terapias desarrollarán un

sentido de eternidad y los terapeutas, no hicieron nada para impedirlo. El que se perdiera todo sentido del tiempo para terminar una terapia, trajo como consecuencia que ya no hubiera necesidad de una meta ni una reducción en la urgencia por aliviar el síntoma o por dar atención sintomática. Casi por definición, si las terapias se estaban haciendo más largas debían hacerse más rigurosas. Mientras que en el psicoanálisis y en la psicoterapia psicoanalítica el creciente conocimiento ha llevado a la creencia inevitable de que los tratamientos necesitan ser más largos, no obstante, se podría inferir que al conocer más sobre ellos, los tratamientos deberían ser más cortos.

Terapias breves de orientación psicoanalítica

Estas versiones modificadas del psicoanálisis tienden a ser más breves y menos intensas que el psicoanálisis ortodoxo. Enfoca las experiencias interpersonales actuales, al mismo tiempo que restan importancia al periodo de la niñez temprana.

Bellak y Small (1980) igualan la Psicoterapia Breve, Psicoterapia de Emergencia e Intervención en Crisis. El objetivo básico es proporcionar alivio sintomático hasta un punto en que se pueda dejar al tiempo hacer el resto, o bien derivar en condiciones hacia psicoterapia extensiva e intensiva. Su formato es de una a seis sesiones con un promedio de cinco (número orientativo, y por tanto flexible), a razón de una por semana en principio y con una duración de 45 a 50 minutos (Bellak, y Small, 1980; Cavenar, Cavenar y Walker, 1983). En este tipo de intervención el terapeuta debe estar más alerta a cualquier tipo de comunicación significativa, tiene que actuar con rapidez y decidir cual es la intervención más conveniente. No existe tiempo para que se desarrolle el insight, el terapeuta tiene que crearlo; la elaboración hay que estimularla también por falta de tiempo. Y cuando estos aspectos

del proceso terapéutico no se presentan, se tienen que inventar alternativas (Bellak, y Small, 1980).

Sifneos (Malugani, 1990) se centra en la búsqueda de la provocación continua de ansiedad en la persona, obligándole a enfrentar situaciones dolorosas. No hace tanta referencia al psicoanálisis, y de hecho su enfoque es el mejor y más claramente sistematizado.

Mann ha desarrollado la psicoterapia de tiempo limitado, apoyado especialmente en las concepciones de Bowlby (Garske y Molteni, 1988). Se limita el número de sesiones desde el principio, tanto por la intensificación del proceso que supone (enfaticando lo transitorio de la relación con el terapeuta) como por la carga de expectativas positivas que se crean.

Otros autores plantean y agregan elementos a las intervenciones en crisis, tal es el caso de Mann, quién considera que el conflicto separación-individualización es universal, y repasa con la persona sus distintos momentos evolutivos trabajando ese tema.

Conclusiones

La teoría de Freud ha ejercido una influencia significativa en la psicología y más aún en la filosofía y en la literatura. El inconsciente, los mecanismos de defensa y las raíces infantiles de las dificultades psicológicas adultas, son ideas que muchos han aceptado. Por último, Freud generó un método muy utilizado para tratar los trastornos psicológicos. Sin embargo, los psicólogos de la personalidad han manifestado críticas significativas en contra de la teoría; entre las más importantes está la falta de datos científicos convincentes que la sustenten.

La vaguedad de la teoría de Freud también dificulta predecir cómo se manifestarán ciertos trastornos del desarrollo en un adulto. Finalmente, Freud realizó sus observaciones y basó su teoría en una población

limitada, fundamentada casi por completo en mujeres austriacas de clase alta de la época estricta y puritana de principios de siglo XX.

Por otro lado en lo referente a la terapia de corto plazo los resultados sugieren que es más exitosa con problemas menos graves, mientras que señalan que dificultades más graves o crónicas tal vez necesiten un marco de tiempo más flexible. La naturaleza y cualidad de la alianza terapéutica es el factor más importante por sí solo en la terapia de tiempo limitado, así como en la mayoría de las terapias (Coren, 2003).

1.2. Modelo Cognitivo Conductual

Introducción

Los antecedentes cercanos a las terapias cognitivo conductuales se asientan en el descontento con el psicoanálisis, la limitación del modelo conductual, la extensión de la psicología clínica en la aplicación de tratamientos psicológicos a problemas cada vez más complejos y una base filosófica en la que se hace una consideración global del ser humano en donde la conducta, los pensamientos y sentimientos se consideran al mismo nivel.

Los elementos más relevantes que han influido en el surgimiento y expansión de la terapia cognitivo conductual de la década de 1970 han sido la aparición de nuevos trastornos clínicos por una parte, la filosofía griega sobre todo la socrática y epicúrea, el conductismo medicinal, las operantes encubiertas, el aprendizaje social, los estudios de la psicología experimental y social sobre atención, memoria y percepción, los cuales mostraron como estos procesos psicológicos median la conducta humana, y por tanto, era necesario no sólo investigarlos sino aplicarlos para el cambio de la conducta humana.

Principios

Ingram y Scott (1990) mencionan que todas las terapias cognitivas conductuales se fundamentan en siete supuestos:

1) Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que a los eventos.

2) El aprendizaje está mediado colectivamente.

3) La cognición media la disfunción emocional y conductual. Debe ser notado que esta asunción no implica una focalización lineal donde la cognición es primaria, sino más bien, que las variables cognitivas están interrelacionadas con variables afectivas y conductuales y entonces, afecta a estas variables (y viceversa).

4) Al menos algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas.

5) Al menos algunas formas de cognición pueden ser alteradas.

6) Como un corolario de los incisos 3, 4 y 5, alterando la cognición podemos cambiar patrones disfuncionales, emocionales y conductuales.

7) Ambos métodos de cambio terapéutico cognitivo y conductual, son deseables y deben ser integrados en la intervención.

Entre sus rasgos principales se pueden mencionar los siguientes: las variables cognitivas son importantes mecanismos causales. Hay un énfasis en la verificación empírica de dos formas. La primera es la investigación empírica diseñada para establecer la eficacia de los procedimientos terapéuticos y ayudar a determinar los procesos por los

que estos procedimientos funcionan. La segunda es un énfasis dentro de la actual terapia empleando evaluación objetiva para examinar el proceso terapéutico. Por ejemplo en el tratamiento de la depresión de Beck se recomienda la utilización del Inventario de Depresión de Beck para ayudar a evaluar de manera objetiva el rasgo y grado de los síntomas depresivos. Las aproximaciones cognitivo conductuales son habitualmente de tiempo limitado, o al menos no se consideran terapias a largo plazo en el sentido clásico, así mismo, son empresas colaborativas en donde el cliente y el terapeuta establecen una alianza de trabajo para modificar el pensamiento y la conducta disfuncional. Estas aproximaciones también son educacionales en su naturaleza. Lo que significa que los clientes deben aceptar la validez del modelo referente a su trastorno para modificar su conducta y cognición disfuncional. Los terapeutas cognitivo conductuales son activos y directivos más que pasivos y no directivos.

Existe un gran número de terapias cognitivo conductuales que se han visto reflejadas en una importante aplicación de las mismas a distintos problemas. Se han hecho varias clasificaciones de las terapias cognitivo conductuales. Una de las más destacadas ha sido la de Mahoney y Arkhoff (1978) quienes la dividieron en tres grandes grupos: terapias de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones y terapias de solución de problemas. Dentro de las primeras incluyeron la terapia racional emotiva de Ellis, el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum la terapia cognitiva de Beck y la reestructuración racional-sistémica de Goldfried. Dentro de las terapias de afrontamiento para manejar situaciones se hallan el modelado encubierto de Cautela, el entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones de Goldfried el entrenamiento en manejo de la ansiedad de Suinn y el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum. Por último, dentro de las terapias de solución de problemas, que incluyen tres: la terapia de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried, la terapia de solución de

problemas interpersonales de Spivack y Shure y la ciencia personal de Mahoney. Posteriormente Hollon y Beck (1986) ha sugerido tres categorías para clasificar las terapias cognitivo-conductuales: las que destacan la racionalidad, como la terapia racional emotiva de Ellis, las que resaltan el empirismo, como la terapia cognitiva de Beck, y los procedimientos que ponderan la repetición, como el entrenamiento en inoculación de estrés. Más recientemente Hollon y Beck (1994) mencionan como las más relevantes, la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y la terapia de solución de problemas de D'Zurilla.

Recientemente las terapias cognitivo conductuales han tenido algunos avances como es la incorporación del constructivismo cuya epistemología es distinta del objetivismo (Neimeyer, 1993), que es en lo que se basan casi todas las terapias, en el sentido de que para éstas el conocimiento es una representación directa del mundo real, a diferencia del constructivismo en el que el sujeto construye ese mundo y lo interpreta. También se aprecia un mayor interés por el estudio del inconsciente con una perspectiva distinta a la freudiana, proponiendo un modelo en donde se integran los procesos de atención y memoria, basados en una entrada (estimulación) y en una salida (acción) y donde habría tanto procesos conscientes como inconscientes (Greenwald, 1992). Dado que un objetivo central de la terapia es redefinir la manera en que el cliente se acepta así mismo por lo que quiere ser, el reconocimiento del *self* adquiere, en este contexto, gran trascendencia. Esto se aprecia en los últimos años con la conceptualización del mismo como procesos cognitivos autorreferentes (Williams, 1995).

Conclusiones

Desde el modelo cognitivo conductual cada vez hay más acuerdos en la necesidad de la intervención de los componentes cognitivos junto a los observables, pero siempre que científicamente se puedan evaluar o hayan sido científicamente derivados. No obstante, metodológicamente, han surgido más problemas para evaluar los componentes cognitivos que los conductuales.

Uno de los grandes riesgos que corre la terapia cognitivo conductual es su fraccionamiento, como sucede ya en parte al existir un amplio conjunto de terapias distintas, cerca de 20, y su posible desmembramiento por los diversos planteamientos metodológicos, científicos, filosóficos y aplicados que subyacen a las diferentes terapias que en ella conviven. Por otra parte, desde el campo conductual más estricto, a veces se nota el riesgo de pérdida de identidad por los límites tan dispares que conviven en las terapias cognitivo conductuales, que pueden ir desde el conductismo metodológico más radical al psicoanálisis clásico. La inclusión de conceptos desterrados en el pasado en la psicología científica, como es el caso del inconsciente, pueden ser fuente de divisiones si no es posible conceptualizarlos científicamente.

Finalmente se puede afirmar que las terapias cognitivo conductuales constituyen un conjunto de terapias, algunas en actual desarrollo, que se aplican a una gran variedad de problemas clínicos.

1.3. Modelo Sistémico

Introducción

La psicoterapia breve sistémica tiene su origen en la década de 1950, época en la que la posguerra abría un campo de estudio a modelos de acción rápida y eficaz en el tratamiento de urgencia en situaciones

traumáticas así como a diferentes problemas psicológicos que habían quedado como secuela. Aunado a ello, existía un clima de inconformidad entre psiquiatras con relación a la formación tradicional psicoanalítica que recibían y que desde una postura crítica constituía una limitante en el proceso de cambio y solución de los problemas en las personas.

Tal desavenencia básicamente estaba orientada a cuestionar el carácter individual de los síntomas, la naturaleza intensificada de los problemas, la idea de causas subyacentes y la necesidad de ir al pasado para buscar en la infancia los factores determinantes. Las raíces de los síntomas eran vistos como la manifestación de una enfermedad o de algo que estaba oculto. De esta manera, se fue generando un cambio de mentalidad en el que la naturaleza de los problemas y el mismo proceso terapéutico, comenzaron a considerarse de índole interpersonal.

Desplazar el interés del individuo hacia la relación entre individuos requería una sustentación epistemológica que para entonces fue encontrada en los principios que aportan a la ciencia la teoría general de sistemas, la cibernética y el constructivismo. No obstante, dichos principios llegan a generarse a partir del cuestionamiento hecho al modelo mecanicista, imperante en el campo de la ciencia a comienzos del siglo XX, que para explicar los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales tenían que recurrir a los principios de la física y la mecánica, lo cual ya resultaba insuficiente e inadecuado.

Principios

La Terapia Breve Sistémica comienza con la publicación de “Special Techniques of Brief Hypnotherapy (Erickson, 1954b). El enfoque que Erickson emplea en este artículo, difiere significativamente de otros enfoques del campo de la Terapia Breve, su punto central es la utilización de lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus

necesidades, de modo tal que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo (de Shazer, 1986).

En 1966, el Mental Research Institute (MRI) inicio un proyecto de Terapia Breve. Los terapeutas del MRI estaban convencidos de que la terapia podía realizarse en un tiempo mucho más corto de lo que era práctica habitual en aquellos momentos. El modelo también conocido como Centrado en los Problemas —porque los terapeutas que lo aplican intentan aliviar sólo las quejas específicas que los clientes llevan a terapia— se caracteriza porque no hay ningún intento de buscar la patología subyacente de la fuente del problema, no se hace ningún intento deliberado de promover el insight. Se considera que los problemas son de naturaleza intencional. Se los ve como dificultades entre las personas más que como algo que surge desde el interior de los individuos. No se considera que las personas con problemas tengan defectos de carácter ni que sean enfermos mentales. Desde este punto de vista, los problemas se desarrollan cuando se manejan mal las dificultades de la vida cotidiana.

Su terapia a grandes rasgos comienza prescribiendo distinguos que permitan al terapeuta individualizar: 1) el problema, 2) la historia de las soluciones que para él se intentaron, y 3) el marco de referencia que el cliente emplea para considerar y conceptualizar sus problemas y soluciones, (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

El Modelo de Milán, comenzó en 1967 con Mara Selvini y un grupo de terapeutas organizando así el Centro para el Estudio de la Familia.

Para el aprendizaje de la terapia familiar construyeron un contexto que incluyó el trabajo en equipo y el estudio de los escritos teóricos de Haley, así como de Watzlawick, Jackson y Beavin. Después influyeron en ellos las ideas de Gregory Bateson.

La terapia se organiza principalmente desde un marco semántico. Se orienta a descubrir significados posibles de lo que sucede en la familia.

Su propósito es descubrir una pauta de significado contextual, que sirva para ayudar a que el sistema perturbado se reorganice a si mismo.

En su estrategia, se construye una hipótesis sobre el sistema familiar, que se va modificando en respuesta a informaciones posteriores que la familia produce, y a veces esa hipótesis es presentada a la familia a modo de intervención (Keeney, 1987a).

En 1969 Steve de Shazer comenzó a desarrollar el modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones. En un principio, se centró en los problemas pero posteriormente fue evolucionando el modelo para dedicarse a identificar lo que funcionaba a fin de ampliar estas secuencias de solución. Este modelo mantiene que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan a terapia para resolverlos. Es más importante la naturaleza de las soluciones. Lo que más importa —a modo de metáfora— es la llave que abre la puerta, y no la naturaleza de las cerraduras. Analizar y entender la cerradura no es necesario si se tiene una ganzúa que se ajusta a muchas cerraduras diferentes. Desde su punto de vista no existe la resistencia. Asume que los clientes quieren cambiar realmente. Y aunque no siempre siguen las sugerencias del terapeuta, no lo considera como resistencia, sino que los clientes están simplemente enseñando a los terapeutas cual es el mejor método para ayudarlos a cambiar (O'Hanlon, 1993a).

En 1976 Jay Haley presentó su libro *Terapia para Resolver Problemas* en este ofrece un abordaje terapéutico en que la unidad mínima de tratamiento se define como una tríada.

Su Enfoque Estratégico como el del MRI, comienza por fijar un foco claro sobre el problema que se ha de tratar, y en lugar de distinguir en ese problema la mitad de una complementariedad recursiva que incluye a todas las soluciones intentadas, Haley prefiere considerarlo

conectado a una secuencia de acciones que suponen la interacción de tres personas como mínimo. Como estas relaciones por lo común incluyen a miembros de la familia, su terapia también se suele llamar Terapia Familiar. Así para él, los problemas se utilizarán como palancas para modificar relaciones familiares.

En su terapia la meta no consiste en instruir a la familia sobre el defectuoso funcionamiento de su sistema, sino en modificar las secuencias familiares de manera que se resuelvan los problemas (Keeney, 1987a).

Entre las premisas que todas ellas comparten están las siguientes:

- a) La terapia se centra en el presente o en el futuro es decir, en las expectativas de cambio del cliente.
- b) Los problemas y la búsqueda de soluciones tienen carácter interaccional dentro de pautas de conducta o de significado contextual.
- c) No se considera que el origen de los problemas esté en el pasado remoto de las personas, por lo tanto no es necesario indagarlo.
- d) Son los clientes los que definen los objetivos de la terapia.
- e) El cambio es constante. La modificación de una parte de la pauta problema genera cambios que se van ampliando, y de esta manera se van desarrollando pautas mas funcionales.
- f) Los clientes poseen los recursos y las capacidades para resolver sus problemas, y la tarea del terapeuta es que el cliente pueda acceder a esas capacidades para que puedan ser utilizadas.

g) Se evita etiquetar a las personas de forma negativa. Catalogar a alguien como persona depresiva o autista, mantiene o incrementa el problema haciéndolo mas difícil de resolver.

Conclusiones

El Modelo Sistémico nos proporciona métodos estructurados para realizar ordenadamente intervenciones, y de esta manera lograr los objetivos terapéuticos que se van diseñando durante la terapia, posibilitando así cambios duraderos y en un tiempo breve.

El desarrollo de la psicoterapia breve sistémica es reciente, sin embargo en los últimos años ha adquirido gran fuerza y se proyecta a futuro como una de las alternativas más viables, no sólo porque en los últimos años ha obtenido reconocimiento el hecho de que la terapia no necesita ser prolongada para ser eficaz, sino debido a que el tiempo en que vivimos exige soluciones rápidas y accesibles a un mayor número de personas, no sólo por la inversión de tiempo que representa para las personas, sino por la inversión económica derivada de ello. La concepción de la naturaleza del problema ha cambiado. Las demandas de los clientes y la postura del terapeuta han cambiado. La Terapia Breve en la práctica ofrece soluciones, alienta el cambio, promueve la independencia de las personas y las alienta a confiar en sus capacidades y recursos.

2. El Campo de la Terapia Sistémica

2.1. Milton H. Erickson y su técnica innovadora

Médico y psiquiatra innovador en el campo de la hipnosis y la terapia, Milton H. Erickson ha sido reconocido como la principal autoridad mundial en hipnoterapia y en terapia estratégica. Fue una de las

personalidades psicoterapéuticas más sagaces e ingeniosas de todos los tiempos.

Erickson hizo su licenciatura en Psicología y su doctorado en medicina en la Universidad de Wisconsin. Fue presidente de la Sociedad Norteamericana de Hipnosis Clínica, director fundador de *American Journal of Clinical Hypnosis*, profesor asociado de psiquiatría en la Universidad Estadual de Wayne (Facultad de Medicina), miembro vitalicio de la Asociación Psicológica Norteamericana y de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Es autor de más de 140 artículos científicos en su mayoría sobre hipnosis y coautor de diversos libros (Zeig, 1985).

Durante la mayor parte de su vida, Erickson se empeñó en descubrir, emplear y enseñar principios de terapia eficaz.

El método ericksoniano no tiene bases teóricas. Es más fácil decir lo que Erickson no hacía en terapia que decir lo que hacía. Su trabajo no estaba fundamentado en una teoría de la personalidad, ni existe una teoría clara de intervención. Su forma de trabajar estaba orientada hacia el futuro, hacia las metas, una manera de ayudar a la persona a que se mueva desde el punto A hasta el punto B (meta), consistente en utilizar la comunicación en múltiples niveles, por la que el terapeuta dirá una cosa y, sin embargo, significará otras muchas. Al estudiar la terapia de Erickson se asimila un enfoque sistémico nuevo; pero también se aprende un método de como mejorar la comunicación. Lo fundamental de su enfoque parece haber sido la ausencia de interpretaciones sobre las supuestas causas de la conducta (Haley, 1980a).

De la terapia de Erickson se han derivado al menos cinco o seis escuelas, que tienen su origen en él: está la terapia estratégica; está el enfoque interaccional del Instituto de Investigaciones Mentales; también la orientación hacia las Soluciones de Steve de Shazer; el enfoque de la hipnosis de Jeffrey Zeig y Stephen Lankton; está Ernest

Rossi y su enfoque psicobiológico; y también el nuevo enfoque de Stephen Gilligan que es de autorrelaciones.

Principios básicos

Las bases de la concepción de Erickson pueden examinarse bajo los siguientes puntos:

Orientación naturalista

Erickson creía que las personas poseen las capacidades y los recursos necesarios para afrontar y resolver sus problemas, y que la tarea del terapeuta, era la de promover el surgimiento de esas capacidades (O'Hanlon, 1993b).

Por orientación naturalista se entiende la aceptación y utilización de la situación que encontramos en la persona sin emprender ninguna reestructuración psicológica. Al hacerlo así, la conducta de la persona se convierte en una ayuda decisiva y forma parte de la inducción al trance, más que un posible obstáculo. Como no existe una terminología definitiva, el método, que se basa en cierta forma en un conjunto de técnicas que usan el principio de sinergia, puede recibir la denominación de orientación naturalista (Erickson, 1958).

Orientaciones indirecta y directiva

Erickson era muy directo en cuanto a conseguir que la gente hiciera cosas y a bloquear pautas antiguas que mantenían el síntoma, y también era muy directivo al afrontar los síntomas. Asignaba tareas o formulaba sugerencias que se limitaban a debilitar la rigidez de las personas en medida suficiente como para que descubriera otros modos de pensar y comportarse, capaces de eliminar el síntoma. Sus sugerencias e instrucciones permitían a la persona encontrar sus propios significados y modos de resolver sus problemas.

Por otro lado Erickson era muy indirecto en lo concerniente a la manera en que las personas vivirían sus vidas una vez suprimida la sintomatología, e incluso en lo que tenía que ver específicamente con la resolución del síntoma. Nunca pretendió decir a la gente como tenía que vivir o debía manejar su vida en general.

Responsividad

Las personas no están fijas en su modo de expresión corriente. Son capaces de reaccionar a diferentes estímulos con diferentes respuestas.

En lugar de atribuir un carácter indestructible a los rasgos de la personalidad rígida, Erickson trataba de aprender las pautas individuales de conducta y respuesta, después podía utilizar esas pautas al servicio del cambio, en lugar de tratarlas como impedimento.

Orientación de utilización

Erickson utilizaba las creencias, conductas, exigencias y características rígidas de modo tal que no sólo no obstaculizaban el camino hacia los resultados deseados, sino que incluso facilitaban la terapia.

Sea lo que fuere lo que la persona presenta, se lo toma como punto de partida para una psicoterapia fructífera y, si es posible, se lo utiliza al servicio del objetivo deseado.

Orientaciones de presente y de futuro

Tal vez Erickson no haya sido el primer terapeuta que introdujo otra psicoterapia con orientación del presente. Pero es casi seguro que fue el primero de introducir en la psicoterapia una orientación de futuro.

El pasado no puede cambiarse, sólo se cambia la interpretación y el modo que tenemos de verlo, e incluso se modifica con el paso del tiempo (O'Hanlon, 1993b).

2.2. Teoría General de los Sistemas

La teoría general de los sistemas (TGS) surgió con los trabajos del biólogo alemán Ludwig von Bertalanffy publicados entre 1950 y 1968 (Bertalanffy, 1988). La teoría general de los sistemas estudia totalidades formadas por partes interconectadas. Bertalanffy, propuso inicialmente estudiar al organismo como un todo y desarrolló un enfoque al que denominó "organísmico", el que comenzó a divulgar por medio de conferencias alrededor del año de 1930, aun cuando es a partir de 1940 que escribe sus postulaciones. Para él, no sólo los organismos, sino muchísimos fenómenos y procesos son partes interconectadas con una meta. Cualquier fenómeno una célula, un átomo, un organismo, una institución, un sistema planetario, una galaxia siempre está formado por partes interconectadas.

Hay leyes que son comunes tanto para el microorganismo más pequeño como para la galaxia más lejana; tienen grandes diferencias, pero también tienen algo en común. Este planteamiento fue asumido y aplicado posteriormente por distintas disciplinas, entre ellas la psicoterapia.

La TGS no busca solucionar problemas o intentar soluciones prácticas, pero sí producir teorías y formulaciones conceptuales que puedan crear condiciones de aplicación en la realidad empírica.

La teoría general de los sistemas afirma que las propiedades de los sistemas no pueden ser descritas significativamente en términos de sus elementos separados. La comprensión de los sistemas solamente se presenta cuando se estudian los sistemas globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus subsistemas.

La TGS se fundamenta en tres premisas básicas:

a) *Los sistemas existen dentro de sistemas.* Las moléculas existen dentro de células las células dentro de tejidos, los tejidos dentro de los

órganos, los órganos dentro de los organismos, los organismos dentro de colonias, las colonias dentro de culturas nutrientes, las culturas dentro de conjuntos mayores de culturas, y así sucesivamente.

b) *Los sistemas son abiertos.* Es una consecuencia de la premisa anterior. Cada sistema que se examine, excepto el menor o mayor, recibe y descarga algo en los otros sistemas, generalmente en aquellos que le son contiguos. Los sistemas abiertos son caracterizados por un proceso de intercambio infinito con su ambiente, que son los otros sistemas. Cuando el intercambio cesa, el sistema se desintegra, esto es, pierde sus fuentes de energía.

c) *Las funciones de un sistema dependen de su estructura.* Para los sistemas biológicos y mecánicos esta afirmación es intuitiva. Los tejidos musculares, por ejemplo, se contraen porque están constituidos por una estructura celular que permite contracciones (Berrien, 1968).

2.3. Bateson y las conferencias Macy

En 1942, en la ciudad de Nueva York se realizaron una serie de conferencias auspiciadas por la *Fundación Josiah Macy Jr.* que constituirían el comienzo de lo que actualmente se conoce como Cibernética. En la primera reunión asistieron los matemáticos John von Neuman, Walter Pitts y Norbert Wiener; los fisiólogos mexicanos Lorente de No y Arturo Rosenbluth; el neurofisiólogo Warren McCulloch; y los antropólogos Gregory Bateson y Margaret Mead, entre otros. Posteriormente en las siguientes conferencias se integraron Milton H. Erickson, Heinz von Foerster, Laurence Kubie, Kurt Lewin, Ross Ashby, Anatole Rappaport y Claude Shannon.

El nombre de la primera conferencia fue el de "Inhibición Cerebral".

El tema de aquella conferencia era el trabajo de Rosenbluth, Wiener y Julian Bigelow, acerca de la importancia de los procesos de

retroalimentación en la comprensión de la conducta intencional. Explicaba el modo en que una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo y como su conducta está en función de una cierta finalidad a la que tiende en todo momento sólo para corregirse y de este modo autorregularse.

Algunas de las aportaciones conceptuales que surgieron durante estos encuentros fueron:

La Retroalimentación negativa y positiva

La medición de la información y su relación con el concepto de entropía.

La diferencia entre las claves analógicas y digitales por Wiener y von Neuman

Las teoría tipológica de Russell .

Las oscilaciones "patológicas" de una computadora frente a la paradoja Russeliana.

La dependencia de los sistemas de comunicación hacia la información y no hacia la energía.

La comunicación en distintos niveles de tipo lógico (o niveles de abstracción) (Vargas, 1997).

Es en las conferencias de *Macy* que Bateson toma varios conceptos que utilizará para plantear constructos como el "*Doble Vínculo*" en su investigación sobre la comunicación en pacientes esquizofrénicos. También adopta la perspectiva de una epistemología cibernética para su trabajo. Es en *Macy* donde surge el tipo de pensamiento característico de la Terapia Sistémica (Winkin, 1991).

Gregory Bateson antropólogo y experto en comunicación, nació en 1904, hijo de William Bateson, un reconocido biólogo británico, pionero en el campo de la genética.

Se graduó en antropología y dejó su país natal. Se casó con Margaret Mead, y radicó en los Estados Unidos, donde se desempeñó en 1947 como profesor visitante de Antropología en Harvard.

En los años siguientes trabajó como etnólogo en Palo Alto, y posteriormente realizó trabajos experimentales en teoría de la comunicación con delfines.

Comenzó una investigación que estudiaba las paradojas en la comunicación. Así empezó a interesarse en las formas de relación de los pacientes con el entorno institucional y familiar y qué variaciones producía esto en su conducta. Ideas que provenían de disciplinas jóvenes como la Cibernética, la Teoría General de los Sistemas y de la Física Moderna lo llevaron a pensar en temas propios de las ciencias de la conducta de un modo realmente original, en lugar de preguntarse por las causas del pasado individual que justificaran el comportamiento actual o presente de las personas; se preguntaba acerca de la organización y el significado del contexto interpersonal y de los sistemas de creencias de la estas para que el comportamiento en cuestión fuera adecuado, e incluso fuera tal vez una de las pocas opciones posibles, por ejemplo, en lugar de preguntarse "por qué" una persona se comportaba de una manera determinada, en base a qué causas o en su pasado individual Bateson se preguntaba, "¿cómo está constituido el contexto actual de esta persona, para que su conducta tenga sentido?, o sea coherente con su situación"

Así, Bateson fue un pionero en introducir una concepción teórica nueva en las ciencias humanas, su idea sistémica y cibernética de la comunicación que remplazaría a cierta forma de pensamiento causalista y lineal por uno "circular".

Amplió la noción clínica de mente contribuyendo a establecer en el campo psiquiátrico la idea de que los trastornos "mentales" son trastornos de la comunicación.

2.4. Epistemología cibernética

La base de la psicoterapia sistémica es el concepto de recurrencia o de causalidad circular.

La circularidad expresa cómo en una secuencia de causa y efecto, éste impregna a la causa primera, confirmándola o efectuando una modificación, y a través de esta recurrencia la causa inicial se ve afectada (Ceberio y Watzlawick, 1998).

El concepto de proceso circular es aportado por la cibernética, disciplina que estudia de que manera los procesos de cambio determinan diversos órdenes de estabilidad o control (Kenney, 1987), cuyo modelo se constituye por una unidad básica: el mecanismo de retroalimentación definido por Wiener como un método para controlar un sistema, reintroduciéndole los datos de su desempeño en el pasado (Ceberio y Watzlawick, 1998). El objetivo del terapeuta es activar el orden del proceso de retroalimentación que permita a la ecología perturbada, autocorregirse (Kenney, 1987).

La epistemología cibernética propone una manera de discernir y conocer los comportamientos repetitivos llamados también pautas que organizan los sucesos, como por ejemplo las secuencias recursivas de procesos repetitivos de acción en un episodio familiar.

La epistemología cibernética no es un mapa, descripción, teoría, modelo o paradigma, es un proceso de conocer, construir y mantener un mundo de experiencia.

Se diferencia de una epistemología newtoniana, la cual se ocupa de conocer cuestiones tales como de índole de las bolas de billar y de las fuerzas que operan sobre ellas. Lo que distingue la tarea del especialista en cibernética es que salta del paradigma de la materia, del objeto o de la cosa, al paradigma de la pauta.

La diferencia que establece la más profunda desigualdad epistemológica consiste en pasar de las descripciones de la materia a

las descripciones de la pauta. La cibernética forma parte de una ciencia general que estudia la pauta y la organización.

Una epistemología sistémica, puede o no coincidir con una epistemología cibernética. Dentro de la terapia familiar, suele utilizarse la expresión "epistemología sistémica" para indicar simplemente una concepción holística; por ejemplo, la que orienta el trabajo hacia las familias y no hacia los individuos. Sin embargo, a la cibernética le interesa primordialmente desplazar nuestro lente conceptual de la materia hacia la pauta, y no desde las partes hacia la totalidad. Así, en el mundo de la cibernética tanto las partes como las totalidades son estudiadas en función de sus pautas de organización.

La argumentación del cibernético es que la terapia familiar, al igual que todas las disciplinas pertenecientes a la biología (en el sentido amplio de este término), debe corporizar una epistemología cibernética si se pretende encontrar las pautas que caracterizan el proceso mental y viviente. De otro modo, nos concebimos a nosotros mismos y a nuestro contexto de vida como un montón de ladrillos capaces de desplazarse de un lugar a otro. Los cibernéticos sostienen que esta posición es peligrosa para la ecología del proceso viviente (Keeney, 1987b).

2.5. Escuela de Milwaukee

El modelo de Terapia Breve centrado en la solución cuyos principales exponentes son Steve de Shazer y William O'Hanlon, está basado en los trabajos epistemológicos de Gregory Bateson, el trabajo terapéutico de Milton Erickson y los trabajos de Teoría General de Sistemas.

Este tipo de terapia a diferencia de otras formas breves de trabajar, no busca resolver una queja o conflicto explorando contenidos inconscientes, el pasado de las personas ni interpretar elementos de comunicación de las personas, sino ateniéndose solamente a la información proporcionada, al presente, al futuro y muy ocasionalmente al pasado.

Lo que se pretende en esta terapia es buscar vías de solución, que nos lleven a una salida adecuada de los conflictos y situaciones problemáticas, centrándonos en las expectativas, excepciones y situaciones pasadas, en las cuales, la persona ha logrado resolver exitosamente lo que le aquejaba.

Para ello el terapeuta diseñará con la persona metas terapéuticas medibles, estas tendrán que ser concretas y visibles. Una característica singular de esta terapia, es que se puede llegar a soluciones sin conocer el problema que aqueja a la persona.

Entre los principios fundamentales de la Terapia Centrada en la Solución se pueden mencionar los siguientes:

1. La mayoría de quejas se desarrollan y mantienen en el contexto de la interacción humana. Los individuos llevan sobre sí atributos, recursos, límites, creencias, valores, experiencias y a veces dificultades singulares e intransferibles, y continuamente aprenden y desarrollan maneras de interactuar unos con otros. Las soluciones están en el cambio de interacciones en el contexto de la situación.

2. La tarea de la Terapia Breve es ayudar a las personas a hacer algo distinto, cambiando su conducta interactiva y/o su interpretación de la conducta y de las situaciones, de modo que puedan llegar a la solución de su queja.

3. La clave para promover la cooperación es la siguiente:

Primero, se conecta el presente con el futuro (ignorando el pasado, excepto para sucesos pasados), luego se señala a la persona lo que se cree que él ya está haciendo y es útil y/o bueno para él, y luego una vez que sabe que estamos de su parte se puede inducir la sugestión de que puede llegar a ser algo distinto o por lo menos puede ser, bueno para él.

4. Es arbitrario etiquetar una determinada conducta como un síntoma; en un marco distinto, o en un marco con otras referencias, la misma conducta sería adecuada y normal. Esto es, toda conducta puede ser contemplada desde muchos puntos de vista.

5. Sólo se requiere un pequeño cambio. Por consiguiente, sólo es necesario un objetivo mínimo y razonable.

6. El cambio en una parte del sistema lleva a cambios del sistema en su conjunto. Por consiguiente, no importa necesariamente el número de personas que construyan con éxito el problema y su solución.

7. Pueden conseguirse buenos resultados incluso cuando el terapeuta no puede describir de qué se queja exactamente la persona (de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986).

2.6. MRI

Por otra parte, el modelo de Terapia Breve centrado en el problema tiene como principales exponentes a John Weakland, Paul Watzlawick y Richard Fisch. Ellos también basándose en las aportaciones de Milton Erickson y de Gregory Bateson, así como en la Teoría General de Sistemas, desarrollaron una forma diferente de terapia, en la cual definían un problema como los repetitivos intentos de solución de una situación problemática (Fisch, Weakland y Segal, 1984). La solución estaría dada en el cese de la forma en que se trata de resolver un problema, sustituyéndola por otra forma.

Uno de los aspectos más importantes, es la búsqueda y la definición del problema, el cual se tiene que definir en forma concreta y practica. Frecuentemente se dan prescripciones o tareas conductuales, de tal modo que rompan el ciclo repetitivo del conflicto. Para ello se utilizan

varias técnicas, como son el reencuadre, la prescripción del síntoma, la paradoja, las anécdotas y las prescripciones de comportamiento entre otras.

De esta manera, en el campo de la intervención en crisis, se requiere una intervención que precise de rapidez, ventajas que se considera ofrecen las terapias breves. Otros enfoques principalmente el psicodinámico, presentan desventajas, ya que se requieren de muchas sesiones con una sola persona y de esta forma se elimina la posibilidad para enfrentar las problemáticas familiares o de pareja.

En primer lugar, para intervenir de forma rápida y eficaz es preciso que el terapeuta preste atención al lenguaje y a la actitud de la persona: ¿Cómo ve la persona el problema y la terapia? ¿Cuáles son las creencias y los valores de la persona? Trabajando a corto plazo, no hay tiempo de enseñar a una persona el lenguaje y el sistema de creencias del terapeuta, ni siquiera cuando se piense que esto sea necesario. El objetivo es utilizar los puntos de vista y los valores que las personas traen a terapia, de modo que se realice un cambio que puede parecer pequeño, pero significativo en la manera como la persona afronta el problema. Y esto a fin de interrumpir el círculo vicioso que constituye el problema. Para hacer esto son por lo general necesarias cuatro fases:

1. "Captar el punto de vista y la actitud de la persona.
2. Reconocer y aceptar la legitimidad de esta perspectiva, habitualmente de manera más bien explícita.
3. Reestructurar esta perspectiva, por lo común poniendo de relieve la presencia en la situación de factores particulares que no habían sido tomados anteriormente en consideración, de modo que se dé a la perspectiva de la persona una nueva dirección o implicación.
4. Utilizar esta nueva dirección para proponer y promover acciones nuevas y distintas por parte de la persona al hacer frente al problema" (Weakland, 1999).

2.7. Espíritu de la Terapia Breve

Gregory Bateson llamó "espíritu" a la organización terapéutica en función de la pauta. La organización cibernética de procesos vivos, se trate de organismos unicelulares, seres humanos, o sistemas planetarios especifica esta definición de espíritu. Espíritu en la terapia se refiere entonces a la organización cibernética de sucesos, que está representada por terapeutas y clientes. Esta pauta de organización vincula a terapeuta y cliente de una manera que lleva a abordar el cambio corrector como la estabilidad. Se puede entender pues "espíritu", como sinónimo de sistema cibernético. (Keeney, 1987a).

La terapia es una conversación entre dos personas como mínimo (un terapeuta y un cliente) sobre el modo de alcanzar la meta de este último. Cuando, por obra de esta conversación, el cliente empieza a dudar del encuadramiento inmutable de su situación dificultosa, se ha abierto la puerta hacia el cambio y la solución. Tal es, en esencia, la Terapia Breve.

La técnica que aplica el MRI en estas conversaciones se basa en inducir la duda reencuadrando el problema. Toman los mismos hechos descritos por el cliente y los usan en otro contexto, con lo cual ponen en tela de juicio el del cliente ("siempre pasa lo mismo"). Dentro del nuevo contexto, el problema deja de ser tal y, por lo tanto, se abre la posibilidad de un futuro diferente (éxito medido por el logro de la meta). Las tareas se basan en el uso del nuevo marco de referencia y la conducta diferente que este requiere, con lo que impulsan el logro de la meta.

El método del BFTC se funda en inducir la duda buscando y, casi siempre, hallando excepciones a la regla del "siempre pasa lo mismo". Si no sucede siempre, no es después de todo un verdadero problema y, por consiguiente, se abre la posibilidad de un futuro diferente (éxito medido por el logro de la meta). Con esta técnica, hasta se deja de

lado la búsqueda de un problema para buscar directamente los momentos en que no se manifiesta. Se deja a un lado y se ocupa directamente de elaborar la solución. Las tareas se basan en utilizar la excepción para ayudar al cliente a alcanzar la meta.

3. Proceso y Procedimientos de la Terapia Centrada en la Solución

3.1. Determinación de la queja

Después de un breve diálogo sobre si trabaja y dónde, o a qué escuela va, etc., el terapeuta comienza preguntando sobre la queja: *¿En qué podemos ayudarle?*, o *¿Cuál es el motivo de su visita?* Una respuesta parecida a: *A veces, cuando nos peleamos llegamos a los golpes, o Juan moja la cama*, constituye una determinación suficiente.

El terapeuta intenta entonces dirigir la conversación hacia detalles cuanto más concretos mejor:

Con todo detalle, ¿qué pasa exactamente?, ¿Quién está involucrado en esta queja?, ¿En qué difiere la queja según quien esté involucrado o no en algún punto particular?, ¿Con que frecuencia ocurre la queja?

Cuanto más detalles de la pauta de la queja describa la persona, más intervenciones y objetivos potenciales pueden haber, y más son las posibles maneras que tiene la persona de saber que el problema está resuelto. Incluso determinaciones de la queja tan vagas como *No sé en realidad quién soy*, o *Casi no nos hablamos* pueden ser suficientes. En este caso, el centro de la cuestión es establecer objetivos: *¿Cómo va a saber si usted sabe realmente quién es?*, o *¿Qué estará usted haciendo, cuando usted sepa quién es en realidad, que usted no esté haciendo ahora?*, o *¿Cómo sabrá su mejor amigo que usted realmente*

sabe quién es en verdad? (de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986).

3.2. Excepciones

Esta fase de la entrevista se diseña para descubrir qué sucede cuando la queja no acontece y cómo consigue la familia que ocurra esta excepción. *¿Qué sucede cuando las peleas de la pareja no resultan violentas? ¿Qué ocurre cuando Juan no orina la cama? ¿Qué ocurre cuando Susana hace lo que le dicen? ¿Qué pasa cuando la madre está y el padre no? ¿Qué ocurre cuando se comunican?*

Tanto el terapeuta como las personas necesitan saber qué hacen las personas que de hecho funciona o es efectivo.

No sólo hablar de esto puede llevar a ciertos modelos de diseño de intervención y de solución, sino que implícitamente hace saber a la persona que el terapeuta cree no sólo que ellos pueden hacer cosas que resultan buenas, sino que de hecho ya las están haciendo. En términos batesonianos, las excepciones por lo menos implícitamente proporcionan a la persona *noticias de la diferencia* entre lo que funciona y lo que no funciona.

Se pueden comenzar a estudiar de forma más sistemática las excepciones a la regla de la queja comenzando la sesión pidiendo a las personas que observen qué sucede en sus vidas entre la primera y la segunda sesión que quisieran ver que continuara sucediendo:

Muchas veces la gente observa, entre el momento en que piden una cita para terapia y la primera sesión, que las cosas ya se ven de forma diferente. *¿Qué ha notado usted acerca de su situación? ¿Se refieren estos cambios al motivo por el que usted vino? ¿Son de este tipo los cambios que a usted le gustaría que hubieran sucedido?*

Esta fase lleva naturalmente a la constitución de objetivos, porque la persona puede precisamente querer que le vaya pasando lo que

sucede cuando no se presenta la queja. El simple hecho de que a veces se presenta la queja y a veces no fomenta la expectativa de que es posible un futuro en que no incluya aquella queja (de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986).

3.3. Objetivos

El hecho de establecer un objetivo concreto proporciona a la persona una manera de medir la utilidad de la terapia, y es importante decir que el objetivo ayuda a constituir la expectativa de que va a tener lugar un cambio.

Para todo aquel que esté involucrado, es importante saber de qué manera va a enterarse de que el problema está resuelto y de que la terapia puede terminar. Sin un objetivo, toda terapia se convierte en un proceso para toda la vida. Los objetivos concretos forman una parte importante del programa de evaluación y son una parte necesaria en los estudios de seguimiento o de las investigaciones sobre resultados (de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986).

3.4. Soluciones

Las personas frecuentemente hablan en términos vagos o generales cuando se les pregunta directamente acerca de objetivos concretos. Se ha observado que normalmente es mucho más útil tener una conversación sobre cómo sabrán las personas que su problema ya está resuelto, y qué ha de ser diferente cuando el problema sea parte del pasado. Se pretende mantener el tema principal de la conversación durante toda la sesión centrada en la ausencia de la queja.

Parece que las quejas se mantienen porque la gente espera que aquella continúe sucediendo una y otra vez. Hablar sobre posibles futuros alternativos, cuando la queja ya no sea una queja, ayuda a

crear la expectativa de que el cambio no sólo es posible, sino inevitable además de fomentarlo (de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986).

3.5. Interrupción y pausa

Esta parte es opcional, ya que si lo prefiere puede diseñar la intervención en el momento mismo de la sesión. De otro modo pasados 30 o 40 minutos, el terapeuta se excusa durante unos minutos y aprovecha para pensar y hacer anotaciones sobre las cosas que se han dicho enfocándose en los siguientes puntos, para posteriormente diseñar la intervención:

- lo que la persona está haciendo y resulta bueno para él,
- cualquier excepción de la pauta del trastorno,
- cómo se imagina a la persona, cuando la queja forme parte del pasado.

Diseño de la intervención.

1. "Observar qué tipo de cosas hace la persona que sean buenas, útiles y efectivas.
2. Observar las diferencias entre lo que sucede cuando está presente la queja y lo que sucede cuando no está presente. Tener más en cuenta las últimas.
3. Cuando sea posible, resumir los hechos paso a paso de la pauta problemática o de la secuencia de la queja.
4. Observar la diferencia entre la pauta y cualquier excepción a ella.
5. Imaginar una versión solucionada de la pauta:
 - a) considerando la excepción como si fuera la regla
 - b) cambiando el lugar de la pauta

- e) cambiando el personaje involucrado
- d) cambiando el orden de los pasos que implica
- e) añadiendo un nuevo elemento o paso a la pauta
- f) aumentando la duración de la secuencia
- g) introduciendo un inicio y un final al azar
- h) aumentando la frecuencia de la pauta.

6. Decidir qué se adapta a esta persona en particular, es decir, qué tarea, basada en qué variable (a-h), es más probable que sea aceptada y realizada por la persona. ¿Qué ha de tener sentido para esta persona en particular?" (de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986).

Ordinariamente, el mensaje desarrollado durante la interrupción tiene dos partes: (a) cumplidos y (b) indicaciones".

Los cumplidos no se relacionan necesariamente a las quejas, pero se basan en lo que la persona ya está haciendo y es útil o bueno o correcto de algún modo, prescindiendo de su contenido y de su contexto específico. Los cumplidos se diseñan para ayudar a las personas a ver a través del marco que configuran la situación, de manera que sea posible una perspectiva más flexible; de este modo, se da inicio a una solución. El objetivo es ayudar a las personas a verse como personas normales con dificultades normales.

El propósito de los cumplidos es ayudar a orientarse hacia la solución. El comienzo del mensaje terapéutico se diseña de forma que la persona sepa que el terapeuta ve las cosas como él y que está de acuerdo con él. Esto hace que la persona esté más fácilmente de acuerdo con el terapeuta. Una vez establecido este acuerdo, la persona posee el marco mental adecuado para aceptar indicaciones sobre soluciones, es decir, algo nuevo y diferente.

Las indicaciones son sugerencias terapéuticas focales, tareas o directrices acerca de otro tipo de cosas que la persona puede hacer y que probablemente le han de beneficiar y a llevar en la dirección a la solución.

Cuando la conversación se ha centrado en una pauta de la queja de la conducta claramente descrita, las indicaciones tenderán a reflejarla. Pueden sugerirse diversas clases de comportamientos a modo de tareas, que se han diseñado para pasar de la pauta de la queja a la solución. Por ejemplo, si los padres se quejan de que su hijo no hace sus tareas escolares a pesar de sus castigo y de sus ayudas, entonces la tarea que los padres habrían de hacer podría consistir en lanzar una moneda para decidir al azar qué días nadie habría de decir nada al niño sobre sus tareas. En ambos ejemplos, se pediría a los padres que observaran las diferencias entre ambas situaciones. Si los padres desearan continuar supervisando las tareas, entonces podrían buscar una manera de estar en contacto directo con la escuela para poder controlarlo. Si los padres describieran una excepción interesante, se les debería alentar a que hicieran de la excepción la regla. Cualquiera de estas tareas tiene potencial para desencadenar alguna diferencia en la pauta que pudiera convertirse en una diferencia apreciable: una mejor realización de las tareas escolares.

Pero lo que sucede con más frecuencia es que las quejas de las personas no se definan bien o no se describan suficientemente bien en la primera sesión para que estos planteamientos mencionados resulten provechosos. Es en estas últimas situaciones cuando conversar sobre cómo serán las cosas cuando la queja forme parte del pasado es muy útil.

3.6. Entrega del mensaje

Tras la interrupción el terapeuta vuelve y ofrece la intervención formal. Normalmente, este mensaje lo escribe el terapeuta para leerlo de una

manera libre. Los mensajes son breves, y frecuentemente no se tarda más de 5 minutos en darlos. Posteriormente el terapeuta rápidamente, pero sin brusquedad alguna, da por acabada la sesión de terapia.

3.7. Segunda sesión y subsiguientes

La diferencia más notable entre la primera sesión y las siguientes es que de la queja ya se ha hablado en la primera sesión y, por lo tanto, hay poca necesidad o ninguna, de hablar de ella en la segunda sesión. Ahora, el asunto principal por parte del terapeuta está en centrar la conversación en *¿Qué cosas han pasado que usted pueda desear que sigan sucediendo?* Esa pregunta puede decirse de otras maneras: *¿Qué días han sido mejores?* (en las situaciones de lanzar la moneda), o *¿Qué está haciendo ahora que crea que es bueno para usted?* (en situaciones menos definidas), el terapeuta necesita detectar cualquier cosa que la persona pueda enumerar como algo que vale la pena que continúe; ha de identificarlo y comentarlo con la persona. A medida que se menciona cada secuencia, el terapeuta se pregunta si es nuevo o diferente.

Si algo no es nuevo, sino simplemente una excepción poco frecuente, se pregunta si es algo que le gustaría a la persona que sucediera más frecuentemente. Acabada la lista, o intercalando mientras se enumera, el terapeuta pasa de la idea de que estas cosas simplemente han sucedido a la de *¿cómo hizo usted para que sucedieran?*, o *¿qué decidió usted hacer cuando sucedió esto?*

Si la persona cuenta que las cosas van mejor (la intervención anterior encajó y la orientó hacia una solución), el terapeuta cambia la conversación hacia preguntas como *¿qué necesita usted para conseguir que estas cosas continúen sucediendo?* Cuando algo funciona hay que hacer más de lo mismo o hacer cosas parecidas. El objetivo de la terapia se convierte entonces en el intento de ayudar a la persona a que continúe con los cambios que han sucedido entre la

primera sesión y la segunda. Si los padres descubrieron que el hijo hacía los deberes escolares en los días en que ninguno de ellos le recordaba nada, entonces necesitan continuar callados sobre el asunto de los deberes. Sólo si este planteamiento falla deben hacer algo distinto. Como es perfectamente natural olvidar algo en algún momento, los padres podrían intentar olvidarse de hacer algo con el niño cuando el hijo se olvida de hacer sus deberes escolares.

Si la persona refiere que las cosas no van mejor (la intervención anterior no encajó y no llevó a ninguna solución), o que no han cambiado para nada, el terapeuta comenzará, de todos modos, planteando preguntas sobre cosas que esté haciendo la persona y que vayan dando resultado. La pregunta podría decirse de esta manera: *Sabemos por experiencia que, si las personas hacen alguna cosa que no es correcta, las cosas más bien tienden a empeorar con el tiempo que a quedarse como están. ¿Qué está usted haciendo?* Y la búsqueda de excepciones y de pequeñas diferencias por aumentar continúa. Si la persona reporta que las cosas van peor, el terapeuta busca centrar la situación: *¿Han tocado fondo las cosas y espera usted que pronto van a cambiar? ¿O quizás no han tocado fondo todavía y no van a mejorar tan rápidamente?* Las tareas que hay que hacer en esta situación deberían centrarse en los indicios de cosas que van yendo mejor en ese momento o incluso que están yendo peor antes de empezar a ir mejor.

El terapeuta de nuevo puede interrumpir transcurridos 40 minutos, más o menos, de sesión y diseña un mensaje que incluye cumplidos basados en algún cambio, o en algo que la persona hizo y que funcionó, y en indicaciones tendientes a ayudar a la persona a que continúe o incluso amplifique el ritmo y la intensidad del cambio (de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986).

4. Propuestas Estratégicas y Técnicas de la Terapia Centrada en la Solución

4.1. La pregunta del milagro

La pregunta del milagro no fue pensada para provocar o crear milagros. Todo lo que se pretende con ella es permitir a las personas describir que es lo que desean obtener de la terapia sin tener que preocuparlos con el problema mismo y la tradicional suposición de que la solución está de algún modo conectada con la comprensión y la eliminación del problema.

Se formula de la siguiente manera (de Shazer, 1999):

"Supongamos que esta noche, después de que usted se va a dormir, ocurre un milagro y los problemas que lo trajeron al consultorio del terapeuta se resuelven como por arte de magia. Pero, como usted está durmiendo en el momento en que ocurre el milagro, usted no se da cuenta. A la mañana siguiente, cuando se despierta, ¿cómo descubre que se ha producido un milagro? Sin que usted les cuente nada, ¿cómo sabrán los demás que ha ocurrido un milagro?"

Claro que esto es irreal e imposible: la mayor parte de la gente no cree en los milagros. Pero incluso para aquellos que creen en los milagros, tal posibilidad es en verdad rara. Obviamente, lo más realista que un terapeuta puede esperar que respondan las personas es: "No sé". (Esta es, en realidad, una posibilidad muy rara.)

Esta "pregunta del milagro" es una manera de empezar a construir un vínculo entre el terapeuta y la persona sobre la base del éxito (futuro) de la terapia. La manera de enunciar la pregunta incluye una distinción radical entre el problema y la solución, que resulta de la convicción del terapeuta de que el desarrollo de una solución no está necesariamente relacionado de algún modo con los problemas o dificultades. La

ausencia de la dificultad es un hecho dado y lo que se le pide a la persona es que describa un efecto, esto es, la mañana posterior al milagro o el día posterior al éxito de la terapia que, o no responde a ninguna causa, o por lo menos no responde a ninguna causa conocida. Un milagro puede definirse como un efecto sin una causa. Las respuestas de la persona a la pregunta, las descripciones del día después del milagro, les proporcionan tanto a la persona como al terapeuta cierto sentido de lo que aquel quiere como resultado de la terapia.

4.2. Bola de cristal

Erickson (1954a) desarrolló la técnica de la bola de cristal y describió ocasionalmente su empleo en una variedad de problemas.

Desde mediados de 1974, de Shazer ha utilizado su propia versión de esta técnica con personas que presentaban quejas sexuales pero que no tenían pareja activa, o tenían una pareja que no participaba en la terapia y también con otro tipo de quejas. La técnica de la bola de cristal se emplea para proyectar a la persona a un futuro en el que tiene éxito: en él, el motivo de queja ha desaparecido. Solo se necesita que la persona, en estado de trance, vea su futuro como en una bola de cristal¹ o en una serie de bolas metafóricas, para impulsar una conducta diferente, lo cual lo conduce a una solución (de Shazer, 1978).

La idea detrás de la técnica puede también aplicarse en situaciones clínicas que no supongan un trance formal.

De una u otra manera, la persona construye su propia solución que puede entonces utilizarse como guía de la terapia. Los principios que están detrás de esta técnica constituyen los fundamentos de la terapia basada en las soluciones (de Shazer, 1986).

La técnica

La persona produce varias visiones diferentes del tipo "bola de cristal".

Primero, se le pide a la persona que experimente en su totalidad uno de sus más antiguos recuerdos, que sea agradable y que haya olvidado hace ya mucho tiempo. Mientras está en trance, se le pide que su descripción sea tan detallada como le resulte posible, prestando particular atención a lo que están haciendo otras personas. A continuación se devuelve el recuerdo "al lugar donde estuvo todos estos años", y se saca a la persona del trance.

El primer paso tiene la finalidad de enseñar a la persona a:

- (a) desarrollar visiones como en una bola de cristal
- (b) prestar atención a su propia conducta y a la conducta de otros, y
- (c) alentar la idea de que las cosas olvidadas pueden recordarse, y las cosas recordadas olvidarse.

Se pueden utilizar cuantas visiones resulten necesarias para entrenar a la persona en la observación de su propia conducta y de la conducta de respuesta de otros. Las personas se evalúan a sí mismas y a sus realizaciones basándose en gran parte en el modo en que ellas ven que los otros las ven (Mead, 1953). Una parte importante de la técnica de la bola de cristal se construye sobre la predicción de las reacciones que una diferencia produciría en otras personas involucradas en la vida de la persona. Las reacciones predichas ayudan a la persona a cambiar sus propias expectativas y de este modo cambia sus conductas. Una vez que el terapeuta esté satisfecho con el aprendizaje de la persona, se interrumpe el trance.

El segundo paso consiste en emplear la segunda visión para que la persona recuerde algún éxito de su vida, que en particular constituya una excepción a las reglas que rodean a la quejar. Se le pide a la persona que describa su propia conducta y la conducta de las otras personas implicadas en la situación. Después se vuelve al tema de conversación empleado antes del primer trance como un modo de reorientar a la persona antes de que la sesión concluya.

En el primero y el segundo paso, las visiones en bola de cristal son empleadas para mirar al pasado y experimentar el recuerdo, el olvido y la observación de las reacciones de otras personas, y también para despertar la sensación de éxito. Estos primeros dos pasos constituyen asimismo un entrenamiento para los pasos tercero y cuarto, en los cuales las visiones apuntan al futuro.

El tercer paso es tal vez el más importante. Durante este, se orienta a la persona hacia el futuro. Al principio el paso del tiempo se describe algo detalladamente, y después se va haciendo cada vez más vago. Cuando se le pide a la persona que mire en la bola de cristal, no se le proporciona ningún indicio sobre una fecha u hora específicas. A continuación se le pide que recuerde y regrese para que nos hable de cómo se resolvió el problema.

En el cuarto paso, se le pide a la persona que utilice otra visión en la bola de cristal para recordar la manera en que fue solucionado el problema, sus reacciones a ese proceso y las reacciones de las otras personas involucradas. Después se reorienta a la persona hacia el presente y el terapeuta elige algún tema de conversación que no tenga nada que ver con las visiones o el problema presentado. Con mucha frecuencia la persona informa haber puesto en práctica un proceso de resolución del problema diferente del imaginado en la cuarta bola de cristal.

La aptitud de las distintas personas para recurrirse del trance es variable, y con algunas el entrenamiento necesario puede tomar algunas sesiones. También existe una técnica de la bola de cristal que no supone la inducción de trance ni la mención de la hipnosis.

Basada en la utilidad de los pasos tres y cuatro se puede preguntar a las personas "cómo serán las cosas para usted y para otros cuando el problema quede resuelto". Esta pregunta se ha convertido en un tema común de la entrevista inicial. Muchas personas pueden vislumbrar en la bola de cristal sin estar en trance y son capaces de construir expectativas similares para un futuro libre del motivo de la queja. Lo que parece importar es que una vez que la persona tiene una visión del éxito (la vida después de que el motivo de la queja haya desaparecido) puede hacer espontáneamente algo distinto, de modo que aquel cuadro del futuro (o algún otro futuro igualmente satisfactorio) pueda convertirse en realidad.

Puesto que predecir con éxito es algo muy difícil tratándose de asuntos humanos, resulta con frecuencia preferible que el terapeuta y la persona construyan varios caminos alternativos en los que la persona reconocerá la aparición de la solución del problema (de Shazer, 1986).

4.3. Llaves maestras

La mayor parte de los escritos sobre Terapia Breve y Terapia Sistémica se han centrado en intervenciones "a la medida", diseñadas para situaciones peculiares. Pero también existen intervenciones que han resultado útiles en una amplia variedad de situaciones difíciles. Las intervenciones pueden iniciar el cambio sin que exista una primera comprensión detallada del terapeuta en cuanto a lo que ha estado sucediendo.

El equipo del Centro de Terapia Familiar Breve piensa que el terapeuta no necesita conocer muchos detalles de la queja a fin de por lo menos iniciar la solución del problema. En consecuencia, las intervenciones

sólo tienen que impulsar la iniciación de algunas nuevas pautas de conducta. La naturaleza exacta de la queja no parece importante para la generación efectiva de soluciones, porque la intervención sólo necesita ajustarse. Solamente se necesita un instrumento o llave maestra, y no la llave única diseñada para copiar específicamente el perfil de una cerradura específica.

A) Leer, escribir y quemar

A la persona se le asignan las siguientes tareas:

1) Tiene que encontrar un lugar cómodo en el que pueda pasar a solas un rato tranquilo por día, siempre a la misma hora: El lapso no debe ser menor de una hora, ni mayor de una hora y media; todos los días tiene que concentrar sus esfuerzos en:

2) en los días impares, debe poner escrito todos sus buenos y malos pensamientos sobre el problema. Tiene que escribir durante todo el período, aunque no más de una hora y media, incluso aunque ello significara repetir una y otra vez las mismas oraciones.

3) En los días pares, debe leer las notas del día anterior y después quemarlas.

4) Si estos pensamientos indeseados vuelven en otros momentos, fuera de horario, debe pensar:

"Ahora tengo otras cosas sobre las que pensar; pensaré en esto en el horario correspondiente", o bien tomará un apunte para recordar esos pensamientos y volver sobre ellos en el horario asignado.

"Esta fórmula es útil cuando la persona se queja de pensamientos obsesivos o depresivos. Lo más frecuente es que las personas no escriban más de tres veces antes de descubrir cosas más interesantes que hacer, y que los pensamientos perturbadores han desaparecido. A veces, las personas convierten estas notas en diarios. El terapeuta podría sugerir que si no van a quemar esas notas, tendrían que empezar un nuevo diario cuando los pensamientos indeseados hayan

desaparecido por una semana o dos. La tarea puede ser radicalmente modificada y seguir siendo eficaz" (de Shazer, 1986).

B) La tarea de la pelea estructurada

Esta fórmula ha demostrado ser útil en el proceso de promover la solución cuando ambos miembros de la pareja se quejan de sus peleas. Comprende cuatro pasos.

- 1) "Arrojar una moneda al aire para ver quién comienza.
- 2) El vencedor se dedica a criticar o insultar durante diez minutos ininterrumpidos.
- 3) Sigue el turno del otro miembro de la pareja, que también se toma diez minutos.
- 4) Deben pasar diez minutos de silencio antes de que se inicie otra vuelta lanzando de nuevo la moneda" (de Shazer, 1986).

Esta intervención está específicamente diseñada para ajustarse a situaciones en las cuales ambos miembros de la pareja se quejan simultáneamente de peleas que no parecen ir a ningún lado. No es útil para solucionar la mayoría de las quejas que las personas llevan al terapeuta, por ejemplo, cuando sólo uno de los esposos se queja de las peleas. Sin embargo, estas dos "tareas de fórmula" nos dan la idea de que ciertas tareas construidas adecuadamente pueden emplearse una y otra vez, con ligeras modificaciones, en una variedad de casos parecidos. La misma solución se puede emplear repetidamente sin tener en cuenta los detalles específicos de la queja.

C) Haga algo diferente

Los criterios para el empleo de esta fórmula son los siguientes: una persona se queja sobre la conducta de otra y, habiéndolo intentado "todo", queda fijada a la misma reacción repetida, mientras la conducta

problemática continúa. El enunciado de la tarea ha sido completamente normalizado. En este caso el mensaje se dirige a los padres de una adolescente.

Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, me gustaría que cada uno de ustedes, cuando sorprenda a su hija mirando televisión en lugar de hacer lo que debe, haga algo diferente, por más extraño o raro que pueda parecerle. Lo único importante es que sea lo que fuere lo que se decida a hacer, es necesario que sea algo diferente.

La tarea "haga algo diferente" puede ser utilizada en una amplia variedad de casos, en parte porque el enunciado no es específico. Puesto que no se prescribe una acción en particular, las personas pueden elegir entre una muy amplia gama de modos posibles de cooperar. Además, el enunciado puede ser fácilmente adaptado por el terapeuta para que se ajuste a los rasgos específicos de un caso. Otra clara ventaja consiste en que, para emplear estas fórmulas, el terapeuta no necesita saber específicamente qué es lo que las personas ya han hecho; es decir que la queja puede estar construida con vaguedad. Esto es muy bueno, puesto que a algunas personas les resulta muy difícil ser concretas al describir sus propias conductas en las sesiones de terapia.

La llave maestra "haga algo diferente" se ajusta a situaciones particulares y sin embargo, es tan general que puede ser transferida de situación a situación sin grandes variaciones. Las quejas parecen tener una estructura muy similar en situaciones múltiples. Un pequeño cambio "espontáneo" en respuesta a una indicación generalizada "haga algo diferente" puede impulsar las soluciones. Es muy frecuente que el terapeuta no pueda predecir qué respuestas diferentes surgirán espontáneamente en las personas. En términos simples, las soluciones

involucran hacer algo diferente de lo que se ha hecho antes y que no dio resultado (de Shazer, 1986).

4.4. Expectativas de cambio

En cuanto el terapeuta ha creado o contribuido a crear expectativas en el sentido de que las cosas van a ser diferentes, lo que sigue en importancia es lo que la persona espera que cambie cuando el motivo de queja haya desaparecido. Es decir que lo que nosotros esperamos que ocurra influye sobre lo que hacemos; por lo tanto, si esperamos que suceda algo diferente, tiene sentido hacer algo diferente. Lo que uno específicamente quiere que ocurra podría no suceder, pero ya que hemos hecho algo diferente, por lo menos también será diferente lo que sucederá, y en consecuencia nos dejará algo más satisfactorio. Lo que la persona elige está determinado por las cosas que él desea que sean diferentes cuando su motivo de queja haya quedado resuelto.

En algunos pocos casos, una solución puede desarrollarse espontáneamente, incluso aunque la queja esté vagamente definida y falten metas detalladas o ideas específicas sobre lo que será diferente después de solucionada. Lo que parece esencial en este punto es que las soluciones se desarrollan cuando el terapeuta y la persona pueden construir la expectativa de un cambio útil y satisfactorio. La expectativa de cambio o la construcción de un futuro diferente que se destaque del presente (de Shazer, 1978). El modo más útil de decidir qué se tiene que hacer para obtener una solución consiste en conseguir que la persona describa "lo que hará de manera distinta", o el tipo de cosas diferentes que sucederán cuando el problema quede resuelto, creando de este modo la expectativa de un cambio benéfico. El lenguaje de la persona mientras describe algunas alternativas futuras y los detalles de las diferencias posteriores a la solución parecen más importantes que los detalles sobre la queja. Con futuros alternativos posibles en mente,

la persona puede unirse al terapeuta en la construcción de un conjunto viable de soluciones (de Shazer, 1986).

4.5. Construcción de soluciones

Los terapeutas necesitan partir de determinados supuestos sobre cómo se construyen las quejas y sobre la naturaleza de las soluciones para llevar a cabo su tarea.

Supongamos que el terapeuta asume que los síntomas ejercen una función sistémica: mantienen junta a la familia. En este caso, trazará un mapa que sugiera de qué manera puede mantenerse esa misma función sin que esté presente el síntoma. Sin embargo, si el terapeuta supone que un síntoma no es más que un caso de mala suerte y no sirve para función alguna, entonces trazará un mapa distinto que sugerirá la eliminación del síntoma sustituyéndolo por lo que podría haber sucedido si hubiera habido cierta buena suerte.

Las quejas implican una conducta ocasionada por la visión del mundo de la persona. Para poder desarrollar soluciones, puede ser útil pensar como si las quejas se desarrollaran de la siguiente excesivamente simplificada manera. El primer paso imaginario para construir una hipotética queja parece relativamente pequeño, pero sus consecuencias pueden ser bastante considerables. Si la gente se dice a sí misma: O me comporto de la manera A o me comporto de la manera no A. Por la razón que sea, A parece ser la decisión (lógica, mejor o única) correcta. En consecuencia, cualquier otra cosa (todo no A) se elimina indiscriminadamente y se excluye. Esto es, la conducta de la primera parte de la alternativa, A, parece como si formara una clase por sí misma, mientras que el conjunto de conductas de la segunda parte de la alternativa, no A, parece como si lo formaran todas las clases restantes (todas las otras clases menos A) de conducta que podrían haberse elegido.

Es como si las quejas se mantuvieran por la idea de la persona de que lo decidido por él respecto de la dificultad original fuera la única cosa lógica y correcta que pudiera hacerse. En consecuencia, la persona se comporta como si estuviera atrapada y obligada a hacer siempre más de lo mismo, porque queda naturalmente excluido a elegir cualquier otra conducta, rechazada y prohibida, de las posibles en la segunda parte de la alternativa supuesta.

Nota importante: en todos los casos, los aspectos de la situación que quedan excluidos en la descripción que la persona hace de la queja son potencialmente útiles para diseñar intervenciones y llegar a soluciones. Por ejemplo, en personas que frecuentemente se quejan de sentirse deprimidos:

1. Algunos serán inmediatamente capaces de describir los aspectos conductuales de esta sensación, mientras que otros lo consideran difícil o imposible;
2. Algunos se centrarán en los aspectos involuntarios;
3. Algunos describirán fácilmente a otras personas significativas, que intentan darles ánimos (en ocasiones empeorando las cosas);
4. Otros consideran difícil describir esto y, en cambio, se lamentan del hecho de que personalmente tienen buenas razones para estar deprimidos.
5. Y otros se deprimen por algo que están seguros que ha de suceder (o no suceder) en el futuro.

Aunque no hay una relación uno a uno entre los componentes excluidos de la construcción de las quejas y la construcción de soluciones, sin embargo, todo aquello que las personas enfatizan intensamente sugiere posibilidades. Por ejemplo, si está claro que la queja sólo se presenta en un lugar concreto, entonces las asignaciones de tareas, en particular todo lo que tenga que ver directamente con las conductas relativas a la queja, pueden programarse para que tengan

lugar en otra parte, lo cual garantiza cierta mínima diferencia. Por ejemplo, si una pareja dice que sus peleas ocurren únicamente en la cocina, el terapeuta puede sugerirles que la próxima pelea sea en la sala. Hay muchas probabilidades de que un lugar distinto produzca una conducta distinta. Así, cada persona construye la realidad de la queja combinando una serie de factores, y el terapeuta construye soluciones a partir tanto de los factores conocidos como de lo que puede excluirse.

Dada la complejidad de la construcción de la queja, parecería razonable que las soluciones se correspondieran con esa complejidad. Sin embargo, las intervenciones y soluciones sólo requieren encajar dentro de las limitaciones que impone la queja, de una manera muy semejante a como una llave maestra encaja en los límites de distintas cerraduras (de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986).

4.6. Escalas

Las escalas están destinadas primariamente a facilitar el tratamiento. Se emplean no sólo para "medir" la propia percepción de la persona, sino también para motivar, alentar y aclarar los objetivos, las soluciones y todo lo que pueda ser importante para cada persona individual. Al utilizar escalas, se puede tomar toda una cosa confusa y convertirla a un número; entonces se vuelve real y concreta.

Las escalas permiten tanto al terapeuta como a la persona utilizar la manera como funciona el lenguaje naturalmente, desarrollando un término acordado (por ejemplo, 6) y un concepto (por ejemplo, en una escala en la que 10 representa la solución y 0 el punto de partida, 6 es claramente mejor que 5. Puesto que no se puede estar absolutamente seguro de lo que otra persona quiere decir al utilizar una palabra o un concepto, las preguntas que incluyen escalas permiten que el

terapeuta y la persona construyan conjuntamente un puente, una manera de hablar de las cosas que son difíciles de describir: incluso el progreso hacia la solución de la persona.

Las escalas proporcionan una manera de interpretar creativamente, empleando los números como un modo de describir lo indescriptible, y de tener sin embargo cierta certeza de que se está realizando el trabajo terapéutico.

Las preguntas que implican una calificación numérica fueron desarrolladas en principio para ayudar al terapeuta y a la persona a hablar sobre temas no específicos y vagos que incluían estados anímicos tales como la "depresión" y cuestiones no claras tales como la "comunicación". Con excesiva frecuencia, las personas hablan de este tipo de temas como, o bien uno está deprimido o no lo está ó los miembros de una pareja se comunican entre sí o no se comunican. Sin embargo, afortunadamente, las cosas no son tan claras.

Hasta las personas que dicen que estuvieron deprimidas durante años normalmente pueden describir los momentos (minutos, horas, días) en los que estaban menos deprimidas. Al desarrollar una escala, la gama de sentimientos de depresión, así como la de dificultades y la de progreso, se descomponen en pasos más o menos discretos. Por ejemplo, si se establece una escala en la cual 0 representa la mayor depresión que ha sentido la persona en las últimas semanas (o mejor aún, 0 representa cómo se sentía la persona en el momento en que decidió telefonar buscando ayuda terapéutica) y 10 representa el día después de que el problema (o los problemas) que lo llevaron a hacer terapia se resuelven milagrosamente lo cual incluye sentirse libre de sentimientos depresivos o, por lo menos, no advertir ningún sentimiento depresivo y por lo tanto ser capaz de hacer algo que actualmente se considera incapaz de realizar, entonces cualquier calificación por encima de 0 dice, no sólo que la dificultad es menos molesta, sino también que las cosas ya están mejor y que se ha hecho un progreso hacia la solución. En esta situación, la solución,

independientemente de lo vaga e inespecífica que sea la manera de describirla, es no sólo la ausencia de sentimientos depresivos, sino que es, más bien, la obtención de 10. Los números permiten esta doble significación simultánea que no llega a ser ni ambigua ni contradictoria. Es decir, un 6 significa simultáneamente que la persona ha avanzado el 60% del camino hacia la solución y que su dificultad es un 60% menos abrumadora. De ahí que su problema ejerza sólo el 40% de la "influencia" que ejercía al principio.

En varios momentos durante la sesión, las escalas se utilizan para ayudar a la persona a determinar diferencias, a comparar y contrastar los diversos aspectos de su situación y a establecer cómo serían las cosas cuando se construya la solución. Las escalas no sólo se utilizan en este sentido durante la entrevista, sino que a veces pueden emplearse como parte de una tarea para realizar luego en el hogar.

Las escalas se utilizan para establecer distinciones entre el domingo y el período comprendido entre el lunes y el martes, y para que la persona pueda ver cómo cambiaron las cosas entre el domingo y el lunes. Si la situación comenzó a mejorar y alcanzó la posición 5. Todo el intervalo transcurrido forma parte del proceso de construir un progreso. Como siempre es posible que haya días en los que las cosas estén más cerca de 0 que de 10, la cuestión es, cómo recuperarse de un mal día (de Shazer, 1999).

5. Proceso y Procedimientos de la Terapia Centrada en el Problema

La Terapia Centrada en el Problema es una intervención terapéutica generalmente breve, orientada a la extinción de los síntomas y a la resolución del problema o de los problemas presentados por la persona o personas. Este planteamiento, no se reduce a una terapia superficial

sintomática, sino que es una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad.

Se parte de la certeza de que la resolución de los problemas requiere la ruptura del sistema circular que mantiene la situación problemática, la redefinición de la situación y la resultante modificación de las percepciones y de las concepciones del mundo que impulsan a la persona a respuestas disfuncionales.

Desde esta perspectiva, el recurso de informaciones acerca del pasado o acerca de la denominada historia clínica la persona representa sólo un medio para poder disponer de las mejores estrategias de resolución de los problemas actuales, y no un auténtico procedimiento terapéutico como es en el psicoanálisis.

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

- a) qué sucede en tres clases de interacciones: la persona consigo mismo, con los demás y con el mundo;
- b) cómo funciona el problema en este sistema relacional;
- c) cómo la persona ha intentado, resolver el problema (soluciones intentadas);
- d) cómo se puede cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y eficaz.

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

Si el tratamiento funciona, se observa, una reducción de los síntomas, desde las primeras etapas del tratamiento, así como un cambio progresivo en las maneras como la persona se percibe a sí mismo, a los demás y al mundo (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974). Se pueden resumir sus fases de la siguiente manera:

- 1) Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica.
- 2) Definición del problema
- 3) Acuerdo con la persona sobre los objetivos de la terapia.
- 4) Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema.
- 5) Programación terapéutica y estrategias de cambio.
- 6) Conclusión del tratamiento (Nardone y Watzlawick, 1992).

5.1. Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica

El primer contacto con la persona constituye un momento muy importante para el tratamiento, y esto puede ser desde el momento en que esta se comunica para pedir informes. En esta fase de apertura de la terapia, el primer objetivo es crear una relación personal que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva. Por ello, la primera estrategia consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje de la persona. Esto quiere decir que debe adaptar su lenguaje y sus acciones a las "imágenes del mundo" y al estilo comunicativo de la persona. Por ejemplo, si esta es una persona racional y utiliza para comunicarse categorías lógicas, el terapeuta deberá hablar y actuar en términos extremadamente lógicos y racionales, dejando de lado la fantasía; mientras que si se encuentra ante una persona imaginativa, fantasiosa o poética deberá hablar en términos imaginativos, creativos y poco relacionados con categorías rígidamente lógicas. Esta maniobra inicial es justamente lo contrario de lo que usualmente sucede en psicoanálisis, donde es la persona quien debe aprender el lenguaje y las teorías psicoanalíticas para ser introducido y poder iniciar el tratamiento.

Este primer paso es fundamental porque sólo aceptando aquello que la persona nos ofrece y hablando su mismo lenguaje, se logra establecer el clima de contacto interpersonal y de sugestión positiva que hace posible manejar la situación. Un buen terapeuta, en su primer contacto

con la persona debe hacer más o menos lo mismo, aunque con el fin positivo de inducirlo a una gran motivación y confianza, sugestionarlo de un modo positivo y conducirlo, sin que deba renunciar a sus creencias, a llevar a cabo, en el transcurso de la terapia, acciones que incluso son totalmente contrarias a sus concepciones actuales (Nardone y Watzlawick, 1992).

5.2. Definición del problema

En segundo lugar hay que aclarar de un modo concreto el problema y las pautas de interacción que lo mantienen. Desde la primera sesión, el terapeuta debe centrar el problema basándose en la observación de la persona y de la explicación que ella hace de su problema del modo más claro y definido posible, de forma que se puedan identificar concretamente las acciones del problema actual. A veces, esto no es fácil de realizar en poco tiempo, porque las personas son generalmente vagas en la descripción de sus problemas y resulta necesario profundizar bien en el conocimiento de la realidad que vive el sujeto, antes de poder definir el problema junto con él y pasar a la siguiente fase del tratamiento.

Una vez conseguida una definición clara y concreta del problema, resulta mucho más fácil hallar una solución más rápida y eficaz. El tiempo, por tanto, que aparentemente se pierde en la fase de determinación del problema se recuperará en la fase operativa.

En cuanto a la definición y valoración del problema presentado, el terapeuta debe tener en cuenta algunas características generales de los problemas humanos que permitan analizar mejor la situación específica ante la cual se halla.

Existen tres categorías generales de problemas en las personas:

a) la interacción entre el sujeto y sí mismo;

- b) la interacción entre el sujeto y los demás.
- c) la interacción entre el sujeto y el mundo (el ambiente social, los valores y las normas que existen en el contexto en medio del cual vive la persona).

Con sólo que una de estas tres categorías de interacción no funcione bien, las demás dejarán de funcionar correctamente. Las tres áreas de relación, interactúan entre sí y se influyen recíprocamente.

Pero lo importante, es observar cómo funciona esta circularidad y si una de las tres dimensiones afecta más directamente a la persona, porque, en tal caso, ésta habrá de ser la primera área de intervención a través de la cual se modificará todo el sistema perceptivo-reactivo, típico de la situación problemática de la persona.

Para ello, al definir concretamente el problema, el terapeuta debe hallar la respuesta a la siguiente serie de preguntas que representan una orientación:

¿Qué pautas de comportamiento habitual de la persona se observan?

¿Qué identifica la persona como su problema?

¿De qué modo se manifiesta el problema?

¿Con quién se manifiesta el problema, o bien no aparece?

¿Cuándo se manifiesta normalmente?

¿Dónde y en qué situaciones?

¿Con qué frecuencia e intensidad se manifiesta?

¿En qué contextos aparece?

¿Qué se ha hecho, y qué se ha hecho correctamente (ya sea solo o con otros) para resolver el problema?

¿Para qué sirve? ¿Cuál es su función? ¿A quién o qué beneficia? ¿A quienes perjudica?

¿Quién podría resultar dañado por la solución del problema?

Ya aclaradas estas preguntas, el terapeuta podrá poner en práctica con éxito las estrategias con el fin de romper el círculo vicioso de acciones que mantienen el problema (Nardone y Watzlawick, 1992).

5.3. Acuerdo de objetivos terapéuticos

La definición de los objetivos de la terapia, puede parecer como algo obvio, pero representa algo muy importante que ejerce dos funciones:

a) Por una parte, ésta es una buena guía metodológica para el terapeuta, con una serie de objetivos por alcanzar gradualmente que garantizan una verificación progresiva y el control del trabajo.

b) Representa para la persona una sugestión positiva, en cuanto a la negociación y al acuerdo acerca de la duración y los fines de la resolución del problema, además poseen el poder de reforzar y aumentar su colaboración y confianza en el éxito terapéutico.

Al ser establecido el objetivo o la meta a alcanzar por el terapeuta y el cliente, se trasmite a éste el siguiente mensaje: Creo que puedes y que eres capaz de solucionar tu problema. Este tipo de mensaje, ejerce una sugestión intensa en dirección al cambio y moviliza normalmente en la persona fuertes reacciones positivas de colaboración. A este respecto, los experimentos de Rosenthal (1966) sobre el efecto que ejerce la expectativa del experimentador en la conducta de los sujetos del experimento, demuestran el enorme poder que pueden tener las expectativas que una persona transmite a otra con relación a su conducta y a sus posibilidades. Estos experimentos demuestran también que, si dichas expectativas son positivas y confiadas, pueden mejorar bastante la capacidad del sujeto en la ejecución de las pruebas exigidas. Por último, al acordar los objetivos y al programar la terapia, es muy importante también que el terapeuta construya una escala gradual y progresiva de pequeños objetivos, que den la sensación a la persona de que el tratamiento no es demasiado urgente. No hay que

hacer sentir a la persona un impulso excesivo hacia el cambio, sino que hay que dar la impresión de que se trata de una acción sistemática y precisa, con objetivos concretos por alcanzar que no han de parecer excesivamente urgentes. De otro modo existe el riesgo, dando la impresión de querer ir muy deprisa, de desviar el tratamiento.

De hecho se ha observado que, si se pide ir despacio, se obtiene paradójicamente una mayor velocidad en la promoción de cambios, mientras que, si se pretende acelerar demasiado, se obtiene mayor resistencia y la reducción en el proceso del cambio o hasta la suspensión de una terapia que provoca temor (Nardone y Watzlawick, 1992).

5.4. Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema

Después de definir claramente el problema, será necesario observar con precisión la forma en que se sostiene el problema y buscar entre los factores que lo mantienen, el que será considerado como punto focal de intervención para así obtener mayores probabilidades de éxito. Muchas veces los mismos intentos de resolver el problema precisamente lo sostienen. La solución repetidamente intentada del problema inicial se convierte así en el verdadero problema. En estos casos para producir rápidamente el cambio, hay que intervenir acerca de las soluciones inadecuadas utilizadas por la persona para resolver el propio problema. Con este fin, el terapeuta debe identificar la solución fundamental y recurrente puesta por la persona e intervenir directamente en ella.

Otro importante foco de la valoración, en esta fase de la terapia, está representado por la cuidadosa valoración de las interacciones sociales que pueden influir en las soluciones ensayadas por la persona o añadirse a ellas. Esto es importante para ver si es necesario intervenir directamente sobre estas secuencias interpersonales, además de

sobre las soluciones ensayadas, o si ha de ser más ventajoso intervenir sólo en la reorganización del sistema relacional supuesto, dejando de lado las soluciones ensayadas por el sujeto que quedarían sometidas al cambio del sistema en conjunto (Nardone y Watzlawick, 1992).

6. Programación Terapéutica y Estrategias de Cambio de la Terapia Centrada en el Problema

La terapia debe adaptarse al cliente y no el cliente a la terapia. Sobre esta afirmación, el terapeuta, al preparar las estrategias, se basará a las técnicas ya utilizadas con éxito en aquel tipo concreto de problema, pero partiendo de las características propias del cliente seleccionará o construirá los procedimientos para aquel caso determinado. Por ejemplo, la misma estrategia general deberá cambiar radicalmente según se aplique a un sujeto perteneciente a un grupo social o cultural de bajo nivel, o a un sujeto de alto nivel social o cultural. Además que tendrá que ser diversa según se aplique a una persona sumamente fantasiosa y poética o a una persona bastante racional. Además, si una estrategia no funciona, deberá ser sustituida, o complementada rápidamente por otros recursos terapéuticos. Es muy provechoso centrar la atención de la persona en cambios aparentemente triviales, en pequeños detalles de la situación.

Se busca con ello no dar la sensación a la persona de que se le somete a exigencias excesivas en lo que se refiere a la percepción de sus propios recursos personales, evitando así una posible resistencia suya al cambio.

Estas acciones mínimas, seleccionadas por el terapeuta, deben ser estrategias indirectas o encubiertas que han de producir un cambio mucho mayor que el que prevé la persona porque, dentro de un sistema, incluso el cambio de un pequeño detalle produce según las

leyes propias de la teoría de los sistemas, un desequilibrio y una modificación en el interior del sistema. El pequeño cambio, de hecho provoca una reacción en cadena de modificaciones en el interior del sistema que se ordenan a la búsqueda del reequilibrio del sistema. Cuando mediante una progresión de pequeños cambios, el terapeuta ha conducido a la persona a la modificación de sus acciones disfuncionales y de sus "imágenes del mundo", la terapia ha alcanzado su objetivo.

La eficacia de una estrategia depende mucho del marco de sugestión con que se la presenta a la persona, para inducirla a una gran y a veces involuntaria colaboración terapéutica, esto es, a una predisposición para el cambio. Es éste un factor que es determinante en terapia. Para crear un ambiente de sugestión y carisma, el terapeuta ha de aprender a utilizar el lenguaje imperativo y actos verbales que denotan acción. Esta particular forma sugestiva de comunicación se define como hipnoterapia sin trance (Nardone y Watzlawick, 1992).

6.1. Lenguaje terapéutico

Aprender a hablar el lenguaje de la persona

El primer procedimiento que realizará el terapeuta en las sesiones, será la adopción de un estilo de comunicación en la Terapia Centrada en el Problema.

Esta técnica comunicativa proviene de la hipnosis ericksoniana.

Milton Erickson pasó al lenguaje terapéutico modalidades comunicativas utilizadas por él para la provocación del trance. En la inducción hipnótica, podemos ver que se va asumiendo el estilo perceptivo y comunicativo del sujeto, tomando de una forma lenta y progresiva el control hasta inducirlo a abandonarse y caer en trance.

Bandíer y Grinder (1975) definen esta estrategia comunicativa como la técnica del calcado. Dichos autores habían estudiado esta forma de comunicación en el comportamiento terapéutico de Milton Erickson.

Observaron que éste adoptaba, en los primeros contactos con sus personas, su mismo lenguaje y sus mismas formas de representarse la realidad e incluso su lenguaje no verbal, de modo que les hacía sentirse en total comodidad para asumir poco a poco el poder de influir decisivamente en ellos con sus sugerencias y prescripciones.

El poder y la eficacia de esta técnica de persuasión no son un descubrimiento de Erickson. Aristóteles, por ejemplo, en su *Retórica para Alejandro*, afirmaba de acuerdo con los sofistas, que si se quiere persuadir a alguien hay que hacerlo por medio de sus mismos argumentos.

La psicología experimental, por su parte, ha demostrado hace tiempo la existencia de una predisposición en los seres humanos a sentirse atraídos y sufrir el influjo de las cosas que ven como semejantes o familiares a ellos mismos (Cialdini, 1984).

Teniendo en cuenta estos datos, es evidente que en psicoterapia es importante utilizar una técnica comunicativa que permita hallarse rápidamente en disposición de influir en el comportamiento de los demás. Las personas piden sentirse influidos para cambiar su situación problemática actual, pero normalmente oponen inconscientemente cierta resistencia al cambio. Con esta estrategia de comunicación, la posible resistencia disminuye.

Una condición para que este procedimiento comunicativo produzca tales efectos es que se ponga en práctica con gran naturalidad y sin que parezca ser una maniobra engañosa; de otra forma puede producir el efecto contrario al deseado, porque las personas creen que se les está faltando a la consideración y oponen mayor resistencia. Por ello, el terapeuta ha de adiestrarse bien para utilizar esta técnica.

Si una persona aprende a adaptar su lenguaje a diversas situaciones, contextos y estilos personales, aprende también a desplazar continuamente su punto de vista de la realidad. Siendo esta una ventaja esencial para poder ser capaz de resolver una gran variedad de problemas humanos.

Evitar las formas lingüísticas negativas

En la terapia, el uso de frases o enunciados negativos refiriéndose a la conducta o las ideas del cliente, tienden a culpabilizarlo y a producir reacciones de resistencia y rechazo.

Teniendo en cuenta esto, en terapia, en lugar de criticar y negar la actuación de la persona, aun cuando sea ésta absolutamente errónea o disfuncional, resulta mucho más eficaz gratificar a la persona y, por medio de esta gratificación, impartir órdenes orientadas a la modificación de su conducta. Por ejemplo: ante unos padres extremadamente protectores, que con sus cuidados familiares castradores no han hecho más que llevar al hijo a la inseguridad, la maniobra del terapeuta ha de consistir en felicitarles y darles satisfacción por los grandes esfuerzos que han hecho al ocuparse de un hijo tan problemático y por los grandes sacrificios vividos para protegerlo de tantos posibles peligros que ofrece el mundo diciéndole: *Así como hasta ahora lo han hecho bien, de ahora en adelante lo van ha hacer todavía mejor. Estoy seguro de que van a encontrar la manera de que él asuma ahora su responsabilidad.* Y aquí el terapeuta prescribirá acciones y comportamientos claramente contrarios a la conducta precedente de los padres. De este modo, en lugar de culpabilizar a ambos padres por su error educativo y por su protección castradora diciéndoles: no hagan esto, no hagan aquello, están haciendo mal esto y aquello, etc., se utiliza la intervención transformándola, mediante una modificación en forma positiva y una prescripción directa, pensando en una conducta educativa correcta y funcional que llevará a la resolución del problema.

En este ejemplo, el procedimiento terapéutico mezcla tres técnicas diversas: la evitación de las formas negativas, la reestructuración y la prescripción. Por lo común, esta maniobra produce participación y colaboración orientadas al cambio, aun en sujetos sumamente desconfiados o rígidos, y sobre todo no provoca reacciones negativas provenientes de la culpabilización de la persona con relación a sus

propias acciones. El hecho de que sus acciones sean disfuncionales es algo implícito en la petición de ayuda, por lo que no hace falta que el terapeuta lo ponga de relieve (Nardone y Watzlawick, 1992).

6.2. Reestructuración

"La reestructuración es una de las más sutiles técnicas de persuasión. Reestructurar quiere decir codificar de nuevo la percepción de la realidad de una persona sin cambiar del significado de las cosas, aunque sí su estructura. No se cambia el valor semántico de lo que la persona expresa, sino que se cambian los marcos en los que se inserta este significado. Si se cambia el marco se cambia también, de manera indirecta el significado mismo. Y esto es así porque poniendo un mismo suceso dentro de contextos diversos y mirándolo desde perspectivas diversas, el suceso cambia por completo de valor" (Nardone y Watzlawick, 1992).

Cuando se reestructura una idea o una concepción que tienen las personas, no se discute la idea o la concepción, sino que se proponen diversos enfoques y perspectivas de estas. No se hace un cambio en el contenido del cuadro, sino solo en el marco, aunque cambiando el marco se altera el contenido mismo del cuadro.

Las reestructuraciones pueden ser actos comunicativos puramente verbales, o también determinadas acciones del terapeuta que conduzcan a la persona a un desplazamiento de su perspectiva. También se pueden producir efectos de reestructuración mediante prescripciones de comportamiento.

La reestructuración tiene diversos niveles de complejidad, abarcando desde simples definiciones cognoscitivas de una idea o de un comportamiento hasta complicadas reestructuraciones paradójicas, pasando por el uso de metáforas y sugerencias evocativas.

La reestructuración en su forma verbal, es la maniobra central de todas las formas de psicoterapia, que tiene que ver con el hecho de tener que

cambiar "la imagen del mundo" de la persona en tratamiento, resultando ser el factor común de todas las intervenciones terapéuticas.

6.3. Paradojas

La paradoja puede definirse como *una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes*.

Existen tres tipos de paradojas:

- 1) Paradojas lógico matemáticas (antinomias)
- 2) Definiciones paradójicas (antinomias semánticas)
- 3) Paradojas pragmáticas (instrucciones paradójicas y predicciones paradójicas) (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981).

El uso de la paradoja y la comunicación paradójica

La paradoja, es un tipo de trampa lógica en la que choca toda la lógica racionalista. Aplicada al contexto terapéutico, la paradoja posee la propiedad de alterar los círculos viciosos y recurrentes de soluciones ensayadas, que la persona presenta de forma obstinada, por la simple razón de que pone en crisis el sistema previo de percepciones de la realidad y reacciones ante ella.

Los que formularon sistemáticamente la función de la paradoja en la formación y en la solución de los problemas fueron Bateson y su grupo. Observaron que la comunicación paradójica se hallaba en la raíz misma de la constitución de las patologías psiquiátricas y que, recurriendo a ella, se podía intervenir eficazmente en dichas problemáticas.

Existen diversas maneras de utilizar las paradojas en terapia, que van desde *prescripciones paradójicas*, a las formas de *acciones y comunicaciones paradójicas*.

En la comunicación terapéutica, cuando uno se halla frente a una situación mental obstinadamente rígida y obsesiva, en lugar de oponerse a ella más bien hay que apoyarla, llevándola en su intensificación hasta la exasperación y a un punto tal que se anula por sí sola. El mecanismo es el mismo que está presente en la intervención de prescripciones del síntoma. Se pone en acción el poder desestructurante de la paradoja provocando deliberadamente en el diálogo, los mecanismos distorsionados con los que la persona percibe la realidad.

Y así, igual como el intento de estar voluntariamente contentos genera depresión y el esfuerzo por dormirse mantiene despierto, el llevar a la persona a realizar intencionalmente, con el refuerzo de la actitud del terapeuta, aquellos procesos mentales distorsionados y aparentemente incontrolables hace que éstos, perdiendo su espontaneidad, pierdan también el valor de síntoma y desaparezcan (Nardone y Watzlawick, 1992).

6.4. Prescripciones paradójicas

Al presentarse problemas de tipo espontáneo e inevitable, como por ejemplo, conductas obsesivas o compulsivas, resulta muy eficaz la prescripción del comportamiento sintomático, ya que de esta manera se coloca a la persona en una situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable y que siempre ha intentado evitar. También en este caso, la ejecución voluntaria del síntoma anula al síntoma mismo, que en calidad de tal ha de ser algo espontáneo e incontrolable.

Por ejemplo, ante una persona con manifestaciones de rituales nocturnos, como son tener que controlar repetidas veces que las llaves

del gas o del agua estén cerradas, o tener que colocar de un modo siempre igual y exacto los zapatos antes de dormir, se le puede prescribir: a) hacer todas las noches, voluntariamente y con mucha atención, la mímica de cerrar los grifos y las llaves de paso del gas y del agua un número determinado de veces con cada una de las manos; b) poner los zapatos como siempre los había puesto, pero invirtiendo la dirección de la punta. Las prescripciones paradójicas, igual que las indirectas, poseen un gran poder de evitación de la resistencia y por ello son de gran utilidad en la primera fase de ruptura del sistema que controla el problema.

Para que las prescripciones, en todas sus formas, puedan ponerse en práctica y resulten eficaces, se requiere estudiarlas atentamente y presentarlas a la persona como verdaderas y auténticas órdenes hipnóticas, recurriendo a las técnicas de comunicación terapéutica descritas anteriormente. Se considera indispensable, para la eficacia en psicoterapia, del empleo de un lenguaje hipnótico o directivo. De otra forma, las personas raras veces ejecutan las prescripciones, en especial las indirectas y paradójicas. Por consiguiente, las prescripciones deben ser impuestas en un lenguaje pausado y medido, repitiendo varias veces el imperativo, y han de presentarse a la persona en los últimos momentos de la sesión.

Igual que en la inducción hipnótica, cuanto más logre el terapeuta cargar con sugestión la prescripción, tanto mejor será puesta ésta en práctica y mayor será su eficacia.

Las prescripciones pueden formularse según diversas modalidades y abarcar las más diversas clases de acciones: simples tareas que han de realizarse en casa, rituales complicados, o acciones que aparentemente nada tienen que ver con el problema presentado por la persona. Lo importante es que el terapeuta, al dar las prescripciones, se esfuerce en encontrar de manera creativa el punto que permitirá la disolución de la pauta disfuncional. Es muy importante aclarar que después de haber realizado cada una de las prescripciones, hay que

proceder siempre a redefinir el resultado y a felicitar a la persona por la capacidad que ha demostrado. Se le hace tomar conciencia del hecho de que los problemas que le parecían no tener solución pueden superarse con cierta comodidad y que él mismo lo ha demostrado con las acciones que ha llevado a cabo (Nardone y Watzlawick, 1992).

6.5. Uso de la resistencia

Muchas personas comienzan una psicoterapia, al parecer no para resolver un problema y cambiar ellos mismos durante el proceso, sino para derrotar al experto y demostrar así que el problema no puede ser resuelto, mientras que al mismo tiempo suplican por una ayuda inmediata (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976). Una de las técnicas utilizadas para hacer frente a esta y a otras situaciones es el aprovechamiento terapéutico de la resistencia.

Se procede creando un *doble vínculo* terapéutico, que se manifiesta colocando a la persona en una situación paradójica, en la que su resistencia o su rigidez para con el terapeuta, llegue a ser una prescripción y sus reacciones un avance en la terapia. De modo que la función prioritaria de la resistencia queda anulada mientras que se utiliza su fuerza para promover el cambio; la resistencia prescrita de hecho, deja de ser resistencia y se convierte en cumplimiento, como en el siguiente caso de una persona difícil y desconfiada, a quien el terapeuta dice:

Usted tendría buenas posibilidades de resolver su problema y existen técnicas específicas para ello. Pero, dadas las circunstancias y sus características personales, creo que usted no será capaz de resolverlo.

De esta forma, la persona que se oponía al tratamiento se ve puesto en una situación paradójica. Por lo general, la reacción de la persona es de una agresividad que no expresa hacia el terapeuta, que se manifiesta en la realización de aquello que el terapeuta ha declarado

que él no es capaz de hacer. Pero el caso es que todo esto lleva a la colaboración terapéutica y a la anulación de la misma resistencia.

Igual como en el jiu jitsu se utilizan las palancas y la fuerza del adversario para ponerlo fuera de combate, también en esta técnica se utiliza la fuerza de la resistencia al cambio en dirección al cambio.

Los hipnotizadores expertos usan esta estrategia cuando reestructuran la resistencia del sujeto en forma de sugestión para lograr el trance.

"Por ejemplo, ante un sujeto que expresa resistencia a ponerse en trance moviendo los dedos de una mano o moviendo una pierna, el hipnotizador experto responderá: *Muy bien, su mano (o su pierna) responde, ahora comenzara a moverse más rápidamente, hasta que sentirá un gran cansancio y muchas ganas de descansar, etc.* De este modo redefine la resistencia y orienta su fuerza en dirección a la inducción del trance" (Nardone y Watzlawick, 1992).

6.6. Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico

Una forma de minimizar la resistencia es mediante una forma especial de comunicación en la cual la persona no es sometida a críticas u opiniones acerca de su modo de pensar o de comportarse. El mensaje que se envía llega en forma oculta y bajo la apariencia de metáfora. Por ejemplo, se puede comunicar a un sujeto fóbico-obsesivo el funcionamiento del mecanismo negativo del estar examinándose constantemente, aumentando así la angustia hasta el ataque de pánico narrando el cuento del ciempiés *el cual, cuando se detuvo a pensar cuán difícil era andar de forma ordenada y elegante con cien pies al mismo tiempo, ya no supo andar más.* Después se puede exhortar al sujeto a probar el siguiente ejercicio:

Ahora, cuando salga de aquí, haga como el ciempiés: cuando baje las escaleras, concéntrese pensando en lo difícil que es ir bajándolas, mantener el equilibrio paso a paso, poniendo el pie en el lugar

adecuado. Generalmente, cuando se hace esto, la gente comienza a tropezar y ya no sabe andar. Este tipo de mensaje sugestivo es de mucha más eficacia que cualquier explicación científica precisa para producir en el sujeto sensaciones y emociones que abren un camino en su rígida percepción de la realidad y su reacción ante ella.

Utilizando esta técnica se dan sugerencias dentro de un relato o son comunicadas en forma metafórica, de modo que no implican directamente a la persona, pero tales sugerencias, con su gran poder evocador, están destinadas a romper el repetido sistema conceptual y conductual de la persona.

En términos lingüísticos, el énfasis se pone en el poder sugestivo de estas formas de comunicación. Erickson, fue quien mostró los pasos para provocar, en terapia, este tipo de experiencia. Pasó a la psicoterapia lo que ya se hacía en hipnosis (Nardone y Watzlawick, 1992).

La forma en que observaba y escuchaba a un sujeto, así como también el modo en que le respondía, consistía en atender a los múltiples mensajes metafóricos que la gente comunica constantemente a lo largo de su interacción. Las directivas que daba a la gente que atendía no solían ser simples y directas, sino que incluían una variedad de analogías aplicables al problema de cada uno (Haley, 1980a).

Los publicistas, para mencionar otro ejemplo de la fuerza del lenguaje sugestivo para inducir a concepciones y comportamientos nuevos, conocen bien que en la campaña publicitaria de un producto, el primer trabajo fundamental que hay que hacer es la invención de un eslogan que evoque fantasías y sensaciones.

Existe un fascinante estudio hecho por el sociólogo David Phillips (1974, 1979, 1980) con la formulación del *efecto Werther*, en el cual demuestra que, inmediatamente después de la publicación y difusión de un suicidio, aumenta rápidamente la frecuencia de suicidios en aquellas zonas en las que el hecho ha obtenido gran repercusión, pero además, se presentó una impresionante semejanza entre las

condiciones del primer suicida famoso y las de quienes se suicidaban posteriormente, o sea: si el famoso suicida era anciano, aumentaban los suicidios de ancianos; si el suicida pertenecía a un determinado grupo social o a cierta profesión, aumentaban los suicidios en estas mismas situaciones.

Phillips ha demostrado que dicho efecto también funciona para otras acciones, como actos de violencia o, al contrario, actos heroicos. La condición previa es que sean actos que reciban publicidad y que el receptor sea una persona semejante, o se sienta semejante, al protagonista del episodio narrado.

Parece evidente, de acuerdo con este estudio, el poder sugestivo del mecanismo de proyección e identificación, y de su eficacia para provocar conductas de igualación o de superación por parte del receptor del mensaje que se sienta semejante al protagonista del suceso narrado.

Debemos tomar en cuenta el poder extraordinario que tiene la narración de anécdotas y relatos que tienen que ver con la problemática del cliente, ya que lo que nos interesa en terapia es provocar un cambio en la conducta en las personas. Las anécdotas y los relatos inducirán en las personas, a través de los mecanismos descritos, cambios efectivos en sus esquemas de acción de percepción y cognición (Nardone y Watzlawick, 1992).

6.7. Persuasión

De los diversos enfoques terapéuticos se pueden resumir esquemáticamente determinadas categorías de acción terapéutica, que se refieren a los dos modelos retóricos tradicionales (aristotélico racionalista y sofístico sugestivo) y que, en la práctica terapéutica, muestran expresiones contrarias.

1) La orientación retórico-persuasoria (aristotélico racionalista) de las terapias racionalistas y psicodinámicas basada en:

- El etiquetado diagnóstico propio del modelo asumido.
- El adoctrinamiento teórico-conductual
- La estructura del proceso terapéutico, rígidamente constituida por fases y ritos

2) La orientación retórico-persuasoria (sofístico sugestivo) de la Terapia Centrada en el Problema basadas en:

- Asumir el lenguaje, la posición de la persona o de su visión del mundo
- El uso de múltiples técnicas de comunicación persuasiva en las sesiones (sugestión directa o indirecta, uso de lenguajes metafóricos, actitudes y comportamientos no verbales, comparaciones cognitivas, dobles vínculos y paradojas comunicativas, uso de la metáfora, técnicas sugestivas de comunicación no verbal).
- Las ordenes de conductas a realizar fuera de la sesión (prescripciones conductuales directas, indirectas y paradójicas)

La primera orientación se refiere a que el cambio ha de ser lento y gradual, de acuerdo con una forma de persuasión basada en el convencimiento racional. Esta es una retórica idónea para las terapias de larga duración. Mientras que la segunda orientación, bastante pragmática y dirigida a la obtención de efectos rápidos de persuasión e influencia interpersonal, resulta idónea para terapias breves y focalizadas.

Se presentará a continuación una especie de clasificación de los procesos de influencia y de técnicas de persuasión que deben

utilizarse según sea el tipo de resistencia al cambio que presente la persona.

- Frente a personas colaboradoras, no rebeldes, no descalificadoras y con gran motivación al cambio, el tipo de retórica persuasoria idónea para guiarlos hacia el cambio y a la solución de sus problemas es la de tipo racional-demostrativo. Es decir, el procedimiento de volver a definir de manera lógico-racional las actitudes de la persona hasta llevarlo a un cambio consciente.

Desafortunadamente, esta categoría de personas, a las que puede aplicarse con efectos pragmáticos la retórica racionalista, es muy escasa.

- Frente a personas que quieren ser colaboradores, pero que no logran serlo, poseedores de una gran motivación y urgente necesidad de cambiar, algo que no consiguen ni siquiera en lo mas mínimo (éste es el caso de los problemas fóbicos y obsesivos agudos, en las que las personas quieren cambiar, pero no consiguen hacerlo, enredados o bloqueados en su propia sintomatología), la estrategia más idónea se basa en maniobras veladas, indirectas y muy cargadas de sugestión, las cuales consiguen que el sujeto cambie sin enterarse de que cambia. No puede pedirse a quien tiene miedo que venza racionalmente el miedo, pero se puede conseguir, recurriendo a estratagemas terapéuticas (prescripciones sugestivas indirectas y trampas conductuales), que experimente situaciones concretas libres de miedo, en condiciones hasta entonces vividas como terroríficas. Después de esta maniobra, el proceso terapéutico puede asumir criterios más racionales para guiar al sujeto hacia la recuperación consciente de sus recursos emotivos, cognitivos y conductuales.

- Frente a personas no colaboradoras, que incapacitan al terapeuta y que no observan sus indicaciones, la forma retórico-persuasoria que

resulta más eficaz es la que se basa en el uso de la resistencia y el recurso a maniobras y prescripciones paradójicas. Prescribir la resistencia y su cambio pone al sujeto renuente en la actitud paradójica de cumplir de todas maneras las indicaciones del terapeuta. Porque, si continúa oponiéndose a la terapia cumple con las prescripciones, y si se opone a las prescripciones cumple con la terapia. La resistencia prescrita se convierte en cumplimiento.

También en este caso, tras los primeros resultados terapéuticos obtenidos mediante un proceso de influencia y persuasión basados en la paradoja (retórica sofística), se procederá a una redefinición cognitiva del proceso terapéutico.

- Frente a personas incapaces tanto de colaborar como de oponerse de manera deliberada, que hablan de sí mismos y de sus problemas fuera de la realidad razonable (delirios, manías persecutoras, etc.), el terapeuta deberá entrar en la lógica de la representación exaltada y asumir sus códigos lingüísticos, evitando toda negación y descalificación de estas construcciones disfuncionales de la realidad. Al contrario, deberá seguir el curso de esta narración y añadir otros elementos a lo narrado por la persona, elementos que, no negando la representación de la persona, la orienten en otra dirección. Esta nueva orientación introducida por el terapeuta en la dinámica mental de la persona ha de conducir, si está bien calculada, a la destrucción de esta última. La introducción, en el interior de la lógica disfuncional de la persona de elementos que no la contradicen ni la descalifican pero que pueden orientarla hacia nuevas direcciones, acaba por llevarla a una completa reestructuración. Es como cuando ante una narración, en lugar de escribirla de nuevo desde el comienzo, cosa que supondría su cancelación, se opta por añadirle nuevos desarrollos, así, yendo en una dirección distinta a la anterior cancelan sin cancelar, y de este modo el presente es dominio de una nueva narración que el terapeuta ha introducido (Nardone, 1999).

6.8. Tareas directas

La tarea siempre deberá de ser tan sencilla como para que la familia o la persona pueda cumplirla, a menos que haya una razón especial para desear que fracase; si se quiere que se cumpla, a la gente sólo debe pedírsele aquello que su situación le permite realizar. El terapeuta debe ser capaz de decirles con seguridad: Esto es algo que pueden hacer fácilmente. La tarea también deberá adaptarse a la situación financiera y al tiempo disponible de las personas.

En la terapia que emplea directivas, estas se convierten en un tema de conversación para la familia, expulsando de esa función a sus problemas o a su pasado.

Una tarea puede ser simple si se imparte en una etapa en que el objetivo principal es intensificar la relación con el terapeuta; entre las que cumplen esta finalidad figuran: pedir a las personas que hagan una lista de los problemas, que se comporten de determinada manera durante la semana o que se reúnan a conversar a una hora fija.

Cuando se emplea un enfoque directivo es esencial negociar una definición clara del problema presentado. Las mejores tareas usan a este último como palanca para inducir el cambio. Cuanto más ambiguo sea un problema, tanto más confusa será la programación de una tarea; tampoco es fácil diseñarla si el objetivo es poco claro. El terapeuta debe especificar cuál es su meta si ha de introducir una directiva para alcanzarla. La programación de directivas se vuelve más fácil a medida que él aprende a aclarar problemas y fijar objetivos (Haley, 1980b).

6.9. Prescripciones indirectas

Son aquellas prescripciones de comportamiento que encubren su verdadero objetivo. Es decir, mediante ellas se pide hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito.

Este tipo de prescripciones utiliza la técnica hipnótica del desplazamiento del síntoma: por lo general, se atrae la atención de la persona hacia alguna otra cosa problemática que reduzca la intensidad del problema presentado.

Por ejemplo, la persona fóbica a quien se prescribe realizar, ante la presencia del síntoma, una tarea ansiógena y difícil, como es anotar con detalle sus sensaciones y pensamientos en aquel momento para luego poderlos presentar al terapeuta, por lo común vuelve con el sentimiento de culpa de no haber llevado a cabo aquella prescripción incómoda. Pero refiere también que, extrañamente, aquella semana no ha tenido los síntomas fóbicos. Ha sido tanto el sufrimiento o el ansia por llevar a término la tarea asignada, que no ha manifestado el síntoma. La atención se ha desplazado del síntoma a la tarea, produciendo la neutralización de la manifestación problemática mediante un conflicto benéfico.

Pero lo más importante es que se ha demostrado, a través de una experiencia concreta, que él es capaz de controlar y anular sus síntomas.

Estas intervenciones, debido a su propiedad de evitar la resistencia al cambio en cuanto llevan a las personas a hacer algo sin que, mientras lo hacen, se den cuenta de ello, tiene una importancia fundamental en la primera fase de un tratamiento estratégico. Permiten realmente una rápida y eficaz disolución de las acciones disfuncionales (Nardone y Watzlawick, 1992).

6.10. Posibilidad del cambio

La posibilidad del cambio es una de las estrategias más clásicas. Su fundamento parece radicar tanto en razones históricas como en razones teóricas.

La terapia familiar creó sus primeras estrategias con problemas muy difíciles (adicciones, esquizofrenia, anorexia, problemas

psicosomáticos, etc.) y en contextos igualmente difíciles (minorías étnicas y grupos sociales muy desfavorecidos), en estas situaciones era muy importante poder demostrar que lo que se estaba haciendo servía para algo.

Igualmente con las razones de tipo teórico, aconsejar tomar precauciones que demuestren que, aunque en pequeña proporción, el cambio puede darse. El resto de la terapia consistirá en ir ampliando el pequeño cambio que se haya producido en los comienzos.

Esta estrategia está especialmente indicada para aquel tipo de persona que tiene dificultades en aceptar que lo que está haciendo supone un cambio con respecto a su situación inicial.

Varias son las técnicas para llevar a cabo la estrategia:

- hacer, en la primera entrevista, una definición precisa de la conducta sintomática, así como también establecer la frecuencia del síntoma y su intensidad. Igualmente importante resulta conocer cuál sería la frecuencia de aparición del síntoma que la persona consideraría tolerable o que le indicara que el problema ya ha sido resuelto;
- llevar, en las siguientes entrevistas, un registro minucioso de la frecuencia e intensidad del síntoma. Registro que se analizará en detalle en cada entrevista. Cumplidos los dos primeros pasos dispondremos del punto de partida, de la meta y de un instrumento (el registro) que defina hasta qué punto se está o no produciendo un cambio;
- pedir cambios tan mínimos como sea necesario para que la persona pueda realizarlos. Resulta fundamental que el terapeuta no transmita, verbal o no verbalmente, que la petición es un regateo. La posición a mantener es negociar qué es lo que en

ese momento la persona puede y está dispuesto a hacer. Un cambio mínimo implica que la persona acepte que es posible el cambio, en algunos problemas ésta es la diferencia entre el éxito y el fracaso (Navarro, 1992).

6.11. Conclusión del tratamiento

La finalización en la Terapia Centrada en el Problema es una parte muy importante. Su objetivo es reforzar definitivamente la autonomía personal de la persona tratada. Para este fin, se procede a una recapitulación y a una explicación detallada del proceso terapéutico desarrollado y de las estrategias que se han utilizado. De este modo, se ofrece a la persona un conocimiento claro incluso de determinadas técnicas extrañas utilizadas en el tratamiento (órdenes indirectas, sugerencias, prescripciones paradójicas).

Hay que poner de relieve la capacidad que ha demostrado el sujeto al realizar con constancia y tenacidad el difícil trabajo que le ha exigido la solución del problema, y la capacidad que ha adquirido de superar por sí solo, los problemas.

En el transcurso del tratamiento, se intenta crear independencia en la persona. De hecho, después de cada pequeño cambio obtenido, se procede con cuidado a felicitar al cliente por su empeño y su capacidad personal al combatir el problema. Además, el tratamiento breve induce, desde el comienzo, al cliente a la asunción de sus responsabilidades incluso para que la terapia tenga éxito. La manipulación, por parte del terapeuta, de la situación y de su influencia personal ante el cliente se orienta a que adquiera, de la manera más rápida posible, la capacidad de reaccionar correctamente en cuanto se refiere al problema presentado. Por último, hay que destacar que, a lo largo de esta intervención, se han impulsado características y cualidades propias del

cliente, que ahora él conoce de un modo consciente y está en condiciones de saber utilizar (Nardone y Watzlawick, 1992).

7. METODO

Justificación

En México existe una gran demanda de servicios que presten ayuda de apoyo psicológico a personas en situaciones de crisis, que afronten los problemas y las quejas de manera rápida y eficiente.

Los servicios de atención dirigidos a personas en crisis son por una parte de tipo hospitalario, como El Instituto Mexicano de Psiquiatría, El Hospital de Jesús, El Hospital de la Clínica San Rafael y El Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, algunos de los cuales cuentan con servicio de urgencias las 24 horas, otros como la Clínica San Rafael incluye el tratamiento a personas farmacodependientes y con problemas de alcoholismo; existen también los sistemas de atención telefónica tales como LOCATEL que cuenta con atención psicológica, y también con servicio médico y legal, otro de ellos es SAPTEL, un sistema de apoyo psicológico auspiciado por la Cruz Roja Mexicana que opera las 24 horas del día.

Dada la necesidad de contar con intervenciones terapéuticas breves eficaces en situaciones de crisis, el objetivo del presente estudio consiste en conocer y evaluar estos procedimientos terapéuticos para conocer su utilidad práctica para afrontar y dar solución a los problemas de las personas que buscan apoyo en estos contextos.

Se han realizado algunos estudios utilizando métodos terapéuticos en reclusorios de México con los internos, especialmente con menores infractores. Estudios como estos con personas privadas de su libertad, pueden generar programas dentro de los reclusorios destinados a ayudar a los reclusos en su proceso de inserción en la sociedad, fomentando un cambio de actitud y de conducta benéfico en su entorno

social y familiar, tanto dentro del penal como fuera de él. Otra parte importante en este trabajo fue la comparación de los resultados con otros estudios similares realizados en clínicas e institutos de terapia familiar, obteniendo resultados similares (ver cap. 10. Discusión y Conclusiones), corroborando así los beneficios que muestra este tipo de terapia, en distintos contextos, tipos de personas y problemáticas.

Objetivo General

Conocer la utilidad práctica de la Terapia Centrada en la Solución y Terapia Centrada en el Problema para enfrentar situaciones de crisis.

Objetivos específicos

Diferenciar el uso de las Técnicas de Terapia Breve Sistémica Centrada en la Solución y Centrada en el Problema.

Problema:

¿Cuál es la utilidad práctica que tienen los modelos de Terapia Centrada en la Solución y Terapia Centrada en el Problema para enfrentar situaciones de crisis?

Hipótesis de trabajo:

Las personas que reciban tratamiento mediante la Terapia Centrada en la Solución y Terapia Centrada en el Problema mejorarán su situación de crisis.

Variables:

Variable Independiente:

Terapia Centrada en la Solución y Terapia Centrada en el Problema

Variable Dependiente:

Utilidad Práctica: Porcentaje de mejora en su situación de crisis.

Variables Sociodemográficas

Edad.

Escolaridad.

Estado civil.

Variables Intermedias

Número de sesiones.

Problema, queja o síntoma.

Sujetos

Se seleccionaron accidentalmente 37 personas que solicitaron atención psicológica en situación de crisis en el Centro de Readaptación Social Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

Criterios de Inclusión

Sexo masculino.

Edad de 18 años o más.

Diseño

Diseño cuasiexperimental de dos grupos de 37 personas en total, asignando las primeras 20 al grupo de tratamiento con Terapia Centrada en el Problema y las siguientes 17 al tratamiento con Terapia Centrada en la Solución, con un seguimiento a los tres meses después del tratamiento.

Los recursos físicos y humanos que se utilizaron:

Una grabadora de audio.

Diplomado en Terapia Sistémica, cursos y talleres de Terapia Sistémica y supervisión clínica.

Supervisor.

Terapeuta.

Instrumentos

Después de 3 meses de terminadas las intervenciones, se aplicó a los sujetos un cuestionario evaluativo de seguimiento, con el fin de evaluar su situación como resultado del tratamiento utilizando la siguiente entrevista:

- 1) ¿En que porcentaje ha habido cambios favorables en su situación desde la primera consulta hasta el momento presente?

- 2) ¿Se encuentra igual, mas ó menos preocupado que antes?

- 3) ¿Ha habido mejoras en otras áreas?

8. Procedimiento

Debido la difícil situación en que se encuentran las personas reclusas en México, la presente investigación fue desarrollada en el Centro de Readaptación Social Reclusorio Preventivo Varonil Norte de la Ciudad de México con dos grupos de voluntarios. Todos los participantes tuvieron una gran disposición y cooperación en llevar a cabo estas sesiones. Con el primer grupo se utilizó la Terapia Centrada en el Problema y con el segundo grupo se utilizó la Terapia Centrada en la Solución. Se trabajó primero con el grupo de Terapia Centrada en el Problema durante aproximadamente 3 meses realizándose las entrevistas los lunes, miércoles y viernes en las mañanas, días en que no tenían visitas los internos. Al terminar las sesiones con este grupo se procedió a trabajar con el siguiente en un mismo lapso de tiempo. Las sesiones se llevaron a cabo algunas veces en estancias del dormitorio 1 y en otras ocasiones en el patio de las instalaciones del Centro de Readaptación Social Reclusorio Preventivo Varonil Norte y el seguimiento en el patio central del mismo, todas (sesiones y

seguimiento) se realizaron de manera individual y tuvieron una duración de aproximadamente 40 minutos cada sesión, y cinco minutos cada seguimiento, con intervalos entre cada sesión de una o dos semanas.

A los internos se les permitían visitas los días martes, jueves, sábados y domingos durante la mayor parte del día, dando como resultado que la mayoría de los internos mantuvieran una interacción con sus familiares, favoreciendo de esta manera la realización de algunas tareas que se les encomendaron.

Primeramente se les dio una explicación en grupo a los participantes acerca de la forma en que iban a realizarse las sesiones. Posteriormente se eligió al azar a los que iban a constituir el primer grupo de Terapia Centrada en el Problema y los que iban a constituir el segundo grupo Terapia Centrada en la Solución.

1. Un terapeuta proporcionó atención psicológica a 37 personas.
2. El tiempo de las sesiones fue de aproximadamente 40 minutos.
3. Se atendió a las personas que accedieron participar las veces que fueron necesarias empleando siempre el mismo modelo utilizado al principio.
4. Se le solicitó a las personas autorización para ser grabadas, explicándoles que el material sería confidencial y para uso exclusivo del terapeuta.
5. Se registró el sexo las personas, la edad, la escolaridad, el estado civil, el número de sesiones, el problema, queja o síntoma, los procedimientos utilizados entre sesiones, las tareas asignadas y el modelo utilizado.
6. Se obtuvo el consentimiento de las personas de que posteriormente en un lapso de 3 meses, se les contactara para aplicarles un instrumento evaluativo a fin de conocer su situación relativa al problema después de terminada la terapia.

7. Se llevó a cabo un seguimiento a los tres meses después de la última sesión de tratamiento.

8. Se hizo una evaluación porcentual y estadística del número de sesiones y de los resultados del tratamiento.

Descripción de los procedimientos terapéuticos

En cada sesión se llevó un procedimiento de acuerdo al modelo con el que se iba a tratar a la persona, haciendo preguntas a fin de obtener información que nos llevó a determinar la queja o a definir el problema, fijando objetivos y realizando las intervenciones características de cada modelo. Se realizaron grabaciones de cada una de las sesiones para posteriormente ser revisadas con el fin de determinar los tipos de intervención que se llevaron a cabo.

En el tratamiento mediante de la Terapia Centrada en el Problema se hizo uso del siguiente procedimiento:

Se buscó la definición del problema con preguntas como:

¿Cuál es el problema?, ¿Cómo se convierte en problema la situación que usted me menciona?, ¿En que forma es eso un problema?, Piense que estoy filmando una escena del problema. ¿Que imágenes y que diálogos recogería la cámara?, ¿En que forma cree que yo le puedo ayudar a usted a afrontar este problema?

Estas preguntas se realizaron en un marco de interacciones entre el sujeto y las personas que frecuentaba. Buscando las pautas de comportamiento, tiempo y lugar en que se realizaban.

Se buscaron las soluciones que la persona intentó para tratar de resolver su problema

Cual fue el tema central de sus esfuerzos. Que hizo él y otros para tratar el problema.

Se elaboró un objetivo

Se realizaron preguntas como: ¿Cómo se dará cuenta que ya no existe el motivo por el cual vino a verme?, ¿Que es lo que usted consideraría como primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo, aunque sea pequeño?

Se evitaron los intentos infructuosos de la persona para solucionar su problema.

Se le dieron sugerencias completamente contrarias a sus intentos de solución (enfoque estratégico).

Se utilizaron tácticas concretas

Modificación de la pauta, dándole tareas sencillas.

Reestructuración

Se cambio la opinión que la persona tenía de cierta situación mediante un cambio de enfoque en su contexto a fin de asignarle una sugerencia o tarea que en un principio pudiera no ser aceptada

Se realizó la intervención correspondiente a cada caso

Los intervalos entre sesiones fueron generalmente de 1 semana.

En el tratamiento mediante la Terapia Centrada en la Solución se utilizó el siguiente procedimiento:

Se determinó la queja mediante preguntas como: ¿En que podemos ayudarle?, ¿Qué sucede exactamente?, ¿Quién está involucrado en esta queja?, ¿Con que frecuencia se repite esta situación?

Después se buscaron excepciones a la queja mediante preguntas como las siguientes: ¿Que sucede cuando no hay discusiones?, ¿Qué ocurre cuando estas bien con tu familia o con tus compañeros?, ¿Como lograste convivir en tu estancia?

Se fijaron objetivos con la persona, basados en conductas observables

Para realizar la intervención se tomó en cuenta: Lo que el cliente estaba haciendo y resultaba bueno para él, cualquier excepción de la pauta del trastorno y la observación de las diferencias entre lo que sucedía cuando estaba presente la queja y lo que sucedía cuando no estaba presente, tomando más en cuenta las últimas.

Se utilizaron cumplidos: El objetivo de estos fue ayudar a los clientes a verse como personas normales con dificultades normales.

Se dieron indicaciones

Sugestiones terapéuticas focales, tareas o directrices acerca de otro tipo de cosas que el cliente pudiera hacer y que probablemente le beneficiarían y llevaran en dirección a la solución, como la *tarea de la primera sesión, la pregunta del milagro o las llaves maestras*

SEGUNDA SESION Y SUBSIGUIENTES

Se habló menos, o ya no se habló tanto de la queja como en la primera sesión.

Se centraron las conversaciones en: ¿Qué cosas han sucedido que usted pueda desear que sigan sucediendo?, ¿Qué días han sido mejores?, ¿Qué está haciendo ahora que crea que es bueno para usted? ¿Cómo hizo para que sucedieran? o ¿Qué decidió hacer cuando sucedió esto?

Se puso énfasis en hacer más de las cosas que funcionan.

Y si no encajo la solución, se siguió preguntando por cosas que estaba haciendo la persona y le daba buenos resultados.

Los intervalos entre sesiones fueron generalmente de 1 semana, pero en ocasiones fueron de 2 o 3 semanas.

9. Resultados

Para el análisis estadístico se utilizó la versión 10.0.1 del SPSS para Windows.

Para la descripción de variables categóricas se utilizaron medidas de frecuencia y para las variables intervalares tales como edad, número de sesiones y total de intervenciones se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión.

Para el análisis de los resultados de seguimiento debido a que la muestra fue reducida, solo se efectuaron comparaciones proporcionales.

En el nivel de estudios se encontró que la mayoría solo tenía estudios de secundaria (19 sujetos), 7 con estudios de primaria, 7 con estudios de bachillerato y 4 con estudios universitarios.

En cuanto a su estado civil se encontraron 16 sujetos solteros, 10 en unión libre, 6 casados y 5 divorciados (Ver Tabla 1).

La edad de los sujetos osciló de los 19 años a los 44 años con una media de 29 años (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes de acuerdo al tipo de intervención.

Variables	TCP		TCS		Total	
	Número de sujetos	Porcentaje	Número de sujetos	Porcentaje	Número de sujetos	Porcentaje
Estado Civil						
Soltero	6	30%	10	58.8%	16	43.2%
Casado	4	20%	2	11.8%	6	16.2%
Divorciado	4	20%	1	5.9%	5	13.5%
Unión libre	6	30%	4	23.5%	10	27%
Escolaridad						
Primaria	4	20%	3	17.6%	7	18.9%
Secundaria	10	50%	9	52.9%	19	51.4%
Bachillerato	3	15%	4	23.5%	7	18.9%
Universidad	3	15%	1	5.9%	4	10.8%
Edad						
Media	32.05		26.29		29.41	
Desviación estándar	5.57		4.95		5.97	

En lo referente a la primera pregunta de la entrevista de seguimiento: ¿En que porcentaje ha habido cambios favorables en su situación desde la primera consulta hasta el momento presente? La media fue de 75.31% de cambios favorables para la TCP y de 73% para la TCS, con una media total de 74.15%. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Resultados ante la pregunta de seguimiento: ¿En que porcentaje ha habido cambios favorables en su situación desde la primera consulta hasta el momento presente?

Variab les	TCP	TCS	Total
Porcentaje de cambios favorables			
Media	75.31%	73%	74.15%
Número de personas	16	6	22
Desviación estándar	17.08	20.19	17.35

En cuanto a número de sesiones utilizadas se encontró una media de 3.2 sesiones por cada sujeto en la TCP y una media de 2.65 sesiones por cada sujeto en la TCS (Ver tabla 3).

Tabla 3. Medias de intervenciones y sesiones.

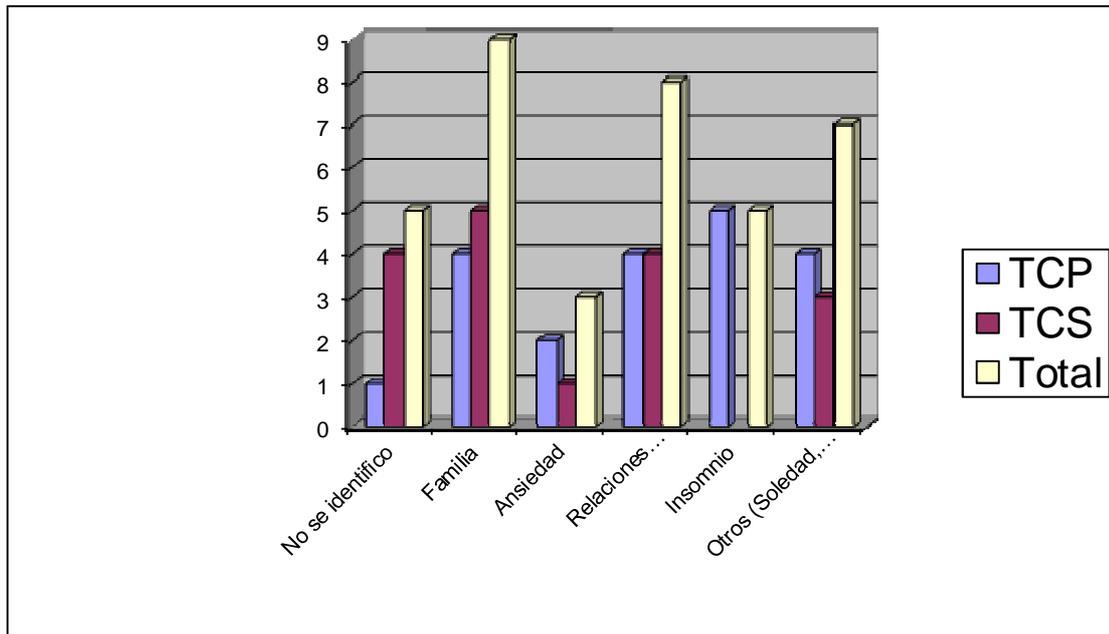
Variab les	TCP	TCS	Total
Total de Intervenciones			
Media	1.5	1.53	1.51
Número de personas	20	17	37
Desviación estándar	.61	.8	.69
Sesiones			
Media	3.2	2.65	2.95
Número de personas	20	17	37
Desviación estándar	1.4	1.54	1.47

La mayoría de las situaciones de crisis que se trataron fueron relacionadas con la familia y las relaciones interpersonales con 45.9% de los casos. Otros tipos de situaciones de crisis encontradas fueron: soledad, depresión y violencia (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Tipos de crisis tratadas por cada modelo

Situación de crisis	TCP	TCS	Total
No se identifico			
Número	1	4	5
Familia			
Número	4	5	9
Ansiedad			
Número	2	1	3
Relaciones interpersonales			
Número	4	4	8
Insomnio			
Número	5		5
Otros (Soledad, depresión y violencia)			
Número	4	3	7
Total			
Número	20	17	37

Gráfica 1. Situaciones de crisis tratadas



El máximo número de tipos de intervención que se realizaron por persona fueron 3 y el mínimo 0. La media fue de 1.51 intervenciones por persona. Con el 97.3% de los sujetos se utilizó 1 o más tipos de intervención, el 45.9 de los sujetos requirieron de 2 o más tipos diferentes de intervención y solo el 8.1 de ellos requirieron de 3 diferentes tipos de intervención. El tipo de intervención que más se utilizó fue el de cambio mínimo con 45.9% de los sujetos y las intervenciones que menos se utilizaron fueron la ordalía con 2.7% de los sujetos y la pregunta del milagro con 2.7% de los sujetos.

Tabla 5. Primer tipo de intervención utilizado de acuerdo al modelo

1ª Intervención	TCP	TCS	Total
Ninguna			
Número		1	1
Prescripción síntoma			
Número	1		1
Cambio mínimo			
Número	9	5	14
Paradoja			
Número	2		2
Modificación de la Pauta			
Número	2		2
Sugerencia directa			
Número	4	1	5
Ordalía			
Número	1		1
Predicción			
Número	1		1
Excepciones			
Número		2	2
Tarea de la 1a Sesión			
Número		5	5
Pregunta del Milagro			
Número		1	1
Llave maestra			
Número		2	2
Total			
Número	20	17	37

Gráfica 2. Primera intervención utilizada

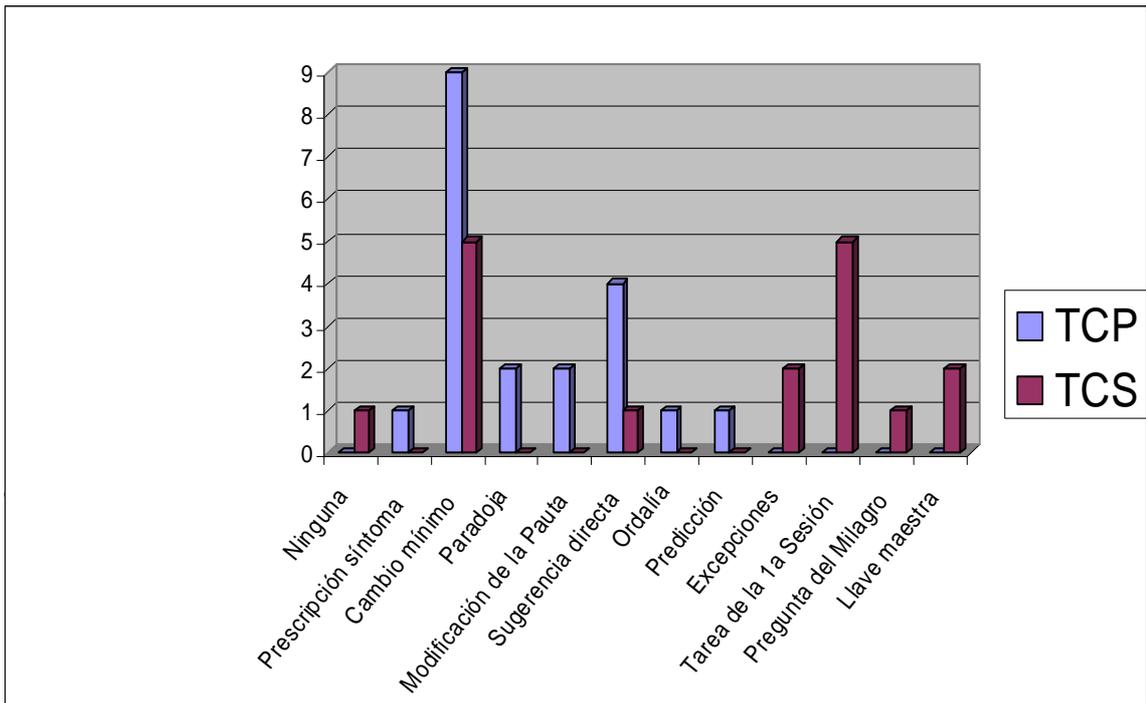


Tabla 6. Segundo tipo de intervención utilizado de acuerdo al modelo

2ª intervención	TCP	TCS	Total
Ninguna			
Número	11	9	20
Cambio mínimo			
Número	1	2	3
Paradoja			
Número	1		1
Modificación de la Pauta			
Número	3	1	4
Sugerencia directa			
Número	2		2
Reestructuración			
Número	2		2
Predicción			
Número		4	4
Llave maestra			
Número		1	1
Total			
Número	20	17	37

Gráfica 4. Segunda intervención utilizada

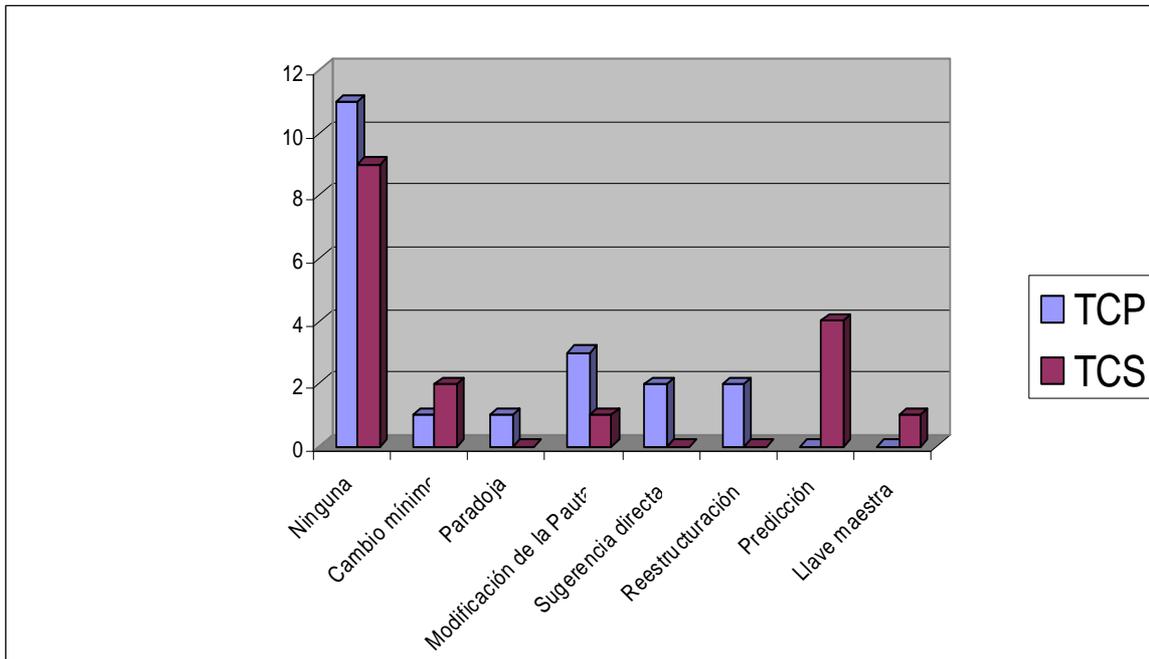
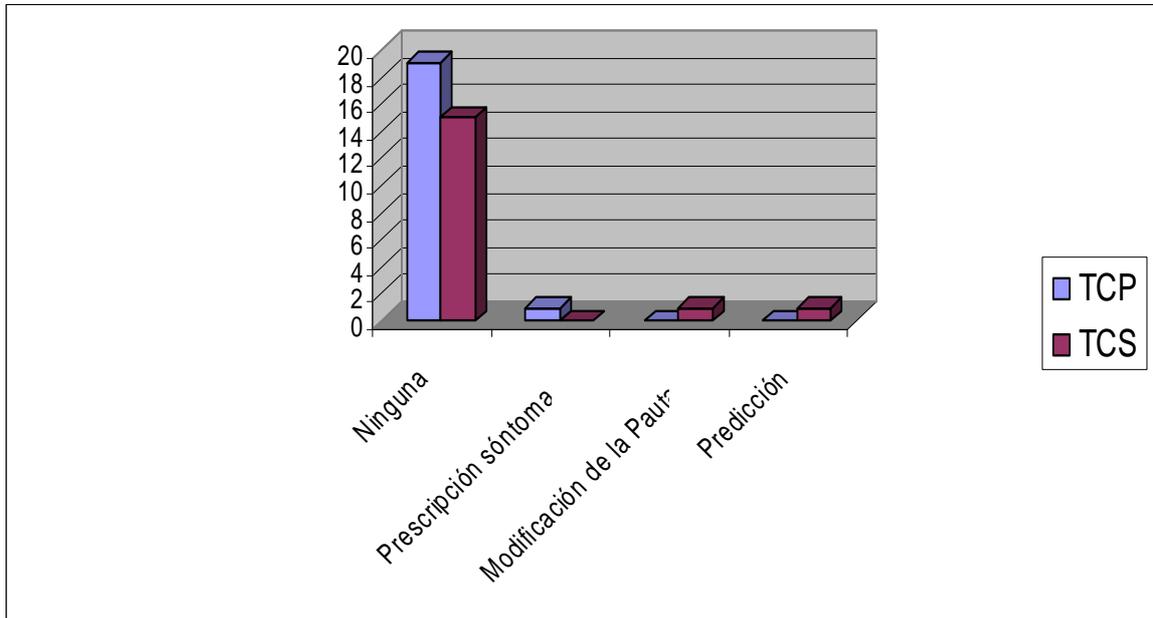


Tabla 7. Tercer tipo de intervención utilizado de acuerdo al modelo

3ª intervención	TCP	TPS	Total
Ninguna			
Número	19	15	34
Prescripción síntoma			
Número	1		1
Modificación de la Pauta			
Número		1	1
Predicción			
Número		1	1
Total			
Número	20	17	37

Gráfica 5. Tercera intervención utilizada



Del 100% de los sujetos solo el 59.5 de los sujetos fue entrevistado en el seguimiento, en el 40.5% restante no se realizó una entrevista de seguimiento por los siguientes motivos: traslado a otro reclusorio, otorgamiento de libertad o por reubicación a una zona restringida (incomunicado) (Ver Tablas 8 y 9).

Tabla 8. Cantidad de personas a las que se realizó el seguimiento

Seguimiento	TCP	TCS	Total
No			
Número	4	11	15
Si			
Número	16	6	22
Total			
Número	20	17	37

Tabla 9. Motivos por los que no se realizó el seguimiento

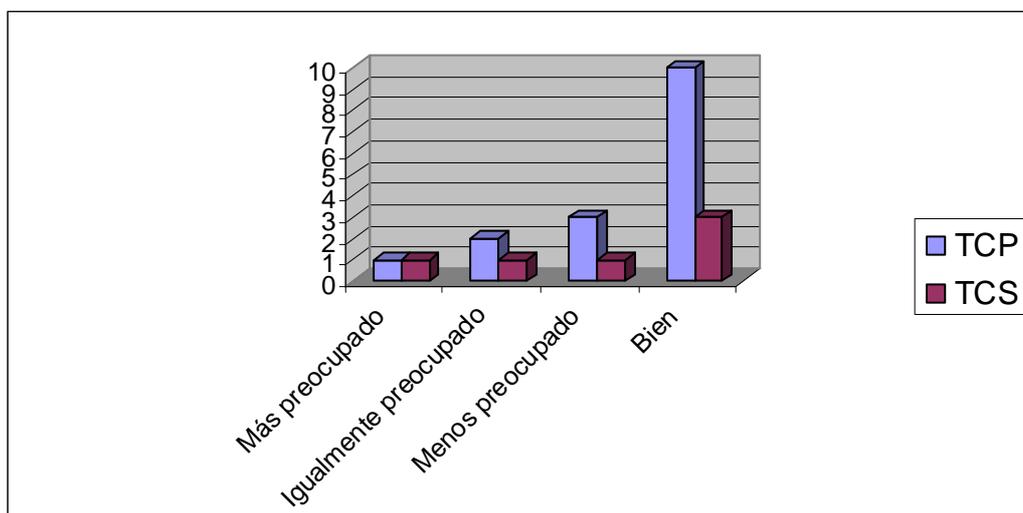
Motivos	TCP	TCS	Total
Traslado			
Número	2	6	8
Salió libre			
Número		1	1
Incomunicado			
Número	1	4	5
Abandono			
Número	1		1
Total			
Número	4	11	15

Del 59.5% de los sujetos que contestaron la pregunta 2 de la entrevista de seguimiento el 59.1% manifestó encontrarse bien, el 18.2% manifestó sentirse menos preocupado, el 13.6% manifestó sentirse igual de preocupado y el 9.1% mas preocupado (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Respuestas ante la pregunta de seguimiento: ¿Se encuentra igual, mas ó menos preocupado que antes?

¿Como se encuentra?	TCP	TCS	Total
Más preocupado			
Número	1	1	2
Igualmente preocupado			
Número	2	1	3
Menos preocupado			
Número	3	1	4
Bien			
Número	10	3	13

Gráfica 6. Estado de los participantes al realizarse el seguimiento



En lo referente a la tercera pregunta de la entrevista de seguimiento del 59.5% de los sujetos el 81.8% de ellos mencionó otras mejoras en otras áreas y el 18.2% mencionó que no tuvo otras mejoras (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Respuestas ante la pregunta de seguimiento: ¿Ha habido mejoras en otras áreas?

¿Ha habido mejoras en otras áreas?	TCP	TCS	Total
No			
Número	1	3	4
Si			
Número	15	3	18
Total			
Número	16	6	22

10. Conclusiones

La valoración de los efectos o los resultados de una psicoterapia en general, ha sido uno de los argumentos más difíciles a los que se ha tenido que enfrentar en su historia. Esto es debido a la diferencia de criterios entre las distintas escuelas terapéuticas para establecer la eficacia y utilidad en la terapia.

Un ejemplo se ve en el análisis junguiano, en donde el éxito terapéutico consiste en el logro de la individuación personal, mientras que para un conductista el éxito estará reflejado en la extinción del síntoma de la conducta. Esto se debe a que es nuestra concepción teórica del ser humano, lo que determina nuestros criterios de valoración de lo que se ha considerado normal o patológico y los objetivos de la terapia. Como consecuencia de esto, existen diversos conceptos de “curación” y de eficacia en psicoterapia.

Sin embargo, en la actualidad (Nardone y Watzlawick, 1992), parece que existe un acuerdo en lo que respecta a la eficacia del tratamiento definido en los siguientes puntos:

- Mejoría sintomática.
- Mejoría productiva en el trabajo.
- Mejoría del equilibrio y del deseo sexual.
- Mejoría en las relaciones interpersonales.
- Aumento de la capacidad de hacer frente a los habituales conflictos psicológicos.
- Aumento de la capacidad de reaccionar al estrés cotidiano.

El planteamiento que se aborda en este trabajo, se aleja de una concepción teórica en la que se utilizan conceptos como normalidad, anormalidad o naturaleza humana por otra, en la cual, se buscan formas más adecuadas para que la relación con *nuestra* realidad sea más funcional. Desde este punto de vista, lo que se busca en una intervención terapéutica, es la resolución de problemas específicos que una persona presenta. El concepto de recuperación no implica una ausencia completa de problemas, sino más bien la superación de un problema específico experimentado por el cliente en un marco temporal y un contexto específico de su vida. Por lo tanto, la evaluación de los efectos de la Terapia Breve puede considerarse que está de acuerdo con los criterios ya mencionados, y que el éxito o su ausencia deberán estar en relación con los objetivos terapéuticos iniciales. Por consiguiente, el éxito implicará la solución del problema presentado por el cliente y el cumplimiento de los objetivos que se acordaron al comienzo de la terapia. Se considera que un caso se ha resuelto y que el tratamiento se ha completado con éxito solamente cuando la desaparición de los síntomas y problemas al final de la terapia se mantengan en el tiempo, sin recaídas o sustitución por nuevos síntomas. Por tanto, a la terapia le siguen sesiones de seguimiento.

Estas se llevan a cabo con entrevistas directas con el paciente y su familia o pareja o como alternativa, por consulta telefónica.

La eficacia del tratamiento de la Terapia Breve se mantiene en el tiempo, el porcentaje de recaídas es muy bajo y los resultados obtenidos al final de la terapia se mantienen en la mayoría de los casos a través de seguimientos durante un año, haciendo que las futuras recaídas con el surgimiento de síntomas sustitutivos sea poco probable, esto rebate la suposición común de muchos terapeutas, de que las terapias cortas son superficiales y conducen inevitablemente a recaídas en el problema original o al desplazamiento del síntoma (Nardone y Portelli, 2006).

También hay que considerar que el éxito o el fracaso terapéutico pueden existir en distintos niveles, de esta manera no solo hay que tomar en cuenta los casos resueltos y los no resueltos, sino también, los muy mejorados y los poco mejorados.

La perspectiva en este trabajo de investigación en el campo clínico es, en primera instancia, de tipo operativo-cognoscitivo; lo que implica conocer un problema mediante su solución. En segunda instancia es de tipo cognoscitivo-operativo, lo cual implica diseñar una intervención para las características específicas de un problema.

Las decisiones terapéuticas en la terapia sistémica están orientadas hacia una investigación aplicada de tipo empírico-experimental, a la búsqueda de soluciones y no de simples descripciones diagnósticas, ya que estas no nos dan más que una "fotografía" del problema, mencionándonos cual es el problema, que características comportamentales han de hallarse presentes para poder decir a que tipo de problema nos enfrentamos, pero no nos dicen nada de cómo puede resolverse el problema y de cómo funciona. Al adoptar el punto de vista sistémico en esta investigación, se están utilizando instrumentos operativos orientados al cambio, los cuales después de una aplicación repetida y eficaz, permiten conocer el funcionamiento

del problema o mejor dicho, permiten conocer los modelos recursivos que lo mantienen.

Los resultados nos muestran una utilidad práctica de estos modelos de Terapia Breve de 74.15%; 75.31% para la Terapia Centrada en el Problema y 73% para la Terapia Centrada en la Solución. Este dato se obtuvo como resultado de la media total ante la pregunta de seguimiento: ¿en que porcentaje ha habido cambios favorables en su situación desde la primera consulta hasta el momento presente?

Con esto podemos inferir que la Terapia Breve enfocada en el problema y en la solución, nos proporciona un medio terapéutico eficaz con la que podemos contar para la solución de diversos problemas en un lapso breve de tiempo.

Ante la segunda pregunta de seguimiento: ¿se encuentra igual, más o menos preocupado que antes? La mayoría de las personas respondió que estaban bien (10 personas), 3 personas respondieron que estaban menos preocupadas, 2 respondieron que estaban igualmente preocupadas y una respondió que estaba más preocupada, esto en relación a la Terapia Centrada en el Problema; y 3 personas para la Terapia Centrada en la Solución respondieron que se encontraban bien, una menos preocupada, una igualmente preocupada y una más preocupada. La respuesta a esta pregunta nos confirma el bienestar que se obtiene mediante estos dos modelos.

Es interesante observar las similitudes referentes a los resultados obtenidos en un estudio realizado por la Clínica Pediátrica (Clínica Psicósomática de la Universidad de Gifu, Facultad de Medicina, Departamento de Pediatría, Japón), otro estudio realizado en el Instituto de Terapia Familiar, Viena, Austria (Geyerhofer y Komori, 1999) y los resultados obtenidos en el presente trabajo.

En la Clínica Pediátrica se utilizaron los dos modelos (Terapia Centrada en la Solución y Terapia Centrada en el Problema) en combinación o separados, obteniendo un 12% de sujetos sin cambio, 15% de abandonos 12% de mejoría y un 61% de éxito en el

tratamiento sumando un total de 73% de sujetos con cambios favorables, con un promedio de 4 sesiones por cada caso de los 26 tratados para una gran variedad de situaciones (enuresis, rechazo escolar, dolor corporal, problemas de conducta, tics, etc.). En el Instituto de Terapia Familiar en Viena Austria igualmente se utilizaron los 2 modelos mencionados en las mismas condiciones, separados o en combinación, para hacer frente a una gran variedad de situaciones (psicosis paranoide, conducta agresiva, depresión, anorexia nerviosa, conducta escolar, drogas, etc.) obteniendo, un 0% de deterioro, 13% con ningún cambio, 27% de mejoría y un 60% de éxito en el tratamiento sumando un total de 87% de sujetos con cambios favorables, utilizando un promedio de 3 sesiones en los 34 casos tratados.

Al respecto otros estudios muestran en sus resultados mejoras en otras áreas (de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986). A 28 sujetos tratados mediante Terapia Centrada en la Solución se les pregunta por otras mejoras: 21 de ellos mencionaron que tenían una segunda queja que no había sido tratada explícitamente en la terapia y 11 mencionaron que también habían mejorado en ella. Y ante la pregunta: ¿Ha desarrollado algún problema nuevo desde que terminó la terapia? 16 refirieron que no habían desarrollado ningún nuevo problema, 8 refirieron que habían desarrollado un nuevo problema, pero que no les parecía tan grave para ser tratado en terapia y 5 refirieron que algunos de sus familiares directos iban a terapia por alguna que otra queja distinta a la que presentaron en consulta.

Y los resultados que encontramos en este trabajo ante la segunda pregunta de la entrevista de seguimiento fueron: de los 22 sujetos que lo contestaron el 9.1% de sujetos dijo sentirse mas preocupado, el 13.6% manifestó sentirse igual de preocupado, el 18.2% de sujetos

mencionaron estar menos preocupados y un 59.1% de sujetos mencionaron encontrarse bien, con un promedio de 3 sesiones por cada caso sumando un total de 77.3% de sujetos que mencionaron cambios favorables.

También se aprecian otros cambios benignos en la mayoría de los sujetos, cambios ajenos al motivo principal por el que solicitaban el tratamiento, lo que además muestra otros alcances que se pueden esperar mediante la Terapia Centrada en el Problema y la Terapia Centrada en la Solución, en los sujetos que contestaron la tercera pregunta de seguimiento el 81.8% de ellos mencionó mejoras en otras áreas y el 18.2% mencionó que no tuvo otras mejoras.

En los últimos decenios, ha habido una evolución en los distintos enfoques de la Terapia Breve Sistémica que nos ayudan a comprender mejor los resultados obtenidos. De la década de los años ochentas a finales de los noventas, se han obtenido mejoras tanto en la disminución del número de sesiones empleadas como en los casos resueltos, entendiéndose este último como el cumplimiento de los objetivos acordados durante el tratamiento, la desaparición del problema o queja y el mantenimiento de los cambios a través del tiempo confirmados mediante un seguimiento.

Este incremento puede ser cuantificado por lo que se refiere a la eficacia, en cerca del 10%; se pasa a una eficacia media del 70-75% calculada hasta mediados de los años ochenta (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974), a la de 80-95%, comprobada en el último decenio (Nardone y Watzlawick 1992), con picos de eficacia por encima del 90% para ciertos problemas como fobias y ataques de pánico (Nardone, 1997) (Nardone y Watzlawick, 1992). Por otra parte, el número de sesiones necesario para obtener la solución de los problemas presentados por las personas desciende a 5-6 sesiones de duración media de tratamiento (de Shazer 1997), con un número creciente de situaciones de desbloqueo sintomático desde las primeras

sesiones, frecuentemente después de la primera sesión (Talmon 1990).

Las situaciones tratadas que más se presentaron en este trabajo, fueron relacionadas a la familia por un lado y por otro a las relaciones interpersonales.

También podemos afirmar que la Terapia Breve tiene beneficios aplicada dentro de reclusorios con personas de bajo nivel educativo, ya que de las 37 personas en el estudio, 19 de ellas tenían estudios de secundaria y 7 de ellas sólo de primaria.

Parece ser que solamente se necesitan pocos tipos de intervención para realizar cambios significativos en las personas (1.5% de intervenciones como promedio en este trabajo).

Entre los tipos de intervención utilizados "el cambio mínimo" fue el que mas se llevó a cabo con los participantes, 10 con la Terapia Centrada en el Problema y 7 con la Terapia Centrada en la Solución, mostrando su gran utilidad, recordando lo que una vez mencionó Milton H. Erickson utilizando su clásico estilo metafórico: "El paciente quiere un cambio aunque sea pequeño y lo aceptará como un cambio... Lo aceptará como un cambio, y el cambio se desarrollará en concordancia con sus propias necesidades... Es como hacer rodar una bola de nieve por la ladera de una montaña. Empieza siendo pequeña, pero a medida que desciende su tamaño aumenta cada vez más..."

Cabe mencionar que en este trabajo se utilizaron ciertas palabras para designar algunas situaciones de crisis, como depresión o ansiedad, sabiendo de antemano que en la Terapia Sistémica son poco útiles por no tener una utilidad pragmática, su utilidad radica mas bien como medio de comunicación entre diferentes enfoques terapéuticos, permitiendo tener un lenguaje común para todos. Para fines operativos en Terapia Sistémica se suelen utilizar términos que designan acciones

y no estados, sin embargo se emplearon para una mejor comprensión del estudio tomando en cuenta la inexactitud que esto conlleva.

11. Sugerencias

Una de las limitantes en este estudio fue la población con la que se recabaron los resultados. De las 37 personas tratadas con los dos modelos solamente se pudo realizar el seguimiento con 22 personas lo que representa el 59.5% de la población, el resto 17 personas (40.5% de la población) no se realizó el seguimiento por distintas causas que no estaban contempladas en este trabajo, siendo esto lo que afectó más a un grupo de estudio (Terapia Centrada en la Solución). Los motivos fueron cambios repentinos que se realizaron en el reclusorio para fines administrativos, como el traslado de varios reclusos a otro reclusorio para disminuir la sobrepoblación, por el mismo motivo y además por ser primodelincuentes, a otros se les dio libertad anticipada. Para superar esta limitante se sugiere en trabajos posteriores dentro de un reclusorio, hablar con las autoridades a fin de elegir a una población que no tenga posibilidad de salir anticipadamente, o por lo menos durante el tiempo en que se vaya a realizar el estudio.

Ya terminadas las sesiones y al momento de llevar a cabo el seguimiento, a algunos internos no se les pudo contactar debido a que se encontraban en una zona restringida o por motivos de castigo. Y por último una persona abandonó el tratamiento por propia cuenta. En este caso, igualmente se sugiere hablar anticipadamente con las autoridades del reclusorio a fin de obtener los permisos correspondientes para tener acceso a zonas restringidas o por lo menos tener un medio de comunicación con el interno, por ejemplo por vía telefónica.

Si se hubiera realizado un seguimiento con todos los participantes tendríamos resultados más precisos, sin embargo, se considera que

los resultados son relevantes dada la similitud con otros estudios realizados anteriormente ya mencionados en las conclusiones.

Otra limitante fue el género de los participantes en este estudio. Todos del sexo masculino, excluyendo al femenino debido al sitio donde se realizó: Reclusorio Preventivo Varonil Norte. Para superar esta limitante se pueden organizar sesiones de terapia familiar o de pareja en los días de visita que tienen los internos, igualmente con el aval de las autoridades y el consentimiento de los familiares del interno.

En el presente trabajo sólo se grabaron las sesiones en audio, debido a que no se obtuvo el permiso correspondiente por parte de los directivos del reclusorio para realizarlas en video. Este limitante tendría mas posibilidades de superarse hablando con las autoridades de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario y no solamente con las del reclusorio en cuestión.

Y para finalizar hay algunas cuestiones interesantes a modo de preguntas para ser investigadas en el futuro, que tienen que ver con el desarrollo de la Terapia Breve: ¿Cuál es la mejor forma de estudiar y describir lo que el terapeuta hace durante las sesiones? ¿Qué es lo que el terapeuta hace en relación a los clientes durante las entrevistas que producen cambios satisfactorios? y por último ¿Qué es lo que se debe evitar hacer durante las entrevistas?

Referencias

Bandler, R y Grinder, J. (1975). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson MD*. Palo Alto: Meta Publications.

Beck, A. (1976). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. México: Merck Sharo & Dohmo Internacional.

Bellak, L. (1987). *Guía de preguntas del manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: El Manual Moderno.

Bellak, L. y Small, L. 1980. *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Editorial Pax.

Berrien, F. K. (1968). *General and Social Systems*. New Brunswick, N. J.: Rutgers University Press.

Bertalanffy, L. (1988). *Teoría General de los Sistemas*. México: FCE.

Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

Cavenar J. O., Cavenar M. G. y Walker J. I. (1983). Crisis intervention. En J. I. Walker (Ed.), *Psychiatric emergencies*. Philadelphia: Lippincott.

Ceberio M. R. y Watzlawick P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder

Cialdini, R. B. (1984). *Influence. How and why people agree to things*. New York: William Morrow and Co.

Coren, A. (2003). *Psicoterapia a corto plazo. Un enfoque psicodinámico*. México: El Manual Moderno.

de Shazer, S. (1978). Brief hypnotherapy of two sexual dysfunctions: The crystal ball technique. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 20 (3), 203-208.

de Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.

de Shazer, S. (1994). ¿En que radica la eficacia de la terapia breve? En J. K. Zeig y S. G. Gilligan (Eds.). *Terapia breve: Mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.

de Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.

de Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.

de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.

Ellis, A. (1980). *Terapia racional emotiva*. México: Pax-México.

Erickson, M. H. (1954a). Pseudoorientation in time as a hypnotherapeutic procedure. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2, 261-283.

Erickson, M. H. (1954b). Special Techniques of Brief Hypnotherapy. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2, 109-129.

Erickson, M. H. (1958). Naturalistic techniques of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1, 3-8.

Everstine, D. S. y Everstine, L. (1992). *Personas en crisis*. México: Pax México.

Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.

Garske, J y Molteni, A. (1988). Psicoterapia dinámica breve: un enfoque integrador. En S. J. Lynn y J. P. Garske (Eds.). *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Geyerhofer, S. y Komori, Y. (1999). Ensayo de integración de modelos posestructuralistas en terapia familiar breve. En G. Nardone y P. Watzlawick (Eds.). *Terapia breve: Filosofía y arte*. Barcelona: Herder.

Greenwald, A. G. (1992). New look 3: Unconscious cognition reclaimed. *American Psychologist*, 47, 766-779.

Haley, J. (1980a). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1980b). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hollon, S. D. y Beck, A. T. (1986). Research on cognitive therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.

Hollon, S. D. y Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.

Ingram, R. E. y Scott, W. D. (1990). Cognitive behavior therapy. En A. S. Bellak, M. Hersen y A. E. Kasdin (Eds.). *International handbook of behavior modification and therapy*. Nueva York: Plenum Press.

Keeney, B. (1987a). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Keeney, B. (1987b). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

Mahoney, M. J. y Arknoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Gardfield y A. E. Bergin (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.

Malan, (1991). *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*. Barcelona: Paidós.

Malugani, M. (1990). *Las psicoterapias breves*. Barcelona: Herder.

Maxim, P. (1993). Brief dynamic therapy. En D. Dunner (Ed.). *Current psychiatric therapy*. Philadelphia: WB Saunders.

Mead, G. H. (1953). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós

Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico, fobias. La terapia breve*. Barcelona: Herder.

Nardone, G. (1999). El lenguaje que cura: La comunicación como vehículo de cambio terapéutico. En G. Nardone y P. Watzlawick (Eds.). *Terapia breve: Filosofía y arte*. Barcelona: Herder.

Nardone, G. y Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.

Neimeyer, R. A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.

O'Hanlon, W. (1993a). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

O'Hanlon, W. (1993b). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.

Phillips, D. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American sociological review*. 39, 340-354.

Phillips, D. (1979). Suicide, motor vehicle fatalities, and the mass media: Evidence toward a theory of suggestion. *American journal of sociology*. 84, 1150- 1174.

Phillips, D. (1980). Airplane accident, murder and the mass media: Toward a theory of imitation and suggestion. *Social forces*. 58, 1001-1024.

Poch, J. y Talam, A. (1991). El grupo de las psicoterapias. En J. Vallejo (Ed.). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Salvat.

Ramírez S. (1983). El psicoanálisis: ciencia, ideología y situación psicoanalítica. En *Obras escogidas*. México: Línea

Rosenthal, R. (1966). *Experimenter effects in behavioral research*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.

Simon, B. F., Stierlin, H. y Wynne, L. C. (1988). *Vocabulario de terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.

Talmon, M. (1990). *Single session therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Vargas, P. (1997). *¿Es sistémica la Terapia Sistémica?*
http://mx.geocities.com/systacad/es_sistemica.html

Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

Wolpe, J. (1979). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Editorial Trillas.

Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168.

Weakland, J. H. (1999). Terapia Sistémica Individual. En G. Nardone y P. Watzlawick (Eds.). *Terapia breve: Filosofía y arte*. Barcelona: Herder.

Williams, S. L. (1995). The concept of self is necessary in the scientific studio of phobia. *The Behavior Therapist*, 18, 52-55.

Winkin, Y. (1991). *Bateson: primer inventario de una herencia*. Buenos Aires: Nueva visión.

Zeig, J. K. (1985). *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.