



**Universidad del Azuay**

**Facultad de Filosofía  
Escuela de Psicología Clínica**

***Intervenciones Estratégicas Individuales del  
Modelo Clínico Sistémico***

**Trabajo de graduación previo a la obtención  
del título de Psicóloga Clínica**

**Autora: Maritza Ruiz Dávila**

**Director: Dr. Patricio Cabrera**

**Cuenca, Ecuador  
2007**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a toda mi familia por su colaboración de manera especial a mi esposo y mi hijo sin su apoyo no hubiera sido posible la realización de este trabajo. Agradezco también a la Lcda. Yolanda Dávila por su guía y cooperación.

## **DEDICATORIA**

A mi Padre y Madre, por darme la fuerza, el optimismo y la motivación para hacer realidad mis sueños.

A mi hermana Lorena, por brindarme su apoyo incondicional y por ser un ejemplo de mujer.

A Paola y Amelia, la luz y la ilusión que iluminan mi vida.

A Fabio Torres por enseñarme amar y por haber llegado a mi vida.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	ii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	iii
RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN .....	1
Capítulo 1. INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS.....	2
Introducción .....	2
1.1    Concepto .....	2
1.2    La Solución Intentada Fallida .....	4
1.2.1    ¿Cómo explorar las “Soluciones Intentadas Fallidas”? .....	6
1.3    La Primera Entrevista Estratégica.....	7
1.3.1    Etapa Social.....	9
1.3.2    Etapa de Planteo del Problema.....	9
1.3.3    Etapa de Interacción.....	10
1.3.4    Etapa de Fijación de la Meta.....	10
1.3.5    Conclusión de la Entrevista .....	11
1.4    Segunda Sesión y siguientes .....	12
1.5    Conclusión .....	14
Capítulo 2. PROCEDIMIENTOS DIRECTIVOS .....	15
Introducción .....	15
2.1    Concepto .....	15
2.2    Hablar el Lenguaje del Paciente.....	16
2.2.1    Los Canales de Entrada.....	17
2.3    Intervenciones Normativas y Directivas .....	19
2.3.1    Tareas Directivas.....	19

2.4	Intervenciones Paradójicas.....	20
2.5	Reformulación.....	23
2.6	Accionar sobre la pauta.....	25
2.7	Uso del Lenguaje Metafórico, Analogías, Anécdotas y Relatos.....	26
2.8	El Sentido del Humor.....	27
2.9	Conclusión .....	28
Capítulo 3. EXCEPCIONES, SOLUCIONES Y ENFOQUES CENTRADOS		
	EN EL FUTURO. ....	30
	Introducción .....	30
3.1	Descripción .....	30
3.2	La Técnica del Milagro .....	36
3.3	La Formulación de la Pregunta del Milagro .....	37
3.4	Ubicación en una Escala .....	39
3.5	La Técnica de la Bola de Cristal .....	40
3.6	Escribir, Leer y Quemar.....	42
3.7	Haga Usted Algo Diferente.....	42
3.8	Tarea Formal para Primeras Entrevistas .....	43
3.9	Conclusión .....	43
Capítulo 4. CONCLUSIONES FINALES.....		45
BIBLIOGRAFÍA .....		48

## RESUMEN

La siguiente monografía es una revisión bibliográfica a cerca de las Intervenciones Estratégicas las mismas que aportan, al trabajo de la terapia sistémica.

Las intervenciones estratégicas tratan de generar el máximo de excepciones a los problemas de una manera estratégica y planificada. Desde la perspectiva del MRI (*Mental Research Institute*), se describirá sus objetivos y las estrategias terapéuticas que más emplea en la terapia; para este enfoque el problema está determinado por el mecanismo de acciones y automatismos que son desencadenados y mantenidos por las “soluciones ensayadas” que el paciente forma para hacer frente al trastorno o síntoma.

La terapia centrada en soluciones, TCS, se ha tomado en cuenta este enfoque ya que sus intervenciones se basan en buscar las soluciones al problema y a rescatar los recursos del paciente, los mismos que se manifestarán, con diversas tareas estratégicas.

Se ha tomado en cuenta las intervenciones estratégicas, ya que éstas se enfocan principalmente a interrumpir el ciclo repetitivo de perpetuación del problema. El tema se profundizará, para saber con mayor exactitud cuál es la dirección y el modo de intervención del terapeuta, y como éste manejará las distintas estrategias terapéuticas para lograr el cambio en el consultante.

## **ABSTRACT**

The following monograph is a bibliographic review of the strategic interventions that contribute to systemic therapy and its function.

The strategic interventions attempt to generate the maximum number of exceptions to the patient's problems in an organized and systematic manner. The therapeutic objectives and strategies most often used in therapy will be described from the perspective of the MRI (Mental Research Institute). To this end, the patient's problem is determined by means of actions and automatic responses triggered and sustained by the "attempted solutions" that the patient uses to handle the disorder or symptoms.

The therapy which is based on TCS solutions has been taken into account since these interventions try to find solutions to the problem and to recover the patient's own resources that will manifest themselves through diverse, strategic tasks.

Strategic interventions have been taken into account since the interventions themselves function to interrupt the repetitive cycle of the perpetuation of the patient's problem. The study will go into greater depth in order to find, with greater exactitude, the proper direction and means for therapeutic intervention and how the therapist should manage the different therapeutic strategies to achieve the desired behavioral change in the patient.

## INTRODUCCIÓN

El contenido de la presente monografía hace referencia a las Intervenciones Estratégicas individuales del modelo clínico sistémico. Se expondrán los conceptos fundamentales como: en qué se basan estas intervenciones, en donde hacen su foco de atención, objetivos de la entrevista, objetivos del tratamiento y una revisión de las intervenciones para el cambio, su clasificación y sus procedimientos.

El tema se ha escogido debido a la importancia que tienen estas intervenciones en el trabajo terapéutico, ya que se preocupan eficientemente de un proceder más rápido dirigiéndose en la adecuación de medios y fines motivados al cumplimiento de objetivos convenidos con el consultante.

Se describirá los fundamentos y algunas de las intervenciones del MRI (*Mental Research Institute*) como: reformulación, las prescripciones, intervenciones paradójicas, hablar el lenguaje del cliente, etc.

También citaremos la terapia breve estratégica Centrada en las Soluciones (TCS) y algunas de sus intervenciones orientadas al futuro y las excepciones: la bola de cristal, la técnica del milagro (Steve de Shazer), ubicación en una escala, etc.

# **Capítulo 1. INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS**

## **Introducción**

El capítulo inicial está formado por el concepto de las intervenciones estratégicas, su objetivo primordial, su foco de estudio, las distintas estrategias para abordar las etapas iniciales de la entrevista como la social, el planteamiento del problema, la interacción entre consultante y consultor, la fijación de metas terapéuticas y cómo se llegaron a las mismas, de igual manera se expondrá la tarea principal de la intervención estratégica en conjunto.

### **1.1 Concepto**

Las intervenciones estratégicas reciben este nombre debido que buscan el cambio por medio de estrategias o maniobras planteadas por el terapeuta para ayudar al consultante a que encuentre sus propias directrices para el cambio deseado; este cambio se dará por medio del cumplimiento de objetivos establecidos, tanto por consultor, como por el consultante, orientados en adecuar medios y fines para la resolución del problema enunciado por el consultante.

El consultor principalmente identifica los problemas a resolver, pone metas, diseña estrategias para poder llegar a las mismas, además evalúa resultados para verificar el proceder de la intervención.

Las propuestas dadas en la intervención se orientan en plantear una meta mínima que forme un pequeño cambio evitando que se genere el problema de una manera estratégica y planificada.

Una característica esencial de estas intervenciones es el modo rápido, económico y eficaz de abordaje. Usualmente el consultor se enfoca en modificar la “visión preferida” del consultante, lo hace por medio de tareas, prescripciones, reformulaciones, desafíos, paradojas u otras herramientas, directa o indirectamente, con el uso preponderante del lenguaje, algunas de las tareas dadas durante la intervención servirán para que el consultante

aplique las estrategias en su proceder diario o las realice en su vida cotidiana para que estas permanezcan y favorezcan en su capacidad de afrontamiento en el cambio de su conducta.

Es importante recalcar que no es solamente una terapia que promueve la supresión de los síntomas, sino que coloca al sujeto en otra perspectiva de percibir su realidad o una nueva realidad; esto implica una reestructuración de su visión que le llevará a desligarse de conductas, pensamientos, emociones rígidos y a una mejora en su calidad de vida y de relaciones interpersonales.

La terapia estratégica no busca las causas profundas del problema, aborda cómo el problema se ha mantenido en el presente más que la formación del mismo en el pasado, se focaliza en cómo funciona el problema en la interacción presente en sus conductas observables o sea el cómo el sujeto ha tratado de solucionar el problema y cómo es posible de una manera rápida y eficaz solucionarlo.

Esta intervención va en contra de la creencia de que los problemas que persisten por largo tiempo necesitarán de un tratamiento igual de largo, tanto en tiempo como en intensidad: el enfoque estratégico es radical ya que se dirige a la reestructuración de la manera de ver la realidad.

Uno de los modelos de terapia breve estratégica es el de la terapia breve centrada en los Problemas del Instituto de Investigaciones Mentales (MRI) de Palo Alto (Fish, Weakland, y Segal 1992); es uno de los modelos sistémicos más importantes; la terapia breve se ha utilizado para diversas patologías, como: trastornos de pánico, obsesivos, depresiones, psicosis, etc.; tomando la forma de terapia familiar, de pareja o individual. Es un enfoque terapéutico que permite pautar la marcha estratégica del sistema terapéutico hacia el logro del objetivo. Para lo que se trabaja con los ejes fundamentales: la motivación y las soluciones intentadas para resolver el problema. El enfoque particular del MRI, se caracteriza principalmente por concentrar y determinar cuál es problema para definir una estrategia de resolución. El énfasis, de este enfoque está en poner atención tanto a la estabilidad como al cambio cuando se conceptualiza el problema, se da importancia de igual

manera al lenguaje y al sistema de creencias del consultor en su influencia de lo que va ocurrir en terapia.

A este modelo se lo denomina también “centrado en los problemas”, ya que los terapeutas tratan de aliviar sólo las quejas específicas que los consultantes llevan a la terapia, no buscan la fuente del problema, y este problema es de naturaleza interaccional. El problema pone en dificultades al sujeto con las demás personas, es algo que viene del interior de él mismo, no se considera a las personas que tiene el problema con algún defecto de carácter o como enfermos mentales.

Otro modelo de intervención estratégica es el de la terapia breve centrada en soluciones (TCS), desarrollada por Steve de Shazer y el grupo de Milwaukee (1985). Sus planteamientos teóricos están muy influidos por el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, y por el enfoque clínico desarrollado en el *Mental Research Institute* de Palo Alto; según varios autores, Erickson es el primer terapeuta estratégico, cuyas ideas acerca de cómo realizar la psicoterapia y sus métodos terapéuticos influyeron en lo que hoy se denomina terapia estratégica breve.

Este enfoque se basa en no estudiar la historia del problema ni de intentar hacer un diagnóstico, el terapeuta no toma el rol de un experto ni trata de psicoeducar a la persona; la tarea fundamental es ayudar a hablar/narrar de tal forma que pueda descubrir vías de solución, alternativas más positivas que la queja.

## **1.2 La Solución Intentada Fallida**

Los problemas se inician por una dificultad en la vida cotidiana muchas de las veces relacionada a una etapa de transición, que se enfrentan de una manera infructuosa. Esta conducta se vuelve reiterativa, además el contexto social “mantiene” dicha conducta, y el mismo contexto interviene en proponer diferentes “soluciones” al problema que más bien lo que hacen es perpetuarlo.

Por lo tanto, el sujeto da una respuesta equivocada y en vez de abandonarla cuando se da cuenta que no consigue el efecto deseado, lo que hace es intensificar la misma solución, es importante recalcar si el error es circunstancial, no se dará un síntoma, pero si se persiste se llegará a él. Producida esta equivocación, el contexto social del sujeto tratará de solucionar el problema y al darse cuenta de que ellos tampoco consiguen nada lo aumentarán más activamente, de manera que el síntoma se mantendrá o quedará ligado a las conductas del sujeto y a las de su grupo.

Estas tentativas o soluciones repetidamente intentadas se convierten en el problema, o sostienen al problema formando circuitos autoperpetuantes en el sujeto, los mismos que comienzan a funcionar solos a lo largo del tiempo, transformándose en patrones de conducta.

Desde el punto de vista del MRI, el problema esta determinado por el mecanismo de acciones y retroacciones que es desencadenado y mantenido por la “soluciones ensayadas o intentadas” que el sujeto realiza para enfrentar a su síntoma o trastorno.

La meta terapéutica esencial es la de introducir alguna variación en el esquema de solución del problema que viene utilizando reiterativamente el paciente en relación con su síntoma, o a los que están cercanos con el síntoma del paciente. Esta meta será una estrategia definida tanto por el paciente que señalará cual es el cambio mínimo que cree que le podría llevar a la solución del problema, cuanto por el terapeuta que ha de evaluar cuál es el tipo básico de solución intentada por el paciente.

El planteamiento de una meta mínima sugiere una acción que implique un pequeño cambio, esto no quiere decir establecer una reestructuración total de la situación-problema, esta se realizará paso a paso, un cambio mínimo en los circuitos autoperpetuantes, puede provocar secuencialmente nuevos cambios o se alterarán las pautas de interacción que estructuran la circularidad entre la relación problema-intentos de solución fallidos ya que se modifica la circularidad del sistema generador del problema-queja.

### 1.2.1 ¿Cómo explorar las “Soluciones Intentadas Fallidas”?

Para poder evaluar las “soluciones intentadas” el terapeuta se plantea la pregunta “¿Qué haces cuando te sucede... (la queja/problema)?” Lo esencial es saber cómo reacciona el paciente o sus familiares ante ella, qué es lo que hacen, más que lo que sienten, consecutivamente se seguirá con algunas preguntas para llegar a las soluciones intentadas.

¿Y cómo reaccionas posteriormente?

¿Qué otra cosa haces para resolver... (la queja)?

¿Qué haces para conseguir lo que te propones?

A continuación, después de cada respuesta se pregunta:

¿Cuál es el resultado de lo que haces? ¿Tú acción alcanza su propósito?

¿Qué más has intentado?

¿De qué forma te ayudan tus familiares o personas a tu alrededor?

(Se indagarán las soluciones ofrecidas por el resto)

¿Lo que te propone tal persona crees que para ti es una ayuda?

El momento que se ha conseguido identificar cuáles son las soluciones intentadas fallidas que utiliza el paciente y sus familiares para que la queja o el problema desaparezcan, se prosigue a determinar el factor común de estas soluciones intentadas e ineficientes para posteriormente proponer estrategias orientadas a un cambio

En esta intervención la meta es cambiar el tipo de solución intentada por la estrategia opuesta.

Si el tratamiento resulta eficiente se observará una disminución de sintomatología desde las primeras sesiones, ya que el paciente ha comenzado a bloquear el funcionamiento de los circuitos autoperpetuantes iniciadores de la disfunción. El progreso que tiene el paciente es evidente en relación

consigo mismo, con su contexto y con un cambio cognitivo en la percepción de la realidad.

### 1.3 La Primera Entrevista Estratégica

Es el tiempo que se dedica tanto consultor como consultante a vincularse de manera positiva, empática ganando así desde el comienzo la confianza del consultante, sensación muy importante, puesto que posibilita el cumplimiento de las prescripciones y acentúa el poder y la influenciabilidad de la palabra del terapeuta o consultor, para así favorecer a toda la estrategia terapéutica, básicamente se define si hay un problema, cuáles vendrían a ser sus términos y cómo este problema es mantenido por las creencias y conductas del consultante. La primera entrevista consta de algunas etapas que se describirán posteriormente, el cumplimiento y una buena conducción de estas etapas llevará a un mejor manejo de la intervención, *“Para que una consulta termine adecuadamente, debe tener un buen comienzo y será exitosa cuando resuelve los problemas del cliente, por lo tanto, un buen consultor, debe saber cómo formular un problema y cómo resolverlo”*.<sup>1</sup>

El Consultor desde su primer encuentro con el consultante, en lugar de estudiar su pasado, se interesará y se centrará en:

- ¿Qué ocurre en el interior de las tres clases de interacciones independientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo?
- ¿Cómo funciona el problema que se presenta en el interior del sistema relacional?
- ¿Cómo el sujeto ha intentado, hasta el presente, combatir o resolver el problema (soluciones intentadas)?
- ¿Cómo es posible cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y efectiva?

---

<sup>1</sup> WAINSTEIN, Martín. *Intervenciones para el cambio*. JCE Ediciones, Buenos Aires. Agosto 2006. p. 83

- ¿Cuál es la principal actitud del cliente (conducta, opinión, motivación) con respecto al problema?
- Definir una estrategia de qué y cómo es lo que el consultante podría hacer para solucionar su problema. El siguiente cuestionamiento es: ¿Cómo transmitirlo de un modo coherente con dicha postura?

Con todas estas indagaciones le será más fácil al consultor verificar si será eficaz alterar el sistema perceptivo-reactivo que sostiene al problema (soluciones intentadas), interviniendo directamente sobre el consultante y como consecuencia, generando un cambio en el sistema interpersonal del mismo.

O se dará cuenta si es más eficaz intervenir sobre el sistema de relaciones interpersonales familiares, extendiendo la terapia a más sujetos, por lo tanto, como consecuencia del cambio de las secuencias interactivas de varios sujetos, cambiará también el sistema perceptivo reactivo de la persona problemática; para esto el consultor tomará en cuenta quiénes son las personas que participan en el sistema que involucra el problema, como también, los intentos por solucionar el problema por las personas cercanas (familiares, amigos).

El núcleo central de la entrevista consiste en ayudar al consultante a cambiar su manera de construir su experiencia problemática. Lo más importante es que el consultante considere satisfactoria la solución que construye junto con el consultor, además de entrada se preguntará al sujeto ¿qué le trae por aquí?, después de delimitar el motivo de consulta, el mismo que también se va formando conjuntamente con el consultor, se organizará, se indagará sobre el contexto en el que se da el problema y los circuitos autoperpetuantes que lo sostiene, o sea se realizará un diagnóstico de estos circuitos.

El objetivo del tratamiento que se dé en la entrevista consistirá en bloquear estos circuitos, se bloquea un circuito por otro, una solución fallida por una que funcione, se intervendrá para que el paciente enfrente su problema de manera diferente.

La mejor manera de hacerlo es observar, aprender y hablar el lenguaje del consultante, por ende, el consultor debe ajustar su lenguaje a la subjetividad, cognición, e idiosincrasia del consultante para evitar la resistencia al cambio.

La primera entrevista estratégica consta de algunas etapas y sus características:

### 1.3.1 Etapa Social

El terapeuta interactúa con el consultante y con los miembros de la familia de éste, será una situación cordial con el objetivo que se sientan cómodos cada uno de los integrantes, el consultor podrá observar, evaluar cómo son las interacciones entre estos, y su tipo de organización, ya que en el consultorio se conseguirá vislumbrar cómo se desarrollan estos factores tal como se dan en su convivir diario.

El consultor tendrá la oportunidad de hablar con cada uno de los miembros para poder especificar los circuitos que se han perpetuado solos, tanto en el consultante como en su familia.

### 1.3.2 Etapa de Planteo del Problema

Como anteriormente ya se ha mencionado, en esta etapa se indaga sobre el problema, es la transición de la etapa social a las intervenciones mismas. Se le cuestiona al consultante qué le aqueja, es muy importante el modo cómo el consultor realice la pregunta ya que define su posición en la relación. La función principal de esta etapa es conocer qué es lo que piensa del problema el consultante y si es necesaria la presencia de la familia, comunicarle al mismo el porqué ellos están presentes, esto apaciguará y regularizará la situación; por lo mismo, será imprescindible preguntar a cada miembro, qué es lo que piensan del problema y evaluar el grado de participación de cada uno en el mismo.

El papel del terapeuta estratégico en esta etapa es recoger información, organizar los turnos, observar cómo actúa cada uno de los entrevistados sin comunicar sus observaciones, no debe emitir juicios de ninguna clase, así se verá el problema con una perspectiva diferente.

Las preguntas se centrarán en precisar una descripción de qué es lo que le está sucediendo al consultante, lo esencial es aclarar de manera concreta el problema, evitando deducciones y abstracciones, y delimitando cómo es el sistema interactivo disfuncional que hace que el consultante se mantenga en el problema.

Muchas de las veces esto no es una tarea sencilla, ya que los sujetos no se caracterizan por ejecutar una discriminación específica e íntegra de lo que realmente les acontece y a menudo recurren a explicaciones vagas, además muchos son los consultantes que llegan a la terapia en la búsqueda de saber cuál es su problema y en algunas ocasiones asisten con un problema concreto.

El momento en que el terapeuta obtenga la información exacta de la detección del problema, le permitirá tener las pautas precisas que definan éste y por lo tanto será mucho más rápido, sencillo encontrar una solución que lo cambie.

El terapeuta estratégico debe estar conciente, que sus preguntas prescriben y no describen.

### 1.3.3 Etapa de Interacción

En esta etapa el consultor establece una hipótesis sobre la posible función que tenga el síntoma, identificará la secuencia sintomática y cómo está organizada en la interacción del contexto familiar del consultante.

En esta etapa también participarán los miembros de la familia del cliente para que éstos conversen entre sí acerca del problema, el consultor deberá conducir esta etapa correctamente para que las interacciones se hagan evidentes.

### 1.3.4 Etapa de Fijación de la Meta

Se le pide al consultante que especifique los cambios que desea lograr, se establecerá un contrato entre el consultante y consultor tratando que sea lo más claro y preciso posible, ya que esto llevará a una mejor organización y cumplimiento de las tareas.

Esta etapa de igual manera se enfocará en los cambios que desean alcanzar cada miembro del sistema familiar del consultante; básicamente se centrará la atención en la persona–problema–consultante.

Luego de la construcción de la hipótesis sobre el problema, se pondrá de acuerdo con el consultante respecto al objetivo u objetivos y planteo de una meta mínima y cómo éstos determinarán las estrategias para la resolución del problema presentado; a la vez la planificación de éstos, será un trabajo conjunto del terapeuta y el consultante para que puedan dirigirse de una manera adecuada, evitando perderse en elementos que no tienen que ver con el problema. Es importante preguntarle al consultante cómo estaba él antes de iniciarse el problema.

El consultor tratará de explorar las atribuciones que el consultante entiende por su mundo, su problema. En estas exploraciones se deberá poner cuidado y precisión en aquellos términos que se presentan ambiguos o que son un punto fácil de interpretaciones, de esta manera se podrá precisar un objetivo mínimo que lo lleve a la meta.

Por otro lado, se plantearán paso a paso las metas mínimas, de esta manera disminuirán la incertidumbre y la ansiedad que generan el mismo tratamiento, esta estrategia sugerirá obtener resultados concretos en la acción para proseguir con otros niveles de cambio. De lo contrario, si se plantearía un objetivo mayor, el consultante se sentiría muy distante de alcanzar el mismo y concretarlo, lo que generaría mayor resistencia a la modificación del problema. Por ende, un pequeño cambio, por mínimo que este fuera, lleva un nuevo circuito generando la ruptura de la perpetuación disfuncional sostenida.

### **1.3.5 Conclusión de la Entrevista**

Se planeará el encuentro de una nueva cita, de la misma manera si es necesario que acuda otro miembro se conversará con el consultante para que este asista. Sería importante que el consultor pida al consultante que realice una tarea para con la misma, quedar vinculado con las siguientes sesiones.

El objetivo esencial de la entrevista estratégica es llegar al problema del consultante, directamente se le preguntará qué es lo que no le agrada en el presente y qué quiere cambiar para el futuro, para esto podemos utilizar algunos cuestionamientos:

¿Cuándo se da el problema?

¿En qué lugar y cómo aparece el problema?

¿Cuales son las manifestaciones del problema? - ¿Con quienes se produce?

¿Cuáles son las alteraciones a las reglas del problema? - ¿Cuáles son las conductas que quedan fuera a causa del problema?

¿Cuáles son las creencias que tiene el consultante acerca de su problema?

*“La definición del problema se realiza en términos de conducta real, en un pasado reciente y en el presente. El énfasis está colocado en las soluciones intentadas, intentos de resolver el problema que no han dado resultado, por lo tanto, la evaluación del problema se orienta al presente y al futuro”.<sup>2</sup>*

Desde una visión estratégica, solo después de que se ha producido el cambio o el nuevo aprendizaje, el conocimiento puede repetirlo y aplicarlo de nuevo, de esta forma se cambia la manera de actuar y como consecuencia cambia la manera de pensar o cambia el marco de la realidad del consultante.

#### **1.4 Segunda sesión y siguientes**

En la posterior sesión y las que vienen se iniciará preguntando al consultante ¿qué cambios se han producido? y se verifica la ejecución de la tarea. En la segunda sesión y en las posteriores consultas (máximo 10) se seguirá seleccionando tareas según la evolución del consultante. Si éste refiere que la situación va mejorando, se le cuestionará para extender y elegir las excepciones y modificaciones producidas, y se le hará conciente que sus objetivos están siendo cumplidos.

---

<sup>2</sup> WAINSTEIN, Martín. *Intervenciones para el cambio*. JCE Ediciones, Buenos Aires. Agosto 2006. p. 85

Mientras que, si el consultante está confuso, y no tiene claro si ha mejorado o no, también se seguirá una secuencia similar a la anterior y se le prescribirá hacer algo distinto. El consultante que dice estar igual, se le preguntará que manifieste un evento de un día bueno o excepción que se ha dado; si no lo encuentra se le continuará planteando qué hizo al menos para que las cosas no empeoren, y si su respuesta es negativa, entonces se le formulará la tarea de hacer algo diferente como cambiar la secuencia de cómo se da el problema.

La terapia finalizará cuando el consultante refiera que los objetivos con respecto al problema-queja se han alcanzado, por lo tanto, concluirá cuando la meta propuesta en el contrato es concretada, en otras palabras, el problema se ha solucionado. En la finalización de la terapia se hará una recapitulación del trabajo realizado y todos los pasos del proceso compartido.

Se recalcará el compromiso adquirido por el consultante, el mismo que permitió el cambio y el progreso a la autonomía personal.

En resumen, el terapeuta estratégico piensa que la gente cambia:

- Modificando su visión de lo que consideran problema.
- Construyendo con esta perspectiva anterior una nueva realidad.
- Concibiendo el espacio terapéutico como un lugar de reflexión y creatividad.
- A veces cambiando reglas y significados.
- Estableciendo la situación terapéutica en una situación de aprendizaje.
- Bloqueando soluciones intentadas, rompiendo circuitos autoperpetuantes.
- Si el sujeto desea un cambio, debe actuar de forma diferente.
- Mejorando la autoestima.
- Mejorando las relaciones con uno mismo, con los demás y con el mundo.

Watzlawick considera como postulado básico de la terapia Estratégica el concebir que: *"La realidad que percibimos y con la que nos relacionamos -incluidos los problemas y las patologías- es el fruto de la interacción entre el punto de observación asumido, los instrumentos utilizados y el lenguaje que usamos para comunicarnos con esa realidad, no existe una realidad verdadera en sí, sino tantas realidades como diversas interacciones hay entre sujeto y realidad"*.<sup>3</sup>

## **1.5 Conclusión**

Las intervenciones estratégicas son prescripciones de comportamiento, focalizadas a interrumpir el ciclo repetitivo de perpetuación del problema.

Se puede tener en cuenta, claramente, que las soluciones que está poniendo el consultante hasta el momento para solucionar su problema no sirven, de lo contrario no buscaría ayuda, por ende, no solamente llega a consulta el problema sino también una solución, que junto con su contexto familiar el consultante ha mantenido, lo que trae a consulta el cliente es un problema molesto y una solución ineficaz, lo que hará el terapeuta es proponer una solución eficaz, ya que el problema inicial que se debe resolver no es más que la misma solución que no sirve.

---

<sup>3</sup> Watzlawick y Nardone. 2000. p. 17

## **Capítulo 2. PROCEDIMIENTOS DIRECTIVOS**

### **Introducción**

En éste capítulo se expondrá las distintas intervenciones estratégicas, se tratará lo que son los procedimientos o tareas directivas, se tomará en cuenta esencialmente el hablar el lenguaje del paciente siendo esta una técnica imprescindible en el consultor; se abordará también la importancia que tienen las intervenciones paradójicas en la terapia estratégica, las mismas ayudarán a manejar las resistencias de los consultantes; dentro de las intervenciones paradójicas están las prescripciones que se le hacen al consultante, las que le pueden parecer absurdas y contradictorias al mismo, pero que le llevarán a la modificación de su problema.

El reformular es remarcar la visión del problema con otro marco de referencia. Otra intervención estratégica que se nombrará es el accionar sobre la pauta del problema, y finalmente se expondrá la importancia del uso de los relatos, anécdotas, metáforas, chistes, que ayudarán a replantear la visión de la situación problemática del consultante.

### **2.1 Concepto**

Los procedimientos directivos vienen a ser cualquier comunicación directa o implícita; puede ser un gesto, un tono de voz, un silencio pertinente, comentarios, mensajes, para que la otra persona realice algo.

Las Intervenciones Estratégicas utilizan estos procedimientos, ya que para éstas la comunicación es inherente de la consulta; la consulta en sí es una estrategia terapéutica, por eso en la misma es inevitable no intervenir.

Principalmente el consultor debe aprender la forma de comunicación del paciente, para poder acceder a la estrategia más adecuada para el mismo; de esta manera será más factible el cambio en el cliente; las tareas dadas serán la principal fuente de este cambio, ya que las mismas promueven a que las personas actúen de manera distinta a la que estaban acostumbrados.

Las Tareas directivas llevarán a intensificar la relación entre consultante y consultor; la capacidad del consultor en llevar la dirección de la tarea hace que éste se involucre en la cotidianidad de su consultante; ya que el consultante al recibir una directiva reflexionará como afectará en su proceder, y qué sucederá si la realiza o no fuera de la consulta.

Las tareas también permiten determinar cómo actúan los sujetos al recibir dicha directiva, las mismas que ayudarán a observar cómo el consultante actúa frente a lo cambios deseados.

## **2.2 Hablar el Lenguaje del Paciente**

El hablar el lenguaje del consultante, es una de las principales técnicas que conforman las intervenciones de la clínica sistémica; dentro de sus diversos modelos, como la terapia estratégica de Palo Alto (MRI), que por su consistencia eriksoniana, fue la que dio más importancia a su ejecución. Esta técnica constituye tanto un modelo de lenguaje como de acción llevándose a cabo en una amplia gama de herramientas terapéuticas, que van desde las intervenciones verbales hasta las prescripciones de comportamiento.

En cuanto a sus orígenes, éste se remota a los estudios que realizó Aristóteles, como recurso psicoterapéutico surge por parte del grupo ya mencionado de Palo Alto con las influencias hipnoterapéuticas de Milton Erickson; quien no se remitía a la búsqueda de los orígenes de la problemática, sino que focalizaba el problema e intervenía desestructurado las acciones que mantenían el mismo; Erickson proponía acciones opuestas a la lógica como soluciones, pero igual eran efectivas.

En los años 60, Jay Haley y John Weakland, integrantes del grupo de Bateson, presenciaron por dos años las sesiones de Erickson para aprender y sintetizar su trabajo, de esta forma el grupo del *Mental Research Institute* incorporó en su enfoque las prescripciones de comportamiento, intervenciones paradójales, el lenguaje imperativo, analogías a través de cuentos, relatos, fábulas, reformulación, entre otras más.

Para Erickson, unos de los puntos más importantes fue que había mayor efectividad en el cambio del paciente, si el terapeuta aprendía hablar su lenguaje; tanto a nivel verbal como analógico, podrá concretar objetivos e influenciar en el paciente, copiando de una manera natural la modalidad y estilo personal de relacionarse del consultante.

- En el plano de lo analógico: sus actitudes, gestos, posturas, movimientos particulares, tonos de voz, secuencia y ritmo.
- En el plano de lo verbal: su estilo de conversación, muletillas, terminología más utilizada, contenidos, temas favoritos, etc.

El correcto manejo del lenguaje verbal, depende de la retórica del terapeuta y de la habilidad de captación del estilo reiterativo de comunicación del paciente.

En cuanto al lenguaje gestual, depende de la flexibilidad y control del cuerpo, y su interacción con el consultante, tratando de imitar movimientos sutiles, de una manera natural, sin caer en lo grotesco y poco empático.

El hablar el lenguaje del consultante nos permitirá incursionar en su mundo, será más fácil reestructurar su situación, y al mismo tiempo connotar positivamente su potencia para el cambio. Esto también nos involucrará en su mundo semántico con un efecto persuasivo, para poder influenciar en su comportamiento.

### 2.2.1 Los Canales de Entrada

Es significativo descubrir, cuál es la vía más utilizada por el consultante dentro de su estilo comunicacional para así desarrollar las intervenciones en esa dirección, para hacer más efectiva la introducción de los mensajes por parte del consultor.

Lo que comunica el consultante es su transmisión sobre los hechos que le acontecen, subjetivamente pueden estar acompañados de analogías, expresiones, etc. Todo lo que nos cuente el consultante estará involucrado con los canales sensitivos más desarrollados en él; estos canales determinan las

distintas elecciones, actividades desde las más significativas hasta las menos importantes.

Los canales son: el visual, kinestésico, auditivo, gustativo y olfativo.

- a) En un sujeto por ejemplo, que prevalezca el canal de tipo visual, encaminará la conversación a observaciones de situaciones, metáforas a través de las imágenes. Es difícil de generalizar, pero puede ser que sujetos como: arquitectos, diseñadores, artistas plásticos recurran al tipo visual para manifestar su discurso. Esta información ayudará al consultor para mostrar en el trabajo terapéutico expresiones que expongan imágenes en la comunicación, de esta manera el consultor puede incorporar metáforas, analogías visuales y descripciones de escenas de corte visual, así aumentará el interés del paciente y será mayor su atención al mensaje que trasmite el consultor.

El terapeuta podrá utilizar carteles en las prescripciones de comportamiento, realización de dibujos y tareas desarrolladas en forma escrita. De la misma manera, podría usar ejemplos y analogías que dibujen en la mente de la persona escenas anticipatorias que ayudarán a la interacción en futuras situaciones, cumpliendo con el objetivo planteado de la forma más rápida y eficaz.

- b) Mientras que, si en el sujeto hay la primacía en percepciones kinestésicas, en su discurso se verán descripciones de sensaciones físicas como: calor, frío, dureza, suavidad, relajación, tensión.

La mayoría de veces estas personas en su interacción con los demás tienden al contacto físico con mucha facilidad, expresan su afecto a través de abrazos, o su discurso viene acompañado con tocar a su interlocutor.

El terapeuta tomará en cuenta estas expresiones para metaforizar las explicaciones o reformulaciones, manejando esta sensibilidad en la palabra, de igual manera, se utilizará en las prescripciones de comportamiento para el consultante; también se puede utilizar algunas frases del consultor acompañadas del contacto físico, como una mano en

el hombro, una palmada en el brazo, etc. Estas acciones reforzarán el mensaje en el consultante y se sentirá más identificado con el consultor.

- c) Otro canal es el de tipo auditivo, en el cual las comunicaciones del sujeto están relacionados con la escucha, llenos de analogías con respecto a los sonidos, algunos pueden ser profesionales de la música, o solo resaltan lo auditivo en sus representaciones; es posible que estos sujetos adornen su discurso con algunas expresiones guturales, o reproduzcan los ruidos de las acciones que describen.

El terapeuta introducirá metáforas y repetirá el discurso acompañándose de sonidos, como palmadas en el escritorio, chasquidos de dedos, etc. Esto irremediablemente favorecerá el efecto de entrada de la palabra del consultor en el lenguaje del paciente.

- d) En el sujeto puede primar el canal olfativo y/o gustativo; en base a éstos, el terapeuta pondrá énfasis en las connotaciones, descripciones y prescripciones, con la finalidad de que el consultante pueda ponerlas en práctica.

Es muy posible que en su sujeto se desarrolle más de un canal sensitivo, por lo mismo, el terapeuta sabrá intercalar comunicaciones que impliquen metáforas y frases relacionadas a cada canal sensitivo que coexistirán en un mismo consultante, para así, provocar mayor eficacia en la intervención para el cambio del paciente.

## **2.3 Intervenciones Normativas y Directivas**

### **2.3.1 Tareas Directivas**

Consisten en proponer directamente la realización de una conducta alternativa, esta tarea directiva tendrá que desarrollarse en aproximaciones sucesivas y se llevarán acabo cuando el terapeuta aprecie que el consultante tiene la capacidad y la determinación para hacerlo; es muy diferente intervenir directivamente que normativamente, no es igual solicitar que realice algo; a decirle que realice lo que uno le comunica que es mejor; el

ser directivo implica ser activo, por lo mismo no será dar consejos, o actuar de manera pedagógica.

Varias son las maneras de dar tareas directivas, una de ellas es pedirle al paciente que haga algo, con el objetivo de cumplirlo, otras son las prescripciones directas las cuales podrán ser más efectivas con personas colaboradoras y que tienen poca resistencia al cambio, otra manera de impartir directivas es de cierta forma que el consultor asuma el rol de un modelo, de como intenta el terapeuta, que el consultante sea; esto no solo lo expresará en palabras, sino también con acciones.

En la intervención estratégica, el consultor toma como meta modificar alguna actividad del consultante; para que le resulte más sencillo al cliente, tomará una acción similar a la que desea modificar; finalmente, le designará una tarea dentro de esta actividad, pero que le posibilite alcanzar la meta deseada, tanto en ésta, como en la que verdaderamente desea cambiar. La tarea del consultor consistirá entonces en formular con claridad el síntoma presentado aquí y ahora por el consultante, y planear una intervención en la situación social del mismo para que la modifique. El terapeuta estratégico por medio de directivas y otras tareas sugerirá a los clientes cierto modo de ver los problemas.

## **2.4 Intervenciones Paradójicas**

Estas intervenciones hacen que el consultante cambie por la vía de la oposición, se le pide al cliente que haga algo con el objetivo de no cumplirlo, este objetivo no será presentado explícitamente, por lo mismo, estas intervenciones tienen su inicio en las técnicas de inducción a la hipnosis; no se le propone una conducta diferente a la sintomática, sino más bien se le prescribe la continuidad de ésta en un tiempo fijado.

Se le puede pedir al paciente que anote las circunstancias que rodean la aparición del síntoma, se supone que cuando el paciente provoca el síntoma lo estará sometiendo a un control voluntario, así se incrementará la manera de hacerlo desaparecer.

Estas tareas se pueden llevar a cabo donde la persona mantiene el síntoma conscientemente, ejemplo de ello son las adicciones, conflictos conyugales, obsesiones, manifestaciones somáticas, familias de esquizofrénicos, rendimiento sexual.

Se emplearán, estas intervenciones paradójicas, cuando el consultor desea que el o los consultantes se resistan y de esta manera cambien en oposición a lo que él mismo les plantea, la paradoja viene a ser la unión de opuestos aparentemente contradictorios, ésta es una figura de expresión y pensamiento que permite vincular significados contrarios en un mismo tiempo, espacio, integrando a su opuesto lógico. *“Vista desde la pragmática de la comunicación, una paradoja supone una comunicación explícita o implícita que se incluye en otra comunicación que la contradice. De esta manera se genera un dilema: para obedecer a una, hay que desobedecer a la otra”*.<sup>4</sup>

Las dos comunicaciones o significados, unidos, pueden causar confusión; la intervención paradójica más común es, en la que el consultor promueve la continuación o hasta el empeoramiento del problema que se llevará a cabo en la tarea planteada en donde se resolverá dicho problema, a ésta se la denomina prescripción del síntoma.

En el MRI de Palo Alto, se llevó a cabo el mismo procedimiento, cuando los consultantes precisaban que sus síntomas eran ingobernables; entonces, en la intervención se combinó tanto el problema de no poder gobernar el síntoma junto con el rol que éste cumplía como una solución intentada en el circuito que representaba el mismo problema; por lo tanto, la paradoja permitió quebrantar los circuitos autoperpetuantes de las soluciones intentadas, ya que puso en crisis el sistema de percepciones de la realidad y de respuestas ante ella.

La prescripción del síntoma, no es más que hacer que se comporte como ya lo estaba haciendo, y como ya se dijo, la conducta sintomática ya no será espontánea.

---

<sup>4</sup> WAINSTEIN, Martín. *Intervenciones para el cambio*. JCE Ediciones, Buenos Aires. Agosto 2006. p. 88

El planteamiento para el consultante sería el siguiente dilema: realizar voluntariamente aquello que mantenía involuntariamente; el momento que el síntoma se modifica y se hace voluntario, pierde su valor sintomático e incontrolable.

La prescripción también puede estar fundada en la obediencia, en la cual se espera que el consultante colabore con el consultor, pero éste cree no poder hacerlo, esta prescripción puede ser utilizada cuando la resistencia es baja, y el consultante no tiene control sobre sus síntomas.

Otra prescripción puede estar basada en el desafío, esperando que el consultante se revele, con lo cual renuncia a la conducta sintomática, puede hacerlo de manera explícita o implícita, esta prescripción se utilizará cuando la oposición o resistencia es mayor y hay un control sobre los síntomas; también podrá ser empleada, cuando los consultantes piden ayuda para resolver un problema, pero rechazan al mismo tiempo toda solución, generalmente éstos creen que el problema es uno de los miembros de su sistema, el momento que el consultor cambia la situación de la persona-problema, se desestabiliza al sistema, lo que le llevará a encontrar alguna resistencia, ya que tanto el consultante como su sistema estaban acostumbrados a repetir las secuencias problemáticas, aquí las tareas paradójicas enfrentarán esta dificultad, dando directivas a todos los miembros del sistema o a uno solo, el terapeuta aceptará la contrariedad del consultante “ayúdame a cambiar, sin modificar nada”.

Las intervenciones paradójicas están dirigidas a inducir al cambio, y en éstas se presentan dos comunicados a niveles distintos: “Cambien” y dentro del cuadro del mensaje “No cambien”; el terapeuta podría plantear la siguiente pregunta irracional, al consultante “¿Por qué tienes que cambiar?”, de acuerdo con las reglas del “juego” del consultante, es obvio que tiene que cambiar, como la pregunta no constituye parte de una jugada dentro de su juego, establecerá un juego nuevo y ya no podrá seguir jugando al anterior, el momento que el consultor enuncie las preguntas debe de hacerlo de una manera segura y convincente ya que no duda de la verdad de la paradoja.

La transformación producida por esta aparente contradicción es posible gracias a que la paradoja altera o trastorna la estructura lógica de las palabras, de manera que los conceptos fijos y aislados a los que estaba acostumbrado el consultante pierden su significado inicial. Conforme se va dando el cambio, si el comportamiento disminuye, el consultor evitará que este hecho se le acredite como un logro suyo, porque en el caso que hubieran recaídas también serán responsabilidad del mismo. Una manera de evitar las acreditaciones por una mejoría, es mediante el asombro del consultor de lo que le está sucediendo al consultante.

Cuando parece predecible una recaída en los síntomas, o cuando un mejoramiento da pocas garantías de estabilidad, y también en los casos en que el comportamiento sintomático parece utilizado en términos particularmente manipulativos por el consultante (y por los familiares), el terapeuta puede prever y alentar un agravamiento, con la finalidad de prevenirlo. Esta actitud terapéutica termina paradójicamente estimulando alternativas de conducta en el consultante, justamente porque niega su posible expresión autónoma: cuanto más la niega el terapeuta, tanto más la buscará el paciente.

Hay algunas intervenciones que se utilizan mucho en las entrevistas, como la evitación de formas lingüísticas negativas, la utilización de enunciados negativos con relación a la conducta o ideas del consultante, pueden causar en él reacciones de rechazo, resistencia, o se sentirá culpable; desde el punto vista de las intervenciones estratégicas, la resistencia es una oposición por parte del consultante, ésta como ya se dijo, se puede utilizar ventajosamente para el cambio del mismo.

## **2.5 Reformulación**

Cada ser humano se caracteriza por la forma particular de construir y organizar sus acontecimientos, los mismos están constituidos por componentes cognitivos, afectivos y conductuales; todo esto forma el marco de referencia del sujeto el cual determina actitudes del mismo, cuando el sujeto desarrolla conductas que repetidamente le ocasionan frustración, será

el momento de cuestionarlo. La reformulación se da cuando el consultor es capaz de modificar el marco de referencia que el paciente tiene establecido para su problema, generando un contexto cognitivo, emocional, actitudinal, en el cual el problema pierda su significado, que se desaparezca, esto puede darse porque el consultante cambió la conducta, o porque modificó la manera de ver los hechos; esto se consigue con diferentes técnicas: reencuadre, connotación positiva. La connotación positiva no es más que la reinterpretación del problema, proporcionándole un significado nuevo a las viejas conductas; serán más efectivas si se van adaptando a la experiencia del sujeto; las etiquetas positivas aportan formas de pensar a la solución del problema, tanto la connotación positiva como el reencuadre, servirán para que el sujeto, tome con un sentido diferente a una situación o conducta problemática.

Según la definición del Vocabulario de Terapia Familiar de Simon, Stierlin y Wynne, el Re-encuadre *"consiste en una estrategia terapéutica que produce una alteración en el modelo interno del mundo, que tiene el paciente o la familia. Este modelo o 'encuadre' dirige la conducta, los sentimientos y el pensamiento"*. Esta visión se enfoca en los marcos de referencia (creencias de los sujetos acerca de los problemas). El consultante al pensar en las situaciones desde un solo punto de vista, disminuye su capacidad de acción, y no puede ver las diferentes alternativas.

El reencuadre del problema, es una de las técnicas de persuasión; intenta cambiar el mapa conceptual y conductual del consultante, este cambio será una construcción de significados alternativos equivalentes al estilo del cliente; el reencuadre como ya se dijo anteriormente, suele asignar una connotación positiva a conductas que antes eran vistas como negativas, codificando la percepción de la realidad.

Esto abarcará redefiniciones cognitivas ya sea de un pensamiento o de una idea; provocando dudas en los marcos de referencia del consultante, lo que cambia es el sentido atribuido a la situación y no los hechos concretos de ésta, un ejemplo que se usa comúnmente es el de señalar al consultante la media copa llena, a quien habla de la media copa vacía.

La reformulación debe sintonizar con el modo de que el consultante tiende a ver su problema, ya sea en términos emocionales, intelectuales, etc. Una reestructuración llevada con éxito será la que extraiga el problema de su definición de síntoma, transformándola a otra que no implique la imposibilidad de modificarla. En muchos de los casos reformulaciones aparentemente buenas pueden fallar, ya que no están construidas de acuerdo al modo en que el paciente formula el problema; lo que se le debe posibilitar al consultante, es que mire las cosas de otra manera, brindándole nuevas perspectivas.

## **2.6 Accionar sobre la pauta**

Accionar sobre la pauta significa, alterar las pautas que el consultante estaba acostumbrado a realizar, estas pautas son las que ayudan a organizar la experiencia, la percepción, y la conducta del sujeto, además definen cómo se fue desarrollando el problema.

Para llevar a cabo una intervención exitosa, será necesario indagar: motivaciones, marcos de referencia, el síntoma, etc. Se puede intervenir de algunas maneras:

- Cambiar el ritmo del síntoma o la frecuencia, se le puede pedir al consultante que disminuya la presencia del síntoma, o que lo haga en intervalos de tiempo más cortos.
- Cambiar la duración del síntoma: por ejemplo que trate de extender la duración del mismo.
- Cambiar el instante del día, de la semana, en el que este ocurre; por ejemplo intentar concentrar el síntoma en un horario establecido.
- Cambiar el lugar donde se origina, ya sea en el cuerpo o en el entorno.
- Cambiar la intensidad con la que se presenta, puede ser registrándolo más.
- Modificar la secuencia o el orden en que se produce.
- Originar un corte en la secuencia, (cortocircuito).

- Aumentarle o quitarle un elemento.
- Dividir o fragmentar un elemento unitario, haciéndolo más pequeño.
- Tratar de que el síntoma se extienda sin su pauta de reiteración, por ejemplo: un sujeto con alguna fobia, que trate de afrontar su miedo sistemáticamente, en vez de hacerlo de una sola vez.
- Tratar de que se retire la pauta con la eliminación del síntoma.
- Relacionar la pauta-síntoma, con otra pauta, como una experiencia indeseada.

## **2.7 Uso del Lenguaje Metafórico, Analogías, Anécdotas y Relatos**

Generalmente se utilizan las metáforas para transmitir un mensaje que no esté relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales. El mensaje puede ser una nueva definición del problema, también puede ser una solución al mismo o ambas cosas, en donde el consultante extraiga de la metáfora una consecuencia que le ayudará a solucionar el problema.

Un consultor debe habituarse a hablar y a escuchar de un modo metafórico; el momento que el consultante habla de su problema el terapeuta debe escucharlo atentamente, ya que el cliente además de referirse a los hechos mismos del problema, indirectamente también puede estar comunicando algo que no lo puede decir de manera explícita, por ejemplo: si una madre habla de los problemas de desorden alimenticio de su hija, puede ser que en otro nivel esté comunicando que en su relación matrimonial tampoco existe ningún orden.

Cuando un consultante se resiste a las intervenciones directas, es posible enfrentar el problema comunicándose con él en términos de una metáfora, se hablará de un tema pero refiriéndose al otro, se le mostrará una nueva visión del tema tratado, por lo tanto, la función de la metáfora será llevar el conocimiento del consultante más allá de su contexto inicial, hacia uno nuevo.

En cuanto al uso de analogías, éstas se pueden emplear en distintas experiencias para encarar de manera diferente las vivencias del consultante, es un recurso para reenmarcar, estas pueden ser utilizadas directamente para ampliar algo que el consultor intenta comunicar, o también de modo indirecto para lograr desviar la atención consciente referente al problema, la comunicación indirecta hacia el consultante ayuda a disminuir sus resistencias; no es necesario una opinión directa acerca del modo de actuar o conducirse del cliente, el mensaje también puede llegar en forma de relato o anécdota.

El uso de anécdotas o relatos: Se puede recurrir a los mismos, para que el consultante no piense que es la única persona que tiene el problema y presenten una solución, se emplea historias que ejemplificarán la situación del consultante para que se le trasmita un mensaje, como ya se había citado antes, para eludir tendencias mentales conscientes que presenten sus soluciones. La técnica de narración de relatos cumple una doble función; si el cuento es narrado por el consultor, será una función terapéutica, mientras que si se le pide al consultante que narre alguna historia tendrá una función diagnóstica en la intervención; los relatos contados por el consultor facilitarán a que el consultante escuche y ceda terreno en la terapia.

El contar relatos o anécdotas al consultante, le ayudarán a que éste se identifique con el héroe o con una situación; le muestra un nuevo sentido para aliviar su propia inercia acerca del problema; los relatos contados deberán resaltar el punto principal del problema del consultante, para que le provoquen emociones que le permitirán al consultor indagar más sobre el conflicto. Una vez narrado el relato por el consultor, su objetivo no será analizarlo, sino más bien dejarlo en el consultante para que dé frutos más adelante.

## **2.8 El sentido del humor**

Se utiliza el humor para señalar ciertos puntos que generarían resistencia en el consultante; el humor trae alivio y facilita una perspectiva clara de pensamiento; el consultor debe cuidar de no ser sarcástico, ya que el

sarcasmo lleva un mensaje ambiguo, lo que producirá en el consultante desconfianza.

Comentarios elaborados cuidadosamente, ayudarán a disminuir la intensidad emocional con que relata el consultante su situación problemática; cuando el consultante puede reírse de si mismo se está enfocando en una buena actitud para el cambio; por ejemplo, un consultante puede tomar con humor una dificultad sexual, entonces le estará brindando menos sentido de prueba a cada encuentro sexual y de esta manera puede ser que disminuya su ansiedad haciendo menos probable que el problema aparezca.

## **2.9 Conclusión**

La persona consultante es un elemento dentro de un sistema diferenciado por la forma de vivir su situación problemática. La directividad de la terapia estratégica hace que, lo que se priorice es el cambio de la situación, mas no la comprensión de la misma; la directiva no siempre se da en lenguaje de instrucciones para la acción, el ser directivos es definir metas a alcanzar con el consultante y llegar a conseguirlas por medio de diferentes técnicas como estrategias ligadas a la acción (intervenciones paradójales, tareas directas, indirectas), o tareas cognitivas como la reformulación o redefinición de la situación. El hablar el lenguaje del consultante y explorar qué canales priman en su comunicación, es significativo para llegar al paciente empáticamente para que sea más admisible al cambio y a la aceptación. En cuanto a las paradojas, éstas sirven para que el consultante cambie por el medio de la oposición, al recibir un mensaje o prescripciones que le hagan inquietar y a la vez tener control sobre su síntoma, para así poder ir modificando su situación; en cuanto a la reformulación, no es más que tomar al problema con otra visión, generalmente con el uso de la connotación positiva que suministra una perspectiva más amplia y de cambio del contexto o remarcado del problema.

El accionar sobre la pauta del problema, no es más que trabajar sobre el mismo, tratando de alterar: la frecuencia, intensidad, orden, lugar de la aparición del síntoma, para tener un control más consciente y así lograr gobernarlo.

En cuanto al uso de relatos, metáforas, analogías, el uso del humor, hacen que la intervención del consultor sea más llevadera, y por medio de una comunicación semejante al problema que lleva el consultante lo haga reflexionar, cambiar la visión negativa que tiene en ese momento, y también para mostrarle por medio de relatos o experiencias, que no es el único ser humano con problemas.

## **Capítulo 3. EXCEPCIONES, SOLUCIONES Y ENFOQUES CENTRADOS EN EL FUTURO**

### **Introducción**

En el presente capítulo se describirá la terapia centrada en soluciones, sus postulados, las directrices que debe manejar el terapeuta, y cómo ayudar al consultante a centrarse en los momentos que ha sentido bienestar. Se describirá la pregunta del milagro y como ésta ayuda en la orientación al cambio del paciente. Otra técnica importante que se tomará en cuenta es la ubicación en una escala y sus clases, y como aplicarla al consultante. La terapia estratégica centrada en las soluciones, se enfocará principalmente en las excepciones del problema con el que acude el consultante, se especificará el trabajo terapéutico para llegar a estas excepciones con distintos pacientes. Se desarrollará también la técnica de la bola de cristal, que es otro enfoque centrado en el futuro como la pregunta del milagro, que llevarán al consultante a ampliar sus excepciones. Para finalizar, se tomará en cuenta algunas intervenciones que se centrarán en explotar los recursos y la creatividad del consultante que le beneficiarán en la modificación de su problema; técnicas como: escribir, leer, y quemar, también la tarea de primera entrevista, y la tarea de hacer algo diferente.

### **3.1 Descripción**

La terapia centrada en soluciones es una modalidad de terapia estratégica breve, ésta fue desarrollada en el *Brief Family Therapy Center de Milwaukee* por Steve De Shazer, Insoo Kim Berg y su equipo. Sus planteamientos teóricos están muy influidos por el trabajo terapéutico de Milton. H. Erickson y por el enfoque clínico desarrollados en el *Mental Research Institute* de Palo Alto. Este modelo se construyó a partir del supuesto fundamental de que todos los pacientes cuentan con fuerzas y recursos para cambiar, y que ningún problema sucede de manera permanente durante todo el tiempo, dándose así las llamadas excepciones a la regla.

La terapia estratégica con este enfoque trata de catalizar los recursos de los pacientes para que participen en “conversaciones para el cambio”, lo que genera modificaciones rápidas en las creencias y conductas de los pacientes. El terapeuta centrado en soluciones, se aparta de las explicaciones, de los problemas para dirigirse eminentemente a las soluciones, competencias y capacidades, se centra más en los recursos de las personas que en sus déficits, en sus fortalezas más que en sus debilidades, y en sus posibilidades más que en sus restricciones, además no se centra en la identificación de los patrones de interacción en torno a la queja.

El terapeuta estratégico centrado en soluciones, entiende a la terapia como sistema, y pone mayor importancia, como se dijo anteriormente, en una teoría de la solución, desde la primera sesión no es necesario mucho hablar del problema; con una breve explicación del mismo basta, los esfuerzos del terapeuta se centran en la búsqueda de soluciones eficaces a través de la excepciones (ocasiones en que no ocurre el problema), de esta manera el objetivo primordial de la terapia será ampliar las excepciones, para lo que se requiere una descripción detallada de éstas por parte del consultante, hallando así las pautas de solución que al extenderse comienza a dar el cambio deseado. El ampliar las excepciones implica indagar todo sobre éstas, luego se procederá a atribuir el control, preguntar al paciente ¿cómo logró que dejara o terminara de..?, asimismo el consultante empieza a ver la relación entre lo que hace o puede hacer, ¿De qué manera es esto diferente de lo que hacías antes?, esta pregunta puede ayudar a que el consultante reconozca su propio avance hacia la solución. Un ejemplo claro de lo que es la terapia centrada en las soluciones la desarrolló mucho antes Erickson el cual estaba tratando a un joven con poca confianza en sí mismo, que acababa de conseguir un trabajo en un banco, le preguntaba con cierto detalle sobre su trabajo interesándose principalmente por los errores que había cometido. Erickson comentó: *“Cada vez que cometía un error en su trabajo lo que me interesaba siempre era el procedimiento que utilizaba para corregirlo, nunca los detalles de cómo había cometido el error”*. Al destacar las correcciones

que hacía el joven, utilizaba sus errores como una forma de ayudarlo a reconstruir su confianza en sí mismo<sup>5</sup>.

Hay preguntas que pueden seguir indagando sobre más excepciones del consultante, por ejemplo, ¿Qué haces para divertirte?, ¿Cuáles son tus aficiones o intereses?, se averiguará sobre acontecimientos de la vida del consultante en donde le permitan ver sus cualidades, las mismas que le ayudarán a resolver sus problemas. ¿Has tenido alguna vez esta dificultad?, ¿Cómo la solucionaste entonces?, ¿Qué tendrías que hacer para lograr que te vuelva a suceder?, de esta forma se investigará sobre soluciones pasadas para la dificultad presente, ya que muchas veces el consultante lo único que necesita es volver a aplicar una solución conocida.

Las metas terapéuticas serán definidas por el consultante con el apoyo del terapeuta en términos conductuales, o sea será de la manera más concreta y accesible posible, estas metas serán constituidas por pequeños cambios realizables, centrándose en la situación más susceptible a la modificación, los pequeños cambios serán significativos, no es posible cambiar por ejemplo una estructura de la personalidad, pero si se podría ayudar a que ésta sea más funcional en la vida. De esta forma, el conjunto de problemas individuales están interconectados en el consultante, al igual que las partes de un sistema familiar, por lo tanto, una mínima modificación en un elemento clave del mismo producirá efectos en otras partes del sistema.

Las excepciones son momentos únicos en los que el problema no se produjo o que por regla general solía hacerlo como ya se citó anteriormente, por ejemplo: las ocasiones en la que la mujer deprimida no se deprime, por lo tanto, el terapeuta tratará de localizar estos momentos, además de hacerle ver al paciente, qué fue diferente en su forma de actuar, pensar, sentir, que ayudó a que el problema no se diera. Estas excepciones serán un relato alternativo,

---

<sup>5</sup> HALEY, Jay. *Problem-Solving Therapy. New Strategies for Effective Family Therapy*. 1979. Versión cast. *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu, Bs. As. 1980. p. 83-84

dentro del cual el consultante cuenta con formas de actuar que le ayudarán a cambiar, para que no se produzca su problema.

Las llamadas excepciones no son más que historias de éxitos conseguidos por el consultante, el consultor trabajará para que estos éxitos sean repetibles, por medio del planteamiento de los objetivos terapéuticos, el terapeuta hará que ésta excepción sea la narración dominante en el consultante, haciéndole hablar lo máximo posible sobre ésta, ¿qué ocurrió?, ¿cuándo, dónde, quiénes estaban involucrados y cómo se desarrolló cada uno de ellos? El momento que se hable de objetivos y de las excepciones se estará generando relatos en los que el problema ya está resuelto, en el planteamiento de objetivos la solución es hipotética, mientras que al hablar de las excepciones la solución es real, pero aún no está bien fortalecida.

Toda persona cuenta con recursos y aptitudes, el terapeuta lo que hace es recordárselos, y hacerle ver que el cambio es posible, que las personas cambian, y que sólo la manera de ver las cosas o situaciones puede quedarse estancada, por lo tanto, la tarea del consultor es identificar y ampliar el cambio. Ayudando a crear una realidad positiva para el consultante, a través el lenguaje verbal y no verbal, y sobre todo, interesándose más sobre las soluciones, la búsqueda del “por qué” sólo obstaculizará el trabajo terapéutico.

Es importante recalcar, que lo que para un consultante funciona puede ser que para el otro no, además de hacerle ver que no hay una manera “correcta” o “válida” de vivir la vida o no hay una única forma “correcta” de ver las cosas; otras perspectivas diferentes pueden ser igual de efectivas y ajustables a los hechos; por lo mismo, el terapeuta no estará por sobre el consultante, las expectativas que éste le vaya mostrando, ayudarán a que el consultante tenga un punto de vista más productivo y optimista de la situación. Cada visión es una porción de la realidad, lo que hará el consultor es ampliar la misma; no existen puntos de vista apropiados o equivocados, sino más útiles o menos útiles.

Principios básicos de la psicoterapia estratégica centrada en la solución de De Shazer:

- El consultor debe exponer al consultante, que el foco de la terapia son las excepciones a sus dificultades, los momentos en que no ocurre el problema y su exploración y sus propios recursos.
- Posteriormente de recoger el motivo de consulta en la primera entrevista, desde la segunda se comenzará preguntando qué ha ido mejorando desde la primera consulta. Si la respuesta es afirmativa, se cuestionará sobre los detalles de esta mejoría, mientras que si la respuesta es negativa, y no ha habido cambio alguno, se continuará con las siguientes estrategias:
  - Se realizará la pregunta o técnica del milagro: “Supongamos que mientras duerme el problema X ha cambiado y mejorado, de modo que al despertarse nota ese cambio positivo. ¿Qué cosas serían diferentes? Más adelante será detallada esta técnica. Si el consultante se comporta de manera incrédula a esta pregunta, se continuará con:
    - Se indagará sobre la secuencia de manejo del problema “¿Por qué las cosas no están al menos peor? ¿Qué está haciendo para que al menos no empeore?”. Nuevamente si sigue la secuencia de la pregunta se indaga el contexto. Si el paciente rechaza que haya algo al menos positivo, el consultante continua con:
      - Se preguntará sobre la secuencia pesimista: “¿Qué es lo que cree usted que pasará si las cosas no mejoran? ¿Quién sufrirá más? ¿Qué es lo menos que puede hacerse para que eso suceda al menos en menor grado?”.
- El consultor también puede utilizar prescripciones de tareas y reformulaciones basadas en las excepciones:
- Externalizar el problema: se presentará el problema como un elemento extraño que oprime al consultante.

- Se le preguntará sobre el futuro: averiguar, sugerir o imaginar cambios futuros y como podría observarlos y distinguirlos.
- Indagar la secuencia del problema-soluciones y plantear intervenciones paradójicas para cortocircuitarlas.
- Se reformularán las posibles resistencias del consultante como estrategias positivas del mismo paciente para enfrentar su situación, incluso animarle a seguir con ellas.
- Se utilizarán preguntas conversacionales: para el consultante o para familias que han pasado por varios tratamientos sin éxito, pueden relatar por qué creen ellos que no funcionaron y se les solicitará nuevas sugerencias para no repetir más de lo mismo.
- Cada consultante tiene una forma única de cooperar, por lo mismo, la labor del consultor será identificar y utilizar esta forma de cooperación.
- Se debe normalizar y despatologizar la situación del paciente, considerarla algo normal, en vez de algo patológico, al normalizar las dificultades del paciente, se producirá un efecto tranquilizador, llevándole a pensar que tal vez las cosas no son tan malas como parecían.

Las tareas son acciones que debe realizar el consultante fuera del consultorio, el objetivo de las tareas será la ampliación de las pautas de solución. También se hará uso de preguntas presuposicionales durante la sesión, éstas preguntas consisten en que el consultor presupone la existencia de una solución que ya existe en el consultante, esto ayudará a producir cambios.

A partir de la segunda sesión y siguientes, el terapeuta se centra en verificar los cambios que se dan en la situación problemática y de la misma manera evaluar si se ha comenzado a alcanzar los objetivos terapéuticos, de esta manera cada sesión deberá ser planificada y sin perder la meta final que se haya propuesto durante la primera sesión. Según el resultado que

proporcione el consultante en cada sesión, se determinará el curso que debe seguir el terapeuta.

Después de cada sesión será importante que el terapeuta se centre en elogiar al consultante, no se trata de dar solo mensajes positivos, sino más bien apoyar a los clientes en sus lados fuertes, para que puedan seguir progresando, es esencial que los elogios sean creíbles, es decir, que sean captados por el consultante como auténticos y ajustados a su situación. Es mejor si los elogios transmitidos, son los mismos que el consultante ha reunido durante las sesiones.

En cualquier caso, y si ya se han dado progresos en la terapia, el consultor, se planteará si los cambios son o no suficientes, en el caso afirmativo, la terapia puede ser concluida, y en caso negativo se tendrá que seguir trabajando. Según con la filosofía no-normativista de la terapia centrada en soluciones, la decisión de qué es una mejoría, es o no es suficiente, se deja en manos del consultante, indagándole directamente (¿Este es el tipo de cambio que quería lograr al venir aquí?, ¿Considera que la situación ha mejorado bastante?).

### **3.2 La Técnica del Milagro**

La técnica el milagro es utilizada para comenzar con el trabajo de planteamiento de objetivos, es una técnica de proyección al futuro (De Shazer, 1988; Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994). La idea principal de esta técnica es conseguir que el consultante se imagine cómo va a ser su vida una vez que todos sus problemas se hayan resuelto. Esta pregunta ayudará a que el consultante construya objetivos bien programados y relevantes, los mismos que son planteados en positivo, esto quiere decir que serán objetivos útiles, por ejemplo “estar más activo en mi trabajo y salir por las tardes con mis amigos”, no deberán ser expresados en negativo por ejemplo “no estar siempre deprimido”, por lo tanto, los objetivos bien formados servirán para guiar el proceso terapéutico y ayudarán a que el cliente identifique las cosas que vayan progresando.

Además de delimitar objetivos, esta técnica de proyección al futuro, de la misma manera ayuda a romper el encuadre que los sujetos hacen de su situación, y de ubicarse en un futuro diferente. Será un modo de ayudar al consultante a concentrarse en una solución potencial y no en los problemas; una pregunta del milagro bien trabajada será un impulso decisivo para la rápida culminación de la terapia. La técnica del milagro no es sólo una pregunta, es una secuencia de preguntas, que pueden llevar a una entrevista.

En términos de relato, lo que se pretende conseguir con la “pregunta del milagro”, es que el consultante construya una historia alternativa que pueda suceder en vez de la descripción saturada de problemas, el objetivo es que el cliente piense en nuevas formas de actuar que puedan poner en práctica en la situación problemática, evidentemente hay un gran paso entre imaginar y ser capaces de ejercer las conductas imaginadas, por lo mismo, las descripciones de los relatos tendrán que ser acordes a la vida cotidiana del sujeto, por esta razón se le solicita al consultante que busque un punto intermedio, de forma que el nuevo relato implique una diferencia cualitativa respecto al anterior, sin que resulte algo demasiado distante de la realidad del consultante. Si el terapeuta interviene demasiado en el milagro que describe el consultante, el relato puede convertirse en algo ajeno a la vida del mismo.

Mientras más minuciosa sea la descripción conductual del nuevo relato, incluyendo lugar, tiempo y sucesión de conductas, entonces más fácil será que el consultante lo lleve a la práctica. El terapeuta dedica mucho tiempo y esfuerzo a construir, a partir de la técnica del proyección al futuro, una historia que describa la vida del consultante sin el problema, que también incluya los personajes que intervienen habitualmente en la vida del consultante, que la narración especifique la actuación de cada uno de los miembros que rodean al cliente, incluyendo la diferencia conductual de los relatos anteriores.

### **3.3 La Formulación de la Pregunta del Milagro**

Antes de realizar la pregunta se le puede hacer ver al consultante que se le formulará una interrogante algo extraña en el sentido de que va a utilizar

mucho la imaginación, se le solicitará que preste mucha atención, ya que la respuesta que dé a la misma va a servir para que se le aclare en qué consistirá la ayuda del consultor.

*"Supongamos que una noche se produce un milagro, y mientras usted duerme el problema que lo ha traído aquí, queda resuelto no como en la vida real, poco a poco y con esfuerzo, sino de repente, de forma milagrosa. ¿Cómo lo sabría usted? ¿Qué sería diferente? ¿Qué vería usted de distinto a la mañana siguiente? ¿Qué notarían las personas que lo rodean?"*

El reflexionar sobre esta pregunta hará más real, probable, un futuro sin problemas para el consultante; es muy frecuente que los consultantes respondan a la pregunta del milagro en términos de queja ("Vería que mi mujer me deja de gritar"), en negativo ("Dejaría de obsesionarme con el trabajo"), o de forma vaga ("Me sentiría mucho mejor") o intrapersonal ("Mi padre estaría menos deprimido y mejor"), en estos casos el terapeuta inicia con el trabajo de la pregunta del milagro, es decir, se utilizará una serie de preguntas que ayuden al los clientes a transformar estas respuestas en objetivos útiles para la terapia, la imagen dada por el consultante tendrá que ser lo más amplia posible, y que no se limite al área-problema.

Estas son algunas de las preguntas que serán útiles para desarrollar al máximo los objetivos:

Si el consultante habla:

...en términos de queja. El consultor pregunta ¿Cómo va a cambiar eso?

...en negativo (dejar de...). El consultor pregunta ¿Qué es lo que hará en vez de...?

...en términos poco concretos. El consultor pregunta ¿En qué va a notar que...?, ¿Cuál será la primera cosa que...?

...en términos individuales. El consultor pregunta ¿Cómo va reaccionar usted cuando él...?, ¿Cómo va a responder él cuando usted...?

Si se agota un "tema" ¿Qué más va a cambiar?

Para no convertir esta parte de la terapia en un simple interrogatorio, el terapeuta puede hacer uso de resúmenes de lo enunciado, comentarios empáticos y humorísticos, con esto se consigue evitar el excesivo aumento del patrón pregunta-respuesta, que muchas de las veces cansa y no satisface al consultante.

### **3.4 Ubicación en una Escala**

De Shazer y su equipo expusieron en 1986, utilizar las escalas de avance, como una forma de trabajar aquellos casos en los que el problema y los objetivos, son excesivamente vagos para obtener descripciones conductuales de los mismos, y por medio del uso de las escalas, el terapeuta podrá tener una idea clara de si el tratamiento está o no avanzando en la dirección correcta. Las preguntas de escala permitirán definir la situación presente del consultante, brindando una segunda oportunidad para detectar excepciones y posibles avances.

Por ejemplo, con una escala de avance, se le preguntaría al paciente de 1 a 10 ¿cómo se ha sentido los últimos días?, si su respuesta es negativa, como que no se ha sentido del todo muy bien, se le coloca una puntuación de 4; se le podrá seguir indagando, ¿cuándo fue el día que se sintió mejor o más que 4?, si el consultante responde X día me sentí mejor, se le proporciona una puntuación de 6, esto facilitará al terapeuta, averiguar qué pasó de diferente el día 4 y el 6, y qué fue lo que hizo distinto el consultante en esos días, indagarle también cómo hizo para pasar de 4 a 6, y cómo es mantener un nivel 6, o también cómo sería estar en un nivel más bajo, como un 2, o cuál vendría a ser su nivel óptimo; estas investigaciones permiten mantener un diálogo centrado en las soluciones, que conjuntamente van encontrando consultante y consultor.

El terapeuta explorará para saber cómo es sentirse un paso o punto más, y qué pensamientos tendrá para llegar más lejos; todo este trabajo no está dirigido a evaluar, sino a generar información útil para el consultante, ya que

la misma permite constituir metas, identificar progresos y atribuir la responsabilidad por los cambios logrados.

A un gran número de consultantes les resulta relativamente sencillo manejar términos numéricos, por lo que se puede utilizar el lenguaje de cifras para varias situaciones a las que podemos aplicar escalas como escalas de avance: (Uno podría ser el momento que peor ha estado el consultante, y diez después de que todos los problemas que trajo a consulta se superen); también se puede utilizar una escala que es complementaria a la anterior, es la escala de confianza: (Uno sería, que no tiene confianza de que se mantengan los cambios que ha logrado y diez que tiene confianza plena en que se mantendrán), en ésta escala, al igual que la anterior se le puede indagar de dónde saca tanta confianza, o qué puede hacer para subir un punto de confianza; una tercera escala es la llamada de disposición a trabajar: (Uno sería que el consultante no está dispuesto a hacer las tareas que le propone el consultor y diez vendría a ser que tiene toda la disposición de realizarlas). Además de las anteriores escalas se puede emplear cualquier escala específica que logre ser útil para depresiones, discusiones, relaciones con la familia, con la pareja, con amistades, rendimiento en el trabajo, etc.

### **3.5 La técnica de la bola de cristal**

Erickson desarrolló la primera técnica eminentemente centrada en las soluciones, que posteriormente en 1972 De Shazer la denominó bola de cristal. Por medio de la hipnosis, Erickson ayudaba a las personas a crear una sensación de distorsión temporal, una vez dominada la distorsión temporal, les ayudaba a desarrollar la habilidad de la amnesia. Les dirigía a los pacientes hacia un tiempo futuro, cuando su problema estuviera resuelto, les solicitaba que se imaginaran un encuentro con él en ese futuro imaginario, en el que le contarán cómo habían resuelto su problema. Una vez resuelta la escena les hacía olvidar por medio de la amnesia y los mandaba a la casa, después de cierto tiempo, los pacientes informaban haber resuelto sus problemas.

Posteriormente, esta técnica la desarrolló De Shazer como una técnica de proyección al futuro y consecutivamente realizó una variante de la misma, que la llamó “la pregunta del milagro”. La técnica de la bola de cristal se utiliza para proyectar al consultante a un futuro, en el que es exitoso, con tan sólo vislumbrar un futuro diferente al esperado, será posible generar una nueva conducta que lo conducirá a la solución, al construir el consultante su propia solución, ésta le servirá como guía para la tarea.

Se le pide al consultante que desarrolle diversas visiones del tipo “bola cristal”, este procedimiento tiene los siguientes pasos:

- Que experimente un recuerdo muy antiguo, que le resulte muy agradable, que tome en cuenta que están haciendo todas las personas que le rodean en ese momento. Una vez recordada esa experiencia, se regresa al tema tratado con anterioridad.
- Que recuerde un suceso reciente, pero sorprendentemente olvidado, con esto se trata que el consultante evoque alguna circunstancia exitosa, llevándole a constituir una excepción a la regla de aparición del problema.

El objetivo primordial en ambos enunciados es proyectar visiones del tipo bola de cristal, para que el sujeto ponga toda la atención a su conducta y a la de los otros, y principalmente despertar la sensación de triunfo o éxito y demostrar que: *“las cosas olvidadas pueden recordarse y las cosas recordadas, olvidarse”*.<sup>6</sup> Consecutivamente, se orienta al consultante hacia el futuro, primero se le pedirá una descripción detallada y posteriormente se va haciendo cada vez menos clara. Se le solicita que recuerde y luego vuelva hablar sobre la resolución del problema, por lo tanto lo que se le pide al cliente es una visión que le haga recordar en qué fue solucionado el problema, luego se vuelve al presente y el consultor elige algún tema que no tenga relación con las visiones o el problema.

Las intervenciones que se nombrarán a continuación, se enfocarán en la creatividad, competencia y recursos que tiene el consultante antes de venir a terapia, el consultor no le indicará lo que debe hacer el consultante, ni

---

<sup>6</sup> WAINSTEIN, Martín. *Intervenciones para el cambio*. JCE Ediciones, Buenos Aires. Agosto 2006. p. 100

tampoco le enseñará ninguna técnica, únicamente le sugiere tareas que pueden generar recursos.

### **3.6 Escribir, Leer y Quemar**

La técnica consiste en que el consultante debe realizar un ritual en el cual deberá hallar una hora del día y un lugar para escribir pensamientos que le perturben (depresivos, obsesivos, etc.), posteriormente leerá lo anotado y por último lo quemará; en el caso de que los pensamientos surjan en el momento que no está señalado, se los deberá retomar en el horario acordado. Lo que esta técnica hace en el consultante es, que le permite hacer más objetivas sus preocupaciones, además les dará un significado más concreto y por ende disminuirá el tiempo y la intensidad que daba antes a las mismas, tratando con esta técnica de controlarlas y que aparezcan en un tiempo determinado. Por lo tanto, si ya no les proporciona tanto tiempo a estos pensamientos, podrá tener nuevos y estos le llevarán a nuevas conductas, que le puedan hacer comprender que tiene cosas más trascendentes que realizar.

### **3.7 Haga usted algo diferente**

Esta técnica suele aplicarse en casos donde una persona se queja de la conducta de otra, además de haber intentado todas las “soluciones” el problema se mantiene. El objetivo de esta técnica es hacer algo completamente diferente de lo que se ha estado realizando anteriormente, no importa en que consiste la cosa diferente que se haga, lo que vale es que sea distinta y que se ajuste a la situación problemática.

La consigna es la siguiente:

“Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, me gustaría que usted, cuando sorprenda a... (consultante identificado) haciendo... (la conducta perturbadora) en lugar de lo que debería y hacía antes, haga algo diferente, por más extraño, disparatado que pueda parecerle. Lo principal es que haga lo que haga, sea algo completamente distinto”. El prescribir “algo diferente” implica cambiar la secuencia que tiene lugar dentro del sistema del consultante, y esto se conseguirá introduciendo la acción. Una variante de

esta técnica, es la que se le solicita al consultante, “Preste mucha atención a lo que hace cuando supera el impulso de...”, se la utiliza cuando un sujeto se queja de su propia conducta.

Todo problema tiene un conjunto de reglas que determinan la conducta del consultante, lo importante es hacerle notar al cliente, que toda regla tiene su excepción, y que éstas excepciones ayudarán a modificar la situación problemática. Muchas de las veces los consultantes ven estas excepciones como algo circunstancial y pasajero, ya que se acostumbraron a la conducta perturbadora, por este motivo el terapeuta debe ayudar a construir un contexto en donde estas excepciones puedan verse como posibles soluciones que rindan al máximo.

### **3.8 Tarea Formal para Primeras Entrevistas**

Fue diseñada para centrar la atención del consultante en el futuro y para crear expectativas de cambio. Reorienta a la persona a fijarse en las cosas buenas de su situación y mirar las cosas que van bien; esta técnica parece producir aún más cosas positivas. Al cambiar el foco de atención del sujeto, trasladándolo de acontecimientos pasados a sucesos presentes y futuros, se generarán implícitamente las expectativas de cambio.

Las expectativas que vaya produciendo y evocando el consultante ayudarán a ajustarse al terapeuta a las metas señaladas por el cliente. Esta técnica no intenta promover soluciones, sino más bien trata de crear una predicción sobre el curso futuro de los acontecimientos. La consigna es: "Desde ahora y hasta la próxima sesión, a mi me gustaría que observe, de modo que pueda describirme la próxima vez, lo que ocurre en su vida, trabajo, matrimonio, etc., que usted quiere que efectivamente siga ocurriendo".

### **3.9 Conclusión**

La terapia centrada en las soluciones, como toda terapia estratégica viene influenciada por los trabajos singulares que aplicó Erickson con sus pacientes, el centrarse en las soluciones del consultante, más que en la

naturaleza misma del problema, ayudará a cambiar la perspectiva negativa que tiene de entrada el consultante, el que pueda proyectarse en un futuro basado en su realidad, le dará tranquilidad y algunas pautas para cambiar su conducta.

Toda regla tiene su excepción, esto es lo que prima en la terapia centrada en las soluciones y es lo que el consultante tiene que aprender, así se dará cuenta que el momento que no aparece su problema, será el instante de trabajo para él, tendrá que tratar que esas situaciones se repitan más en su vivir diario (excepciones), las mismas le llevarán a tener un mayor control de su problema. Otro postulado importante de este enfoque es centrarse en los recursos que todo ser humano tiene, pero muchas veces no lo sabe, se tratará de explotar al máximo las fortalezas del paciente al igual que su creatividad, tanto para dar solución a su problema, como también para modificar sus patrones de conducta.

La pregunta del milagro y la técnica de la bola de cristal, son enfoques centrados en el futuro, los mismos nos ayudarán a establecer los objetivos con el consultante y con su realidad, al imaginar, el consultante que su problema se ha ido, le motivará a trabajar en el cambio de su situación, le hará proyectarse como él realmente desea ser y sentirse, y con tan solo imaginar le podrá movilizar a actuar de distinta manera.

La técnica de ubicación en una escala, ayuda al paciente a que pueda expresar cómo se siente y cómo enunciar una situación que no puede explicar ampliamente, además de que ayudará a vencer resistencias del mismo.

Las intervenciones finales son las que generan los recursos de los pacientes, por medio de su creatividad controlarán mayormente su problema, además, comenzarán a ver todo lo positivo que les ha rodeado siempre, y desean conservar y repetir para su bienestar.

## **Capítulo 4. CONCLUSIONES FINALES**

El terapeuta estratégico tiene que saber enfocarse en el mapa cognitivo y valorativo del paciente, esto le orientará qué objetivo mínimo organizar con el mismo; además de hablar el lenguaje del consultante, servirá a que la meta mínima que se ha planteado no sea rechazada, sino más bien incorporada como algo propio y asimilable para el cliente.

Una de las ideas básicas de las intervenciones estratégicas es que, por medio de metas mínimas se lograrán cambios mínimos, se basa en que los problemas que trae el consultante a la terapia, representan un sistema de interacción constante, al insertar un cambio, por más pequeño que sea, hará que cambie el sistema, y se incorporen nuevos elementos que le llevarán a la modificación de su situación, la brevedad de la terapia estratégica se basa en este postulado.

Un buen terapeuta estratégico se centrará en los recursos del paciente y lo dejará dar todo de sí, para lo mismo es importante que éste se retire una vez que ya comience a progresar el paciente, para que pueda seguir haciéndolo solo, de lo contrario formará parte del sistema para que siga todo igual.

Las intervenciones estratégicas centradas en el problema con su principal representante el MRI, toma en cuenta que el consultante ha incorporado en su problema, soluciones que no le dan ningún resultado, pero que sin embargo persisten y se mantienen en la conducta del paciente. Para el modelo del MRI centrado en los problemas, estas soluciones son fallidas, el objetivo primordial será interrumpir el ciclo repetitivo de estas soluciones e indagar sobre el problema preguntando cuáles eran éstas soluciones, quiénes le ayudaban a mantenerlas, y generar junto con el cliente nuevas soluciones.

La directividad de las intervenciones estratégicas por parte del terapeuta tendrán que ser manejadas efectivamente, orientándose principalmente al planteamiento de objetivos mínimos con el consultante y su realidad, esto se puede realizar mediante técnicas cognitivas y también ligadas a la conducta. Hablar el lenguaje del paciente o calcar tanto su comunicación verbal como la analógica, permitirán una relación terapéutica orientada a la empatía y al entendimiento de la situación del consultante.

Las intervenciones paradójicas son técnicas claves en la terapia estratégica, básicamente se dará un mensaje o una prescripción, aunque al principio parecen absurdas en el y para el cliente, el impacto contradictorio que tienen éstas en su estructura cognitiva, serán de modificación.

Otra técnica básica en el enfoque estratégico es la reformulación que es cambiar el marco de referencia que tiene el consultante acerca de su problema, al cambiar éste también cambiará la visión que tenía del mismo, convirtiéndose en una perspectiva más positiva y ajustada a su contexto. El accionar sobre la pauta, es dar control al paciente sobre su síntoma o su problema, el momento que se sienta capaz de autogobernar su situación, estará consciente de su capacidad para el cambio y desarrollo. Las intervenciones metafóricas, las analogías y el uso el humor son imprescindibles en las intervenciones estratégicas, por medio de la retórica del consultor y de saber enunciar mensajes sutiles, pero que indirectamente llevan el problema del consultante, darán un efecto más apaciguador y fácil de asimilar para el mismo.

Toda intervención estratégica viene influenciada por los trabajos que realizó M. Erickson; como por ejemplo la terapia centrada en las soluciones que la desarrolló De Shazer y su grupo, lo que prima para éste es la solución al problema, más que el origen del mismo; por medio de técnicas proyectadas a un futuro mejor y más positivo para el paciente (pregunta del milagro, la técnica de la bola cristal), hará que el consultante comience a trabajar en las soluciones que él desea cumplir, y podrá darse cuenta que tiene los recursos para hacerlo.

En la terapia centrada en soluciones TCS, las excepciones son la base para realizar el trabajo terapéutico, el consultante viene con estas excepciones a consulta, sólo que no es consciente de las mismas, por lo tanto, lo que hace el terapeuta es ayudarlo a recordarlas y hacer que éstas se reproduzcan más, con las intervenciones que el consultor realizará para que el paciente las lleve a la vida diaria. La técnica de ubicación en una escala dará la facilidad para trabajar con pacientes que no proporcionan mucho material de trabajo y tienen dificultad para expresarse abiertamente, la misma puede ayudar al paciente a ubicar cómo se siente, haciéndose para él, más sencillo dar una puntuación y con la misma, el terapeuta se basará para indagar específicamente lo que le aqueja al consultante.

Las intervenciones estratégicas en general, trabajan mucho en las fortalezas del paciente, y creen que él mismo tiene la solución a su problema, pero no se da cuenta de eso, y más bien se dedica a mantener la situación problemática y más aún, las soluciones intentadas una y otra vez lo único que han hecho es perpetuar el problema en él y en su sistema, que también ha aportado soluciones desesperadas al mismo, originándose un círculo vicioso en la interacción; el objetivo de las intervenciones estratégicas, es brindarle herramientas de ayuda, que sólo el consultante las pondrá utilizar de acuerdo al cambio que desea.

Las estrategias que utiliza la terapia son como ciertos rituales, que tienen un alto contenido de prescripción contemplativa, que se orientan a explotar lo más primitivo del ser humano, con la creencia de depositar su confianza en elementos no racionales con un poder incuestionable, donde la acción, las tareas, juegos de palabras, relatos, paradojas, ilusiones del futuro, metáforas llevarán a brindar elementos sanadores para el paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- CAZABAT, E. *Terapia estratégica, el modelo de Palo Alto* (versión electrónica). revisada (24 Dic. 2006) <http://www.geocities.com/cetrapsis/palto.htm>.
- CAZABAT, E. *Principales características de la terapia breve estratégica*. (versión electrónica. Revisada (10 Enero 2007) <http://www.geocities.com/cetrapsis/panico.htm>.
- CINABAL, L. *Introducción a la sistémica*. Revisada (01 Enero 2007). <http://perso.wanadoo.es/aniorte.nic/tera-famil.htm>.
- DUMONT, F. *Seis terapeutas*. Revisada (11 de Enero 2007). <http://rincondelvago.com/seisterapeutas.htm/>.
- GONZALEZ, A. *Modelo Estratégico*. Revisada (4Ener 2007). <http://Milton-leonard-cpod.com/psicologíavirtual7modelostpm/cb.htm/>.
- GUTIÉRREZ, L. A. *Intervenciones en dilemas*. Revisada (11-Enero-2007). <http://www.usual.es/tcp/protocastellano/intervención.htm>.
- HALEY, Jay. *Problem-Solving Therapy. New Strategies for Effective Family Therapy*. 1979. Versión cast. *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu, Bs. As. 1980
- LUZ, Lourdes. *Terapia Familiar su uso hoy en día*. Intervenciones estratégicas. Ed. Eguiluz. (pp. 19 – 49).
- SIMON y otros. *Vocabulario de Terapia Familiar*. Editorial Gedisá
- RODRIGUEZ CEBERIO, M. *El Counseling y la psicoterapia*. (v. electr.). Revisada. (28 Dic 2006) <http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulo/ppdf>.
- RUIZ SANCHEZ, J.J. *La psicoterapia Modelos Sistémicos*, revisada (23 Dic 2006) <http://www.psicología-online/esmubed/libros/profesionales htm>.
- RUIZ SANCHEZ J.J, CANO SANCHEZ J. *Psicoterapia estratégica centrada en soluciones de Shazer*. (Versión electrónica). Revisada (10 Enero 2007), [www.psicologia-online.com/esmubeda/libros/personalidad/personalida6.htm](http://www.psicologia-online.com/esmubeda/libros/personalidad/personalida6.htm).

WAINSTEIN, Martín. *Intervenciones para el cambio*. Intervenciones estratégicas. JCE Ediciones, Buenos Aires. Agosto 2006. p. 80-105.

WATZLAWICK. Paul, NARDONE, Giorgio. *Terapia Breve Estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Ed. PAIDOS, Barcelona España. 2000

WEISS, S. *Paradoja*. Revisado(6 Enero 2007). <http://www.pnlnet.com/chasq/a/107>.

PAP. Paradoja, revisado (10 Enero 2007).  
<http://www.paradoxportal.com.ar/pagina/html/>.

Psicología clínica, revisada (30 dic 2006).  
<http://rincondelvago.com/psicología-clínica-4.html>.

Terapia del MRI de palo alto. Revisada (11 enero2007).  
<http://galeon.hispavista.com/terapiafamiliar/page3.htm/>.

Terapia estratégica. Revisada (10Enero2007).  
<http://www.tandempsicoterapia.com/laterapiaestrategica.htm>.



**DEDICATORIA:**

Dedico este trabajo  
a mi hijo  
por ser mi  
motivación y todos  
los sacrificios que  
ha tenido que  
pasar.

## **RESUMEN**

El trabajo se realiza con el objetivo de tener una visión más amplia del enfoque estructural dentro de la terapia sistémica y cuales son las técnicas terapéuticas que más utilizan, esta orientación está dirigida para trabajar especialmente con familias, pero sirve también para cualquier tipo de organización. La metodología utilizada es la investigación bibliográfica se ha investigado a los principales autores dentro de terapia sistémica.

En el trabajo se trata primero de rastrear los inicios de la terapia sistémica estructural, sus bases y fundamentos teóricos, para esto hemos revisado a Minuchin como el iniciador del enfoque y la teoría general de los sistemas, así como también se revisó sus principales conceptos, subsistemas, límites y fronteras.

En una segunda parte se explica por qué la importancia de la estructura y de la familia, se explica como si el cambio dentro de terapia se realiza para toda la familia se logra también un cambio individual de todos sus miembros. Una parte importante analizada también es la primera entrevista dentro de terapia familiar y de ella depende en gran medida el éxito de toda la terapia.

Finalmente describimos cuáles son las principales técnicas y métodos utilizados de este enfoque para lograr sus objetivos. Las técnicas son variadas y cada una apunta a un objetivo específico y en casos concretos dependiendo del tipo de familias y las necesidades de cada uno. Al estudiar las técnicas se nota que el cambio se da en el consultorio, pero son cambios para largo plazo y que afectan a todos los integrantes de la familia. Se ve también el papel que juega el terapeuta dentro del proceso terapéutico.

## **ABSTRACT**

The work is carried out with the objective of having a wider vision of the structural focus inside the systemic therapy and which are the therapeutic techniques that more uses, this orientation is directed to work especially with families, but it is also good for any organization type. The used methodology is the bibliographical investigation it has been investigated the main authors inside systemic therapy.

In the work it is first to rake the beginnings of the structural systemic therapy, their bases and theoretical foundations, for this we have revised to Minuchin like the initiator of the focus and the general theory of the systems, as well as it was revised their main concepts, subsystems, limits and opposite.

In a second he/she leaves he/she explains why the importance of the structure and of the family, it is explained as if the change inside therapy is carried out for the whole family it is also achieved an individual change of all its members. An important part analyzed is also the first interview inside family therapy and of her the success of the whole therapy depends in great measure.

Finally we describe which the main ones are technical and used methods of this focus to achieve their objectives. The techniques are varied and each one points to a specific objective and in concrete cases depending on the type of families and the necessities of each one. When studying the techniques it is noticed that the change is given in the clinic, but they are changes for long term and that they affect all the members of the family. The paper that the therapist plays inside the therapeutic process also leave.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TAEÓRICO .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 RESEÑA HISTÓRICA Y NACIMIENTO DEL ENFOQUE ESTRUCTURAL.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 APORTES DE LA TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS A LA TERAPIA SISTÉMICA ESTRUCTURAL.....</b>	<b>9</b>
<i>1.2.1 Definiciones Nominales para Sistemas Generales.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2.2 Clasificaciones Básicas de Sistemas Generales.....</i>	<i>12</i>
<i>1.2.3 Bases Epistemológicas de la Teoría General de Sistemas.....</i>	<i>12</i>
<b>1.3 CONCEPTOS BÁSICOS: ESTRUCTURA, SUBSISTEMAS Y FRONTERAS.....</b>	<b>14</b>
<i>1.3.1 Estructura.....</i>	<i>14</i>
<i>1.3.2 Subsistemas Y Fronteras.....</i>	<i>15</i>
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 EL POR QUÉ DEL FOCO EN LA ESTRUCTURA.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 LA FAMILIA EN EL PROCESO TERAPEÚTICO .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3 ALGUNOS TIPOS DE FAMILIAS .....</b>	<b>20</b>
• <i>2.3.1 Familias De Pas De Deux.....</i>	<i>20</i>
• <i>2.3.2 Familias De Tres Generaciones.....</i>	<i>20</i>
• <i>2.3.3 Familias Con Soporte.....</i>	<i>21</i>
• <i>2.3.4 Familias Acordeón.....</i>	<i>21</i>
• <i>2.3.5 Familias Cambiantes.....</i>	<i>21</i>
• <i>2.3.6 Familias Huéspedes.....</i>	<i>22</i>
• <i>2.3.7 Familias Con Padrastro o Madrastra.....</i>	<i>22</i>
• <i>2.3.8 Familias Con Un Fantasma.....</i>	<i>22</i>
• <i>2.3.9 Familias Descontroladas.....</i>	<i>22</i>
• <i>2.3.10 Familias Psicósomáticas.....</i>	<i>23</i>
<b>2.4 LA PRIMERA ENTREVISTA EN TERAPIA FAMILIAR .....</b>	<b>23</b>
<i>2.4.1 El Primer Contacto.....</i>	<i>24</i>
<i>2.4.2 Consideraciones Generales.....</i>	<i>25</i>
<i>2.4.3 Fases de la primera entrevista.....</i>	<i>28</i>
<b>CAPITULO III INTERVENCIONES ESTRUCTURALES.....</b>	<b>30</b>
• <b>3.1 REENCUADRAMIENTO .....</b>	<b>30</b>
• <b>3.2 PUESTA EN ACTO O ESCENIFICACIÓN .....</b>	<b>31</b>
• <b>3.3 ENFOQUE.....</b>	<b>32</b>
• <b>3.4 INTENSIDAD.....</b>	<b>32</b>
<i>3.4.2 Repetición de interacciones isomórficas. -.....</i>	<i>33</i>
<i>3.4.3 Modificación del tiempo. -.....</i>	<i>33</i>
<i>3.4.4 Cambio de la distancia;.....</i>	<i>33</i>
<i>3.4.5 Resistencia a la presión de la familia.....</i>	<i>33</i>
• <b>3.5 REESTRUCTURACIÓN .....</b>	<b>34</b>
• <b>3.6 FRONTERAS .....</b>	<b>34</b>
<i>3.6.1 Duración de la interacción. - s.....</i>	<i>35</i>
• <b>3.7 DISTANCIA PSICOLÓGICA.....</b>	<b>35</b>
• <b>3.8 DESEQUILIBRAMIENTO.....</b>	<b>36</b>
<i>3.8.1 Alianza con miembros de la familia. -.....</i>	<i>36</i>

<i>3.8.2 Alianza alternante;</i> .....	36
<i>3.8.3 Ignorar miembros de la familia.</i> .....	36
<i>3.8.4 Coalición contra miembros de la familia.</i> .....	37
• <b>3.9 INTERVENCIONES PARADOJALES</b> .....	37
<b>4 CONCLUSIONES</b> .....	40
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	42

## **Introducción**

.La terapia familiar fundamenta su trabajo en la visión del ser como un ente activo y reactivo de grupos sociales. Por lo tanto el hombre, para el terapeuta familiar, es observado desde una perspectiva .sistémica. y no como un ente aislado. Es decir que el terapeuta además de analizar la interpretación o visión que la persona tenga de su familia, observará la interacción entre ellos, obteniendo así un panorama más amplio y una mayor flexibilidad en su intervención terapéutica.

La terapia estructural es una de las ramas de la terapia familiar, surge a mediados del siglo veinte, y concibe al hombre como parte de su medio, su principal exponente es Salvador Minuchin.

El enfoque estructural plantea que la familia atraviesa por una serie de etapas y procesos de evolutivos (noviazgo, matrimonio, nacimiento de hijos, adolescencia, madurez y senectud), enfrentando en cada uno de ellos distintas dificultades en la interacción de sus miembros. La familia, por lo tanto, deberá adaptarse continuamente las nuevas circunstancias que se presentan en cada etapa. Para la terapia estructural el concepto del .cambio. Difiere del de otros enfoques; el cambio se genera básicamente por un doble proceso de alianza con la familia, por parte del terapeuta, y la reestructuración pausada y planificada de las pautas de interacción que a ellos no les funcionan. Desde esta perspectiva no existe un modelo familiar al que se podría denominar "normal o funcional", estos conceptos dependerán básicamente de la percepción que la propia familia posea de sí mismos, de su idiosincrasia, de su cultura y etapas de desarrollo familiar por las que atraviesa. Lo que es normal y funcional para una familia, necesariamente no es normal y funcional para otro sistema o familia.

Para cumplir con el objetivo marcado, los pasos a seguir serán: en el CAPITULO I indagaremos sobre las influencias históricas, como así también de los autores más importantes que contribuyeron al desarrollo de los presupuestos de la Terapia

Familiar Estructural; en el CAPITULO II intentaremos desarrollar los presupuestos del enfoque estructural CAPITULO III revisaré primero la primera entrevista en terapia sistémica y luego algunas de las técnicas más significativas que la corriente propone (en este punto no podemos pretender un análisis muy exhaustivo, ya que las técnicas propuestas por la corriente son demasiadas); en el CAPITULO IV veremos las conclusiones de la investigación realizada.

## **MARCO TEÓRICO**

### **CAPITULO I**

En este capítulo intentaremos fundamentalmente, hacer un rastreo de las principales influencias que confluyen y ayudan al nacimiento de la Terapia Familiar Estructural. Esto nos servirá para ver cuáles son las principales motivaciones que guiaron al desarrollo teórico y cuáles también fueron sus ideas originales.

Tratando de identificar los orígenes de la terapia sistémica estructural, de su teoría, sobre todo un breve panorama de La Teoría General De los Sistemas que es de donde obtiene varios conceptos para su teoría el enfoque estructural y la teoría sistémica en general.

Revisaremos también algunos conceptos básicos que son fundamentales para entender este enfoque estructural.

#### **1.1 RESEÑA HISTÓRICA Y NACIMIENTO DEL ENFOQUE ESTRUCTURAL.**

Salvador Minuchin el fundador y uno de los fundamentales promotores de la Terapia Familiar Estructural se vio motivado y se empeñó por buscar una forma de trabajo que diera respuesta a la necesidad de muchas personas. Personas de clases socio culturales más bajas de la sociedad, las cuales no podían acceder a otro tipo de terapia, familias de bajos recursos con las cuales Minuchin trabajaba tenían dificultad de amoldarse a una forma de trabajo donde el insight y la simbolización eran elementos claves.

El inicio del trabajo de Minuchín se remonta a los años cincuenta, pero no fue solo el quien empieza a tener esa visión por esa época, sino que investigadores como Bateson, Jacson, Watzlawick, Weakland, Fry, Haley; forman la escuela de Palo Alto en California y ejercen influencia también en la nueva visión y forma de trabajo terapéutico familiar o comunicacional. Aparece también la “Teoría General De Los

Sistemas” de Bertalanffy, la cual será la base para trabajar con familias y uno de los pilares fundamentales de las terapias sistémicas por lo tanto del modelo estructural.

La Escuela de PALO ALTO (la enfermedad mental como trastorno de la comunicación).

Por los años 50 la Escuela De Palo Alto es uno de los grupos más importantes de investigadores se ponían a pensar en el asunto de la enfermedad mental. De este grupo formaban parte individuos de diversas ramas del conocimiento de la ciencia como la eran la antropología, la cibernética, la ingeniería, la comunicación y la psiquiatría. Su propósito era de encontrar conocimientos que sirvan para varias ciencias, pensaban que leyes que gobiernan a organismos pequeños pueden también servir para un organismo grande como es la sociedad o la familia.

De esta escuela vamos a tomar las ideas que influyeron para que la terapia familiar estructural se desarrolle. Pensamientos como la causalidad circular, la teoría a la de los tipos lógicos que darán lugar a la conceptualización del “doble vínculo” y el manejo de la comunicación

La teoría de la causalidad representa un cambio en el pensamiento de estos tiempos; las explicaciones que se usaron hasta ese entonces en las ciencias eran lineales, A influía en B. Es decir, la esquizofrenia sería causada por ciertos traumas que había vivenciado la persona, con respecto a su entorno, éstos de alguna manera marcaban su psiquismo, el trauma hace de causa y la enfermedad en este caso de efecto. Pero a partir de este momento se vio que si bien el medio estaba influyendo de alguna manera, podemos decir, el sujeto con su conducta de alguna manera hacía que esta secuencia se repitiera. Esto significa que el efecto puede ser causa de otra conducta manteniendo así que se repita varias veces la misma situación. Vamos a verlo mejor con la explicación del concepto de doble vínculo.

En el diseño de doble vínculo aparece una víctima y un coaccionante, si bien el primero le envía dobles mensajes el segundo actúa de tal manera que complementa que el otro actúe de esa manera. A partir de este momento entonces, la conducta de la persona comenzará a ser tomada o analizada en una secuencia con otras conductas del medio, que a su vez son influyentes para la misma.

Esto nos hace pensar en la co-construcción, es decir, la construcción de la realidad con los otros, la noción de causalidad circular y secuencias en la comunicación nos dan una pauta de ello, las conductas de un elemento del sistema influyen en las conductas de los demás.

Por ejemplo de esto lo podemos ver cuando una persona le dice a otra *"sé espontáneo"*. Esta última, a quien está dirigida la orden no puede actuar sin quedar atrapada en el doble vínculo. Esto es porque si trata de seguir la orden no será espontáneo, alguien le ha dicho que actúe de determinada manera. En el caso que decida no hacer nada tampoco estará cumpliendo con la orden.

La noción de información servirá de base para criticar la postura e la psicología de ese tiempo. Bateson insistía en que la psicología debe ganar su puesto como otras ciencias para ser confiable e intentó usar concepciones de estas. Minuchin lo acusó de ser muy intelectualista y de importarle poco la terapia, pese a esto introduce sus ideas en su conceptualización de las familias y la terapia familiar.

## **1.2 APORTES DE LA TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS A LA TERAPIA SISTÉMICA ESTRUCTURAL**

En un sentido amplio, la Teoría General de Sistemas (TGS) se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo transdisciplinarias.

La Teoría General de los Sistemas en la práctica nos brinda un contexto adecuado para que se relacionen y se comuniquen los especialistas y las especialidades, mientras que en la teoría la TGS se caracteriza por ser integradora, en donde las relaciones y los conjuntos que nacen de ellas son lo más importante.

Bajo las consideraciones anteriores, la TGS es un ejemplo de perspectiva científica. En sus distinciones conceptuales no hay explicaciones o relaciones con contenidos preestablecidos, pero sí con arreglo a ellas podemos dirigir nuestra observación, haciéndola operar en contextos reconocibles.

Los objetivos originales de la Teoría General de Sistemas son los siguientes:

- a. Impulsar el desarrollo de una terminología general que permita describir las características, funciones y comportamientos sistémicos.
- b. Desarrollar un conjunto de leyes aplicables a todos estos comportamientos y, por último,
- c. Promover una formalización (matemática) de estas leyes.

La primera formulación en tal sentido es atribuible al biólogo Ludwig von Bertalanffy , quien acuñó la denominación "Teoría General de Sistemas". Para él, la TGS debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales y ser al mismo tiempo un instrumento básico para la formación y preparación de científicos.

Sobre estas bases se constituyó en 1954 la Society for General Systems Research, cuyos objetivos fueron los siguientes:

- a. Investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos y facilitar las transferencias entre aquellos.
- b. Promoción y desarrollo de modelos teóricos en campos que carecen de ellos.
- c. Reducir la duplicación de los esfuerzos teóricos
- d. Promover la unidad de la ciencia a través de principios conceptuales y metodológicos unificadores.

Como ha sido señalado en otros trabajos, la perspectiva de la TGS surge en respuesta al agotamiento e inaplicabilidad de los enfoques analítico-reduccionistas y sus principios mecánico-causales. Se desprende que el principio clave en que se basa la TGS es la noción de totalidad orgánica, mientras que el paradigma anterior estaba fundado en una imagen inorgánica del mundo.

A poco andar, la TGS concitó un gran interés y pronto se desarrollaron bajo su alero diversas tendencias, entre las que destacan la cibernética (N. Wiener), la teoría de la información (C.Shannon y W.Weaver) y la dinámica de sistemas (J.Forrester).

La TGS se puede aplicar en innumerables campos al ser aplicada en fenómenos humanos, sociales y culturales nos indica que sus inicios están en el área de los organismos o sistemas naturales y en las máquinas o sistemas artificiales. Mientras

más coincidencias encontremos en el funcionamiento de máquinas, personas y organizaciones sociales, aumentarán las posibilidades para aplicar de forma adecuada la TGS.

### 1.2.1 Definiciones Nominales para Sistemas Generales

Siempre que se habla de sistemas se tiene en vista una totalidad cuyas propiedades no son atribuibles a la simple adición de las propiedades de sus partes o componentes.

En las definiciones más corrientes se identifican los sistemas como conjuntos de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema directo o indirectamente unido de modo más o menos estable y cuyo comportamiento global persigue, normalmente, algún tipo de objetivo (teleología). Esas definiciones que nos concentran fuertemente en procesos sistémicos internos deben, necesariamente, ser complementadas con una concepción de sistemas abiertos, en donde queda establecida como condición para la continuidad sistémica el establecimiento de un flujo de relaciones con el ambiente.

A partir de ambas consideraciones la TGS puede ser desagregada, dando lugar a dos grandes grupos de estrategias para la investigación en sistemas generales:

- a. Las perspectivas de sistemas en donde las distinciones conceptuales se concentran en una relación entre el todo (sistema) y sus partes (elementos).
- b. Las perspectivas de sistemas en donde las distinciones conceptuales se concentran en los procesos de frontera (sistema/ambiente).

En el primer caso, la cualidad esencial de un sistema está dada por la interdependencia de las partes que lo integran y el orden que subyace a tal interdependencia. En el segundo, lo central son las corrientes de entradas y de salidas mediante las cuales se establece una relación entre el sistema y su ambiente. Ambos enfoques son ciertamente complementarios.

### 1.2.2 Clasificaciones Básicas de Sistemas Generales

Es conveniente advertir que no obstante su papel renovador para la ciencia clásica, la TGS no se despega en lo fundamental del modo cartesiano (separación sujeto/objeto). Así forman parte de sus problemas tanto la definición del status de realidad de sus objetos, como el desarrollo de un instrumental analítico adecuado para el tratamiento lineal de los comportamientos sistémicos (esquema de causalidad). Bajo ese marco de referencia los sistemas pueden clasificarse de las siguientes maneras:

Según su entitividad los sistemas pueden ser agrupados en reales, ideales y modelos. Mientras los primeros presumen una existencia independiente del observador (quien los puede descubrir), los segundos son construcciones simbólicas, como el caso de la lógica y las matemáticas, mientras que el tercer tipo corresponde a abstracciones de la realidad, en donde se combina lo conceptual con las características de los objetos.

Con relación a su origen los sistemas pueden ser naturales o artificiales, distinción que apunta a destacar la dependencia o no en su estructuración por parte de otros sistemas.

Con relación al ambiente o grado de aislamiento los sistemas pueden ser cerrados o abiertos, según el tipo de intercambio que establecen con sus ambientes. Como se sabe, en este punto se han producido importantes innovaciones en la TGS (observación de segundo orden), tales como las nociones que se refieren a procesos que aluden a estructuras disipativas, autorreferencialidad, autoobservación, autodescripción, autoorganización, reflexión y autopoiesis.

### 1.2.3 Bases Epistemológicas de la Teoría General de Sistemas

Según Bertalanffy (1976) se puede hablar de una filosofía de sistemas, ya que toda teoría científica de gran alcance tiene aspectos metafísicos. El autor señala que "teoría" no debe entenderse en su sentido restringido, esto es, matemático, sino que la palabra teoría está más cercana, en su definición, a la idea de paradigma de Kuhn. El distingue en la filosofía de sistemas una ontología de sistemas, una epistemología de sistemas y una filosofía de valores de sistemas.

La ontología se aboca a la definición de un sistema y al entendimiento de cómo están plasmados los sistemas en los distintos niveles del mundo de la observación, es decir, la ontología se preocupa de problemas tales como el distinguir un *sistema real* de un *sistema conceptual*. Los sistemas reales son, por ejemplo, galaxias, perros, células y átomos. Los sistemas conceptuales son la lógica, las matemáticas, la música y, en general, toda construcción simbólica. Bertalanffy entiende la ciencia como un subsistema del sistema conceptual, definiéndola como un sistema abstraído, es decir, un sistema conceptual correspondiente a la realidad. El señala que la distinción entre sistema real y conceptual está sujeta a debate, por lo que no debe considerarse en forma rígida.

La epistemología de sistemas se refiere a la distancia de la TGS con respecto al positivismo o empirismo lógico. Bertalanffy, refiriéndose a si mismo, dice: "En filosofía, la formación del autor siguió la tradición del neopositivismo del grupo de Moritz Schlick, posteriormente llamado Círculo de Viena. Pero, como tenía que ser, su interés en el misticismo alemán, el relativismo histórico de Spengler y la historia del arte, aunado a otras actitudes no ortodoxas, le impidió llegar a ser un buen positivista. Eran más fuertes sus lazos con el grupo berlinés de la Sociedad de Filosofía Empírica en los años veintitantos; allí descollaban el filósofo-físico Hans Reichenbach, el psicólogo A. Herzberg y el ingeniero Parseval (inventor del dirigible)". Bertalanffy señala que la epistemología del positivismo lógico es fisicalista y atomista. Fisicalista en el sentido que considera el lenguaje de la ciencia de la física como el único lenguaje de la ciencia y, por lo tanto, la física como el único modelo de ciencia. Atomista en el sentido que busca fundamentos últimos sobre los cuales asentar el conocimiento, que tendrían el carácter de indubitable. Por otro lado, la TGS no comparte la causalidad lineal o unidireccional, la tesis que la percepción es una reflexión de cosas reales o el conocimiento una aproximación a la verdad o la realidad. Bertalanffy señala "[La realidad] es una interacción entre conocedor y conocido, dependiente de múltiples factores de naturaleza biológica, psicológica, cultural, lingüística, etc. La propia física nos enseña que no hay entidades últimas tales como corpúsculos u ondas, que existan independientemente del observador. Esto conduce a una filosofía 'perspectivista' para la cual la física, sin dejar de reconocerle logros en su campo y en otros, no representa el monopolio del conocimiento. Frente al reduccionismo y las teorías que declaran que la realidad no

es nada sino (un montón de partículas físicas, genes, reflejos, pulsiones o lo que sea), vemos la ciencia como una de las 'perspectivas' que el hombre, con su dotación y servidumbre biológica, cultural y lingüística, ha creado para vérselas con el universo al cual está 'arrojado' o, más bien, al que está adaptado merced a la evolución y la historia".

La filosofía de valores de sistemas se preocupa de la relación entre los seres humanos y el mundo, pues Bertalanffy señala que la imagen de ser humano diferirá si se entiende el mundo como partículas físicas gobernadas por el azar o como un orden jerárquico simbólico. La TGS no acepta ninguna de esas visiones de mundo, sino que opta por una visión heurística.

Finalmente, Bertalanffy reconoce que la teoría de sistemas comprende un conjunto de enfoques que difieren en estilo y propósito, entre las cuales se encuentra la teoría de conjuntos (Mesarovic) , teoría de las redes (Rapoport), cibernética (Wiener), teoría de la información (Shannon y Weaver), teoría de los autómatas (Turing), teoría de los juegos (von Neumann), entre otras. Por eso, la práctica del análisis aplicado de sistemas tiene que aplicar diversos modelos, de acuerdo con la naturaleza del caso y con criterios operacionales, aun cuando algunos conceptos, modelos y principios de la TGS –como el orden jerárquico, la diferenciación progresiva, la retroalimentación, etc. – son aplicables a grandes rasgos a sistemas materiales, psicológicos y socioculturales.

## **1.3 CONCEPTOS BASICOS: ESTRUCTURA, SUBSISTEMAS Y FRONTERAS.**

### 1.3.1 Estructura

Este concepto define los modelos con los que los miembros de una familia interactúan, la familia se caracteriza por los vínculos y las relaciones afectivas que se dan en su interior. El concepto nos dice como interactúan los miembros de una familia y cuales son las conductas y formas de comunicación que tienden a reiterarse hasta formar un patrón rígido. Las interrelaciones más o menos estables entre las partes o componentes de un sistema, que pueden ser verificadas (identificadas) en un momento dado, constituyen la estructura del sistema.

Mediante la estructura es que un sistema se organiza, es decir, instaura reglas para relacionarse entre sí y con los demás.

En las familias hay patrones que pueden cambiar con cada etapa del ciclo vital o dependiendo de las circunstancias, hay también conductas aceptadas en ciertas sociedades y en otras no, lo que es invariable que en toda sociedad es necesaria y existen familias sean del tipo que sean y sin importar como funcionen.

### 1.3.2 Subsistemas Y Fronteras

Se entiende por subsistemas a conjuntos de elementos y relaciones que responden a estructuras y funciones especializadas dentro de un sistema mayor. En términos generales, los subsistemas tienen las mismas propiedades que los sistemas (sinergia) y su delimitación es relativa a la posición del observador de sistemas y al modelo que tenga de éstos. Desde este ángulo se puede hablar de subsistemas, sistemas o supersistemas, en tanto éstos posean las características sistémicas (sinergia).

“Las familias están organizadas en subsistemas, estos son su organización funcional y se relacionan con las funciones que deben cumplir juntos algunos de sus miembros”<sup>1</sup>, un individuo puede pertenecer a más de un subsistema, por ejemplo: una pareja forma el subsistema conyugal, a su vez en relación con su función de padres son el subsistema parental y pueden formar también un subsistema filial.

Los subsistemas que forman los individuos están delimitados por fronteras, que son las reguladoras del contacto y los intercambios y relaciones entre los miembros tanto dentro de la familia como fuera de ella.

Los sistemas consisten en totalidades y, por lo tanto, son indivisibles como sistemas (sinergia). Poseen partes y componentes (subsistema), pero estos son otras totalidades (emergencia). En algunos sistemas sus fronteras o límites coinciden con discontinuidades estructurales entre estos y sus ambientes, pero corrientemente la demarcación de los límites sistémicos queda en manos de un observador (modelo). En términos operacionales puede decirse que la frontera del sistema es aquella línea

---

<sup>1</sup> WAINSTEIN. Martín. Intervenciones Para El Cambio. Editorial JCE. Argentina 2006. Primera Edición Pag. 109

que separa al sistema de su entorno y que define lo que le pertenece y lo que queda fuera de él.

Un supuesto de la teoría dice que todos los mamíferos incluyendo los seres humanos necesitan formar parte de organizaciones jerárquicas para evolucionar y aprender, estas deben tener reglas marcadas que delimiten los subsistemas funcionales. En varias ocasiones las relaciones entre miembros o subsistemas se vuelven con una fuerte carga emocional y cognitiva, tanto que puede ser a costa de la independencia de algún miembro o todo el subsistema.

Los límites pueden ser difusos, claros o rígidos. Lo ideal en una familia es tener los límites claros, ya que los difusos o los rígidos ponen en peligro la integridad de los individuos que pueden llegar a ser víctimas de las coaliciones que puedan formarse.

La conclusión de este capítulo es que el enfoque estructural dentro de la teoría sistémica nace con el afán de Minuchin, que es uno de los iniciadores, de poder ayudar a más de una persona, es decir poder tratar a una familia entera o varios miembros de ella, se da cuenta que muchos problemas de las personas no se pueden resolver de forma individual y que no son conflictos solo de ellas sino de toda la familia.

Una teoría que influyó mucho a la terapia sistémica estructural es la Teoría general de los sistemas y de ahí se toman muchos de los preceptos básicos para este modelo, ya que esta teoría a pesar de ser matemática observaron que tiene aplicación en otras ciencias en este caso la psicología. Hemos visto también que conceptos como estructura, subsistemas y fronteras que son propias de esta teoría se convierten en nociones fundamentales para entender y aplicar al enfoque estructural.

## **CAPITULO II**

En este capítulo intento subrayar la importancia que tiene la estructura para la terapia familiar, también analizaremos la familia dentro de la terapia y algunos tipos de familia, este enfoque es dirigido a ellas y es importante saber con quien o quienes vamos a trabajar y finalmente revisaremos la primera entrevista en terapia familiar por la importancia que esta tiene dentro de todo el proceso terapéutico.

### **2.1 EL POR QUE DEL FOCO EN LA ESTRUCTURA**

El enfoque estructural dentro de terapia sistémica pone atención a todos los elementos que caracterizan un sistema, pero este tipo de terapia resalta la estructura.

Esa estructura se irá descubriendo en las interacciones que a lo largo de la sesión se producen entre los miembros de la familia. Es así que el terapeuta no observa la estructura en sí misma sino las interacciones y son estas las que hacen que sea perceptible a la estructura.

Minuchin indica que la familia no es solo la situación biopsicodinámicos de cada uno de sus integrantes sino que es más importante su funcionamiento como un todo, que el todo es más importante que la suma de las partes. Menciona también que las relaciones dentro el núcleo familiar están dadas por reglas que manejan la familia, las mismas que van a originar cierto tipo de relaciones y van a restringir el desarrollo de otras no aceptadas manteniendo de esta forma el statu quo. Estas reglas siempre van a estar dirigiendo en la familia quién va a actuar, en qué momento y cómo lo va a hacer.

Minuchin también dice que al modificar la estructura de una familia, modificamos también las situaciones de sus integrantes, en consecuencia también cambian las conductas de los individuos.

Esto es muy importante ya que con esto Minuchin está marcando un pilar básico de la terapia estructural. Con esto los terapeutas podrán saber como enfocar el problema

y que es lo que deben hacer para que se de el cambio, la estructura familiar es la que mantiene cierto tipo de interacciones, a su vez estas son las que causan la dificultad a la familia o al paciente. Si cambiamos la estructura, cambiará también las interacciones, así se modificará la forma de vivenciar las cosas y la situación de cada individuo.

Todo cambio que se de en la estructura influirá en las interacciones y viceversa ya que estas dos están relacionadas directamente.

El cambio de la estructura familiar, dará a esta una capacidad especial que es por lo que el terapeuta se deba preocupar y es que la familia pueda realizar todas las funciones como son alimentación, socialización y regulación así como la capacidad de autoconservación que tenga el sistema. Sin esto la familia no funcionaría de tal modo que permita la individuación de sus integrantes. Es importante la salida del estado disfuncional de la familia para puedan realizar lo que las funciones que les correspondan y puedan seguir desarrollándose con normalidad.

## **2.2 LA FAMILIA EN EL PROCESO TERAPEUTICO**

Generalmente las familias llegan a una consulta cuando pierde la capacidad de cumplir sus funciones que son necesarias para la autoperpetuación, su estructura e interacciones no pueden acoplarse a determinadas situaciones, produciendo malestar en uno o varios miembros de esta.

Cada subsistema realiza sus funciones en forma diferenciada, por ejemplo el subsistema de hermanos debe cumplir con sus funciones de ayudar a sus padres y realizar sus tareas escolares, ir a la escuela, etc. Las tareas deben ser realizadas por el subsistema que le corresponda. La función de ciertas funciones da poder al subsistema y a sus miembros dentro del sistema. Minuchin dice que los padres deben tener mayor poder que los hijos. Del subsistema padres depende el funcionamiento familiar y también tendrán a cargo el desarrollo de los hijos.

La distribución del poder en una familia depende también en gran medida del ciclo vital por el que estén atravesando. Si bien lo mejor es que los padres tengan más

poder, esto es más valedero cuando los hijos son aun pequeños, cuando estos crecen y los padres van envejeciendo es saludable que vayan adquiriendo más poder.

Es importante de que antes de que una familia llegue a consulta el terapeuta estructural ya tenga una idea de lo que es un modelo de normalidad de una familia, de ahí partirá para así poder encontrar las disfunciones o anormalidades en la que va a tratar. Las funciones que cumple un subsistema no deben ser obstaculizadas por miembros de otro subsistema o por un integrante del mismo subsistema. Ejemplo en la crianza de los niños los padres deben estar de acuerdo en las reglas, ser consistentes y solidarios entre ellos, no deben permitir que un hermano intente decir lo contrario a sus hermanos. Tampoco cuando un hijo está siendo disciplinado por uno de los padres el otro debe intervenir en contra de su cónyuge, esto los hace perder poder frente al resto de la familia.

Son las reglas las que mantienen las funciones y la distribución del poder dentro de un sistema. Los límites o fronteras que existen entre cada subsistema son los que sostienen que cada miembro cumpla sus funciones, son las reglas las que marcan los límites.

Las fronteras en una familia son indispensables para su correcto funcionamiento y para que no aparezcan interferencias, pero es importante que las reglas sean coherentes, estas a su vez van delineando las interacciones y a la estructura.

Para realizar su diagnóstico el terapeuta familiar estructural deberá centrarse en los límites que tengan entre sí los subsistemas de la familia que va a tratar. Las fronteras pueden ser muy difusas dando origen a familias aglutinadas o por el contrario ser muy rígidas originando familias desligadas.

Las familias aglutinadas como vimos son las que tienen límites difusos en su interior, aquí en varias ocasiones no queda claro quien debe cumplir que función, la distribución de poder en estos sistemas es bastante igualitaria y el estrés producido por ciertas situaciones se dispersa rápidamente a todos sus miembros.

Este tipo de familias también suelen presentar dificultades al momento de permitir que uno de sus miembros se desarrolle. Los integrantes son retenidos para poder

mantener la homeostasis familiar, los límites con el exterior generalmente son más rígidos.

El otro tipo de familias son las desligadas que se encuentran en el otro extremo, los límites interiores aquí son muy rígidos, los miembros tienen bastante libertad y por lo general el estrés que se produce en una parte del sistema no alcanza a todos los integrantes. En estos sistemas por lo común a las personas se les hace difícil comunicar sus problemas y pedir ayuda.

Minuchin piensa que las dificultades se presentan en estos tipos de familias cuando estas no son flexibles, cuando las circunstancias merecen un cambio, no pueden cumplir con sus aspiraciones. Si no fuera así serían sistemas que podrían estar en una familia normal.

## **2.3 ALGUNOS TIPOS DE FAMILIAS**

- 2.3.1 Familias De Pas De Deux

Se trata de familias que están compuestas de dos miembros. Ejemplo Cuando los que componen la familia son madre e hijo se da un vínculo especial muy intenso que puede crear al mismo tiempo dependencia y resentimiento, debido a los excesivos cuidados de la madre hacia su hijo, el niño puede crecer rodeado de adultos, y con poca independencia.

Estas familias crean entre sus miembros una fuerte dependencia casi simbiótica, en este caso el terapeuta tratará de desligarlos y de crear vínculos con otras personas a fin de que no permanezcan aislados del mundo y puedan desarrollarse más individualmente.

- 2.3.2 Familias De Tres Generaciones

Es muy común encontrar a familias de tres generaciones en especial en niveles socioeconómicos medio y bajo. Cuando este tipo de familias acude a consulta es necesario encontrar sus fortalezas. Generalmente en estas familias los roles están cambiados, por ejemplo los abuelos ocupan el papel de los padres con los nietos, en este caso hay que ver si esto es favorable para el desenvolvimiento de la familia. Los

terapeutas generalmente intentan estrategias para devolver el rol a los progenitores, pero en ocasiones esto no es lo recomendable sino fortificar la estructura ya existente, sin importar que no sea culturalmente lo más aceptado.

- 2.3.3 Familias Con Soporte

Se da generalmente en familias numerosas, los padres tienen que delegar al hijo mayor obligaciones que son de ellos. Estas familias funcionan bien mientras los padres delimiten bien las funciones del hijo soporte y estas no sobrepasen la capacidad del niño; cuando esto sucede, el niño o hijo soporte puede presentar síntomas, se siente excluido del subsistema de los hermanos y tampoco son parte del subsistema parental.

En estos casos la terapia debe estar dirigida a establecer límites claros en el subsistema parental sin el niño e incluirlo en el subsistema de hermanos. Si esto no se puede realizar se debe brindar apoyo y rebajar responsabilidades del niño parental.

- 2.3.4 Familias Acordeón

Existen familias en que uno de los padres se ausenta periódicamente por cierto tiempo, durante esta etapa el progenitor que se queda tiene que asumir el rol del que se va. Hay ocasiones en que los hijos tratan de alejar de la familia al progenitor periférico o en que tildan a sus padres al uno de bueno y al otro de malo. Cuando la situación cambia y el progenitor no se ausenta es cuando por lo general piden ayuda. En este caso hay que tratar de que la familia redistribuya funciones e incluya al miembro ahora presente en su estructura.

- 2.3.5 Familias Cambiantes.

Son familias que continuamente tienen que cambiarse de domicilio o de ciudad de residencia. Cuando esto ocurre pierden los sistemas de apoyo extra familiares (escuela, compañeros, vecinos, etc.). Esto puede llevar a una crisis a sus miembros, además de dificultar la capacidad de adaptación al medio y de enfrentar los problemas.

El terapeuta debe averiguar si los problemas por los que atraviesan se deben a los continuos cambios o a alguna patología familiar.

- 2.3.6 Familias Huéspedes

Una persona huésped es un miembro temporal, el problema con este tipo de familias suele ser que en ocasiones incluyen al nuevo miembro como si no fuera transitorio y luego la separación trae una crisis. También las dificultades pueden darse en el nuevo integrante ya sea por el proceso mismo de transición o porque los demás están ejerciendo presión sobre el, en este caso es todo el sistema el que necesita ser tratado.

- 2.3.7 Familias Con Padrastro o Madrastra

Cuando el padre o la madre adoptivos se unen a la familia, tiene que pasar por un proceso de integración. Aquí puede suceder que los hijos traten de aislarlo y darle un rol periférico o que el mismo sea quien decida no formar parte de la estructura familiar.

Cuando este tipo de familias van al terapeuta, tratará de que se de una integre gradualmente y que al principio sean como dos sistemas diferentes que colaboran mutuamente.

- 2.3.8 Familias Con Un Fantasma

Son familias que han sufrido la pérdida de un miembro ya sea por muerte o por separación y siguen actuando como si todavía estuviera, no pueden redistribuir los roles para formar una estructura nueva, esto generalmente pasa en un duelo incompleto.

El terapeuta debe entender que están en un proceso de transición, también debe tomar en cuenta la situación religiosa, cultural y económica. Aquí son muy importantes las demandas de la familia para vializar el trabajo.

- 2.3.9 Familias Descontroladas

La falta de control de uno de los integrantes de una familia generalmente se debe a fallas en varios aspectos: jerarquías, límites, etc.

Si el que pierde el control es un niño pequeño, que maneja a todos en su familia y nadie lo puede controlar hay que pensar que tiene la complicidad de un adulto que le da tanto poder. Si es así en terapia hay que reorganizar la familia de modo que los miembros cooperen entre ellos y le resten poder al pequeño.

Si es un adolescente el del problema, la familia tiene que comprender que no está tratando con un niño y ajustarse a los cambios.

Si el caso es de hijos delincuentes hay que instaurar reglas para que se cumplan incluso en la ausencia de los padres.

Cuando hay maltrato son los padres los que no tienen control, por lo general carecen de redes de apoyo extra familiares. El adulto ve a sus hijos como una prolongación de sí mismo, sucede también que no sea competente en su vida y que solo con su familia pueda demostrar su poder y capacidad.

- 2.3.10 Familias Psicósomáticas

Son familias que sobreprotegen a sus miembros, exageran en los cuidados internos, pero solo funcionan bien cuando uno está enfermo. Aparentemente son la familia ideal, buenos vecinos, no pelean, se preocupan el uno del otro. Cuando asisten a terapia se muestran colaboradores y dispuestos y en realidad ponen muchos obstáculos al terapeuta.

## **2.4 LA PRIMERA ENTREVISTA EN TERAPIA FAMILIAR**

La primera entrevista en terapia familiar es de vital importancia, ya que determina en gran parte el tratamiento, hay que aclarar que la primera entrevista no es siempre la primera sesión, frecuentemente dura más. Por lo general las familias que se presentan en terapia verbalmente expresan que quieren cambiar, pero con el lenguaje analógico su actitud es negativa al cambio. El terapeuta debe procurar que la familia empiece a pensar que el cambio es posible. “El proceso de cambio ocurre a través del compromiso del terapeuta con la familia. El terapeuta es un catalizador del cambio familiar (a diferencia del catalizador físico, él mismo podría alterarse en este

proceso). Cualquier cambio en la terapia se debe a este compromiso.”<sup>2</sup> Es posible que lleguen con un alto nivel de angustia en algún miembro se tratará entonces primero al que tiene la queja, luego hay que pasar de la queja al problema, es decir, observar cual es la verdadera dificultad familiar, que por lo común no es expresada por sus miembros, para eso es importante observar el lenguaje no verbal, el lugar que ocupa cada uno de sus miembros ya nos puede dar indicios de las interacciones familiares. El terapeuta debe dejar claro a la familia que a el le interesan todos como una totalidad. Si los consultantes se sienten demasiado incómodos hay que utilizar una técnica para establecer el rapport, es necesario lograr que la familia se marche con el deseo de regresar a la próxima sesión.

#### 2.4.1 El Primer Contacto.

El primer contacto de la familia con el terapeuta generalmente lo hace un miembro familiar, aunque también puede hacerlo la persona que los deriva. La relación terapéutica se inicia ya con el primer contacto telefónico, que es más que una simple recolección de datos acerca del paciente identificado. Se comunica a la familia que el modo de trabajar es con todos los que tengan un vínculos de consanguinidad y que vivan juntos, para esto se puede decir que es necesario conocer a toda la familia para entender mejor el problema; el que la familia se niegue a asistir o acepte ya nos indica la reacción que existe de la familia hacia el problema presentado. En el contacto telefónico hay que destacar que hay que ver a todos aunque sea por una ocasión, queda la posibilidad de ver por separado a un subsistema o un miembro según la dinámica familiar lo amerite.

Un ejemplo de FICHA TELEFÓNICA es el siguiente:

1. Nombre completo y edad del paciente identificado.
2. Estudios o profesión del paciente identificado.
3. Motivo de consulta.
4. composición de la familia.
5. Quienes viven en la casa.
6. Quien llama o pide la consulta.
7. Quien los ha derivado.

---

<sup>2</sup> MINUCHÍN. Salvador. El Arte De La terapia Familiar. Editorial Paidós. España. 1998. Primera Edición. Pag 31.

8. Domicilio y teléfono de contacto.
9. Fecha de esta primera llamada.
10. Miembros que se dan cita a la primera sesión.
11. Fecha de las cita, día, mes, hora.

#### 2.4.2 Consideraciones Generales

La fase inicial es de vital importancia y determina en gran medida el resto del tratamiento.

Cuando una familia asiste a terapia es porque ha reconocido sus dificultades existentes, estos generalmente están localizados en un miembro. Tienen también una determinada capacidad para realizar una actividad que demande trabajo en equipo y el esfuerzo de todos.

Dado que la sintomatología es el medio por el que se mantiene el equilibrio familiar, el sistema sostendrá una actitud negativa ante el cambio, aunque de forma verbal hayan manifestado lo contrario. Es por eso que la familia durante el primer contacto suele esforzarse en anular la labor del terapeuta que van dirigidos al cambio. La familia con el terapeuta forman un nuevo sistema, este como tal presenta distintas propiedades: la familia tiene la responsabilidad de comenzar el tratamiento por sí misma con la ayuda del terapeuta hacer un esfuerzo para concebir sus problemas desde su propio punto de vista y precisar que es lo que necesitan modificar, es decir, cual es el objetivo del tratamiento. El terapeuta inicialmente debe darse el lugar de terapeuta, es decir, encargarse del proceso terapéutico. Para esto es necesario que la primera sesión sea realmente un encuentro entre personas, de forma que la familia empiece a creer que el cambio es posible y que para lograrlo no tienen que modificar totalmente su actual estructura.

“Si los terapeutas han de ser efectivos con la familia en este contexto, deben conectar con la familia. La conexión es tanto una actitud como una habilidad. Para conectar con la familia, el terapeuta debe transmitir la aceptación de sus miembros y el respeto por su forma de ser y hacer las cosas.”<sup>3</sup>

Unas de las prácticas que puede resultar útil al terapeuta es iniciar la primera sesión con la menor cantidad de información posible acerca de la familia, por lo tanto no debe ir armando a la familia en base a una amplia historia dada por otro terapeuta o

---

<sup>3</sup> STIERLIN. Helm. Terapia De Familia. Editorial Gedisa. España. 1981. Primera Edición. Pag. 96

por quien los deriva. Esto ayuda a identificarse con las particularidades del nuevo sistema del que va a formar parte. El terapeuta puede tener intercambios verbales y analógicos de los miembros del sistema que le revelarán los puntos familiares que constituyen su debilidad y también en dónde radica su fuerza, esto hace que se pueda prescindir de una historia antes del tratamiento. No obstante cuando hay demasiada angustia en la familia se puede indagar la historia de algún miembro para bajar la tensión de la sesión. Esta indagación biográfica puede dar a la familia un sentimiento de identidad familiar. Hay que tener mucho cuidado con estas narraciones para evitar que los pacientes o el mismo terapeuta se alejen del presente.

El terapeuta puede obtener las claves que necesita para realizar el diagnóstico en el lenguaje no verbal más que en el verbal mismo. Debe definir el grado de homeostasis que existe dentro del sistema. Necesita observar los modelos de comunicación, las alianzas internas, las coaliciones, los papeles que desempeñan los miembros de la familia y el modo en que el sistema lo afecta como terapeuta. El terapeuta debe saber notar las diferencias entre la comunicación analógica y la digital entre los miembros del sistema, debe recordar que muchas veces las expresiones no verbales que un integrante da de sí mismo y de su familia así como del lugar que ocupa las que son menos inhibidas y censuradas por el resto.

En terapia familiar el diagnóstico y el tratamiento no están separados, un terapeuta no debe esperar a haber descubierto y además clasificar lo que sucede: toma cada fragmento del cuadro que tiene ante sí, y reflexiona, junto con la familia, sobre él a medida que se va componiendo de una forma nueva.

En terapia se debe dejar en claro que al terapeuta le importa toda la familia, que no es simplemente una terapia individual con la presencia de toda la familia. Cualquier información que le de un miembro secretamente acerca de otro al terapeuta, ya sea en la sesión o fuera de ella debe ser compartida con el resto del grupo por ser considerada propiedad de todos, así se evitará perder espontaneidad y libertad de movimientos provocada por una información privada.

La familia por lo general se presenta al tratamiento en dos formas:

1. Forma sintomática: en función de "un miembro" con problemas.
2. Forma interaccional: en función de las dificultades que existen dentro de una relación, entre el matrimonio, entre padres e hijos, etc.

Lo más probable es que el terapeuta se encuentre con la primera opción, es decir, la familia piensa que sus problemas están enfocados en uno de sus integrantes. Ellos creen que los resolverán si quien tiene el síntoma cambia inmediatamente o desaparece. No obstante el terapeuta familiar determina que esa sintomatología individual es una clave para encontrar los aspectos disfuncionales en la estructura interna de la familia.

El tener que manejar al "paciente identificado" es un desafío para el terapeuta familiar desde el inicio del tratamiento por los problemas particulares que suele ocasionar. Es común que el paciente identificado se sienta aliviado porque percibe que el terapeuta no comparte la visión que tiene de él su familia del lugar que ocupa en el sistema, por lo tanto es importante que el terapeuta transmita esta opinión desde la primera sesión.

Cuando se interroga a los miembros de la familia su punto de vista del problema, en la mayoría de veces el paciente identificado sorprendentemente tiene una opinión totalmente diferente al resto de la familia. Esto puede ser útil, a partir de esta nueva visión que brinda el paciente identificado pueden empezar a considerar sus problemas.

Cuando una familia aplica a uno de sus miembros la etiqueta de "paciente", es posible considerar a los síntomas del paciente identificado como un recurso para mantener el sistema o mantenido por el sistema. El síntoma puede constituir una expresión de una disyunción familiar. O puede haberse desarrollado en un miembro individual debido a sus características particulares, y luego, ser apoyado y mantenido por el sistema familiar.

La finalidad de la intervención que realiza el terapeuta es la familia, esto no significa que no deba preocuparse por los individuos, pero, el terapeuta debe ayudar a que cambien las interacciones y la estructura familiar. Para lograr esto el terapeuta debe dirigir su intervención para que se produzca un desequilibrio en el sistema. Sin embargo es indispensable que el terapeuta demuestre respeto por cada individuo y su deseo de cura para que la familia se mantenga en terapia durante el proceso de transformación. Es por eso que cuando culmine la primera entrevista cada uno sienta que participó con el terapeuta en la indagación de los problemas.

### 2.4.3 Fases de la primera entrevista

La primera entrevista se divide en cuatro fases o etapas:

La primera donde se da el proceso del joining el terapeuta procura que los integrantes de la familia se sientan cómodos y establecer el rapport con cada uno de ellos. Al pedirles que se sienten es muy importante anotar la manera en que se ubican ya que esto puede brindar información acerca de las interacciones familiares.

El terapeuta debe presentarse y ayudar a que se presenten los integrantes de la familia, debe haber un diálogo informal, no debe permitir que empiecen a tocar el problema hasta no recibir una respuesta social de cada uno de los miembros y asegurarse que se sientan cómodos.

La segunda fase, aquí el terapeuta debe recoger la visión que cada uno tiene del problema, para esto debe preguntar en forma general acerca de la dificultad y escuchar lo que cada uno dice, es necesario que todos intervengan y notar las semejanzas y diferencias entre lo narrado por uno y otro miembro. Cuando al inicio el que cuenta centra los problemas en un paciente identificado luego se pregunta su versión a otra persona, pero no al identificado porque puede sentir que el terapeuta hizo una coalición con alguien de su familia en su contra.

En esta etapa no se intenta cambiar la visión de los hechos que tiene la familia, simplemente se recogen todos los datos que son proporcionados y la versión de cada uno. Es importante que todos se sientan parte de la familia aunque no hayan intervenido, esto se logra mediante gestos de aceptación por parte del terapeuta.

En la tercera fase, ahora el terapeuta debe propiciar la conversación entre los miembros de la familia, el debe pasar al plano de observador y ya no dirigir la conversación, esto le permitirá comprobar o desechar sus hipótesis acerca de la estructura familiar, le permitirá observar como están formados los subsistemas y la existencia de alianzas y coaliciones; para esto tratará que la familia discuta para ver los patrones típicos de comunicación, para esto debe tener claro el nivel de estrés que puede tolerar cada uno, si la ansiedad sube demasiado el terapeuta debe retroceder hasta llegar a niveles tolerables. En este punto tendrá una visión más amplia y ver el

verdadero problema que antes estaba centrado en el paciente identificado. En esta etapa el terapeuta puede modificar ciertos patrones de interacción, es decir, iniciar el tratamiento.

La cuarta fase, en esta etapa se debe fijar los objetivos terapéuticos, la familia debe ponerse de acuerdo con el terapeuta en las metas de la terapia, con un diagnóstico claro se puede fijar también el número de sesiones, pero dejando en claro la posibilidad de que se realicen menos sesiones si el problema se resuelve antes y extenderlas si es que no se ha resuelto en el plazo fijado. Las metas deben ser objetivas y no de las categorías diagnósticas tradicionales, por ejemplo: eliminar la angustia del paciente identificado, pero sí puede ser por ejemplo que deje e llorar todas las noches.

Como conclusión, en este capítulo hemos revisado la importancia de la estructura en terapia familiar, la importancia de la totalidad del sistema y como si se modifica la estructura van a cambiar cada uno de sus miembros. Observamos a las familias dentro del proceso terapéutico, estas familias pasan de una queja localizada en un miembro a encontrar el verdadero problema, observamos que las familias que consultan aunque expresan su necesidad de cambiar ponen toda clase de obstáculos para que el cambio se realice. Otros de los puntos tratados fueron los tipos de familias y la importancia que tiene conocer cada uno de ellos, para poder ubicarlos cuando llegan a consulta y así dirigir la terapia. La primera entrevista fue otro ítem de este capítulo, advertimos que esta es de vital importancia en terapia ya que de esta depende en gran medida que la familia vuelva a terapia y aun más el éxito terapéutico.

## **CAPITULO III INTERVENCIONES ESTRUCTURALES**

En este capítulo he resumido algunas técnicas de las intervenciones estructurales, en que consisten y como se realicen, esto para poder poner en práctica lo mencionado en capítulos anteriores sobre el enfoque estructural. Esto nos ayuda a tener una visión más clara de cómo se trabaja con terapia sistémica estructural y como se van dando los cambios.

### **• 3.1 REENCUADRAMIENTO**

Reencuadrar significa cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura. En el reencuadre se produce una modificación de los "mapas internos".

Con el reencuadre lo que cambian es el sentido que se le atribuye a la situación más no los hechos en concreto que corresponden a esta. No es el hecho mismo lo que nos incomoda o produce dificultades sino la visión que tenemos de este.

Existe una simplista, pero muy difundida creencia, según la cual "hay una realidad objetiva", situada en algún sitio "fuera de aquí" y que las personas cuerdas son más conscientes de ellas que los locos. Sin embargo, lo real es aquello que un número lo suficientemente amplio de personas ha acordado designar como real. La realidad queda determinada por el punto de observación desde-donde -la mira el sujeto; si se cambia el punto de-observación, cambia también-la misma realidad.

Un atinado reencuadre de una situación, necesita tomar en cuenta todos los puntos de vista, las expectativas, los motivos y los indicios, toda la trama conceptual, de aquellos cuyos problemas han de ser modificados.

En contraste con otras escuelas psicoterapéuticas que utilizan un mismo método con todos los pacientes o les enseñan un nuevo lenguaje, en el reencuadramiento, el

terapeuta es quien aprende el lenguaje del paciente y no lo obligan a pensar en un nuevo lenguaje.

En el reencuadre cambia su visión de los hechos, ve lo mismo pero desde otro punto de vista menos perjudicial para sí mismo.

- **3.2 PUESTA EN ACTO O ESCENIFICACIÓN**

Cuando una familia asiste a terapia la información que brindan al terapeuta está limitada por la capacidad para narrar y la subjetividad del miembro que cuente la historia. Existe también la posibilidad de que cuando el terapeuta empieza a preguntar sobre las áreas de conflicto la familia no lo pueda manejar y no puedan contestar con claridad porque se ponen en funcionamiento los mismos mecanismos que cuando están en el hogar.

La escenificación consiste en que se le pide a la familia. El terapeuta reconstruye una secuencia de sucesos para observar las interacciones entre los miembros ver cuales son las disfuncionales.

La escenificación se produce en el lugar de la sesión y en presencia del terapeuta, quien al tiempo que observa las interacciones puede introducir un cambio en el funcionamiento familiar que puedan aplicar en el hogar. Con esta técnica se puede lograr un panorama más amplio de notar si en verdad la queja es el problema o si es más amplio y afecta a más integrantes visualicen de otro modo la dificultad y otra forma de resolverla.

Esta intervención tiene tres movimientos: en el primero el terapeuta observa las interacciones de la familia y en donde está la disfuncionalidad; en la segundo es el terapeuta el que organiza las escenas que quiere observar; en el tercer movimiento el terapeuta propone nuevas formas de interacción que ayude a mejorar el funcionamiento del sistema.

Las limitaciones de esta técnica son que es improvisada, pretende obtener una información completa acerca del interaccionar de una familia que solo a estado unos minutos en consulta, omitiendo así la historia de la familia. Otra es que se limita a un solo suceso que puede resultar muy corto para ver las interacciones.

- **3.3 ENFOQUE**

La técnica del enfoque la introdujo Minuchin quien hace una comparación de las sesiones con una cámara fotográfica, con el foco de una cámara se puede resaltar ciertos objetos sobre el fondo y restarle importancia a otros; de la misma manera el terapeuta recibe una gran cantidad de información, deberá escoger cuales son los datos relevantes y cuales va a dejar pasar porque no son útiles a la terapia.

Minuchin también menciona que:

“El terapeuta organizara los hechos que percibe de manera que formen trabazón entre ellos y posean también pertinencia terapéutica... En la sesión escogerá ciertos elementos de la interacción de esta familia y organizara el material de manera que guarde armonía con su estrategia terapéutica.”<sup>4</sup> Según lo que va desarrollando Minuchin, el terapeuta debe dejar de lado parte del contenido de la comunicación de la familia, para por ejemplo, prestar fundamental atención a las fronteras internas desdibujadas de la misma, si fuera el caso de una "familia aglutinada".

Pero el dejar afuera algunos contenidos al terapeuta no lo perjudican demasiado, ya que Minuchin y Fishman dicen que "las interacciones de la familia tienden a ser isomórficas", así que las pautas que él toma de su visión reducida son como una muestra de lo que ocurre en la familia en su totalidad.

Minuchin y Fishman, dicen que el terapeuta debe abandonar procesos como contenidos de la información para dar prioridad a la meta estructural que se ha planteado.

- **3.4 INTENSIDAD**

En ciertas ocasiones durante el desenvolvimiento de la terapia, la familia no capta o no escucha el mensaje que les da el terapeuta, es como si sufrieran de sordera electiva. Cuando esto sucede el mensaje tiene que ser enviado de alguna manera para que se produzca algún cambio. Para lograrlo debe enviar los mensajes aumentando la intensidad de los mismos. Esto se puede lograr mediante las siguientes técnicas:

---

<sup>4</sup> MINUCHÍN y FISHMAN: Técnicas de Terapia Familiar Editorial Paidós. España. 1997. Quinta Reimpresión. Pag. 107.

3.4.1 Repetición del mensaje. consiste en que el terapeuta diga el mismo mensaje en reiteradas ocasiones, ejemplo si los padres no se ponen de acuerdo en la disciplina de los niños el terapeuta debe insistir cuantas veces sea necesario hasta que tomen una decisión y se comprometan a cumplirla. Esta técnica afecta tanto al contenido del mensaje como a la estructura mismo de la familia.

3.4.2 Repetición de interacciones isomórficas.- esta técnica repite mensajes que son distintos en su superficie\_pero que a nivel profundo son los mismos. Esto se debe a que diferentes acciones dentro de un sistema obedece al mismo conjunto de normas y que por lo tanto dinámicamente son iguales. “esta intervención puede enfocar interacciones que interesan a la terapia y reunir sucesos aparentemente desconectados en su significado orgánico único, con lo cual se acrecienta la experiencia que los miembros de la familia tienen de la regla familiar constreñidora.”<sup>5</sup>

3.4.3 Modificación del tiempo.- se incrementa la intensidad mediante la prolongación del tiempo de interacción de cierta situación que les produzca dificultad hasta mucho después de que los consultantes han dado señales de que desean parar, esto ayudará a que ellos mismos visualicen su error y que hay otra forma de realizar las cosas sin necesidad de la intervención verbal del terapeuta.

3.4.4 Cambio de la distancia; el espacio no sirve solo para las distancias físicas sino para marcar también las distancias psicológicas, es por esto que usar el espacio dentro del consultorio aumenta la intensidad del mensaje, al igual que el tiempo entre palabra y palabra y el uso de ademanes. Si el terapeuta se para antes de decir algo da más importancia a lo que va a decir. Un niño se sentirá con más confianza si el terapeuta se acerca y mucho más confiado si lo toca. También puede producir intensidad cambiando de posición a los miembros de la familia.

3.4.5 Resistencia a la presión de la familia.- esto se refiere a no hacer lo que la familia quiere. Ocasionalmente existen familias que absorben al terapeuta como miembro del sistema y lo presionan para continuar en las interacciones sus disfuncionales, cuando el terapeuta se niega no realiza lo que ellos quieren aumenta la intensidad de la terapia.

---

<sup>5</sup> MINUCHÍN y FISHMAN. Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Paidós. España. 1997. Quinta Reimpresión. Pag. 130

- **3.5 REESTRUCTURACIÓN**

Las operaciones dirigidas a la reestructuración son las intervenciones que toda familia debe enfrentar para lograr el cambio terapéutico. Estas intervenciones son las más importantes en el proceso de la terapia. Son las intervenciones dramáticas que crean movimiento hacia las metas terapéuticas.

Las operaciones de "acomodación" no constituyen un desafío, disminuyen la distancia entre el terapeuta y la familia ayudando al terapeuta a mezclarse con la familia ya que juntos participan en los acontecimientos de la sesión terapéutica. Sin embargo, las operaciones de "reestructuración" y de "acomodación" son interdependientes. La terapia no puede lograrse sin la "acomodación", pero ésta no tendrá éxito sin la "reestructuración".

El terapeuta debe mantenerse en una posición de líder dentro de la unidad terapéutica, pero también debe acomodarse a la familia, absorberse al sistema familiar, debe adaptarse a la familia de tal manera que de pueda incorporar a ella, pero sin dejar de intervenir de manera que cuestione la organización familiar, así los miembros se acomodarán a él de forma que facilitará dirigir los movimientos hacia los objetivos terapéuticos.

En algunas ocasiones se observa que las operaciones de mantenimiento pueden también ser a su vez, una función de reestructuración: cuando el terapeuta apoya a un subsistema, otras partes de la familia pueden verse obligadas a reestructurarse o acomodarse a este apoyo. Si el terapeuta apoya al cónyuge más débil, ello constituye un pedido de reestructuración dirigido al más fuerte.

- **3.6 FRONTERAS**

Las técnicas que apuntan a establecer fronteras regulan la permeabilidad de los límites entre los subsistemas entre sí. Se muestra a los miembros que tienen más de una posibilidad de interacción. Las técnicas de instauración de fronteras pueden dirigirse al distanciamiento psicológico, o a la permanencia dentro de un subsistema; estas técnicas son la duración de la interacción i la distancia psicológica.

3.6.1 Duración de la interacción.- en esta técnica no es tan importante el contenido de la interacción como lo es que esta se produzca. A diferencia de otras técnicas donde se producen en la sesión con esta técnica es necesario enviar tareas a casa para el fortalecimiento de lo hecho en terapia y para que se produzca el cambio. Para lograr la creación de una frontera el terapeuta puede hacer uso del espacio, aumentándolo entre los miembros que quiere poner el límite, puede también prestar más atención a las personas que pretende que formen un subsistema e ignorar a las que quiere alejar del Holón. Suele también ponerse el terapeuta como protección del Holón recién formado y así evitar la intromisión de los otros.

- **3.7 DISTANCIA PSICOLÓGICA**

Las impresiones recogidas durante la primera entrevista pueden revelar información importante al terapeuta, el lugar donde se colocan, quien interrumpe a quien, quien termina las frases del otro, etc. Sin embargo no es una información definitiva sino que tiene que ser verificada por otros medios por el terapeuta.

En algunos casos la utilización de frases metafóricas ayudan a trazar fronteras y a lograr distancia psicológica. Ejemplo un integrante de la familia puede contestar todo lo que se le pregunte a otro, esto es una intromisión de su parte y hay que producir distanciamiento.

Otra forma de resolver el problema ampliarlo, incluir a alguien más para que alguien más ayude a resolverlo y así separar a los dos miembros que están muy unidos.

Generalmente son díadas las que hay que separar, pero ocasionalmente se convierte en tríada cuando es un tercero que ayuda a mantener la relación entre dos, las fronteras se trazarán entonces entre las tres personas. Ejemplos cuando los padres pelean y un hijo interviene a favor de alguno de los dos. Se da también cuando dos padres no pueden controlar a un niño pequeño.

Ciertas familias que asisten a consulta suelen hablar todos al mismo tiempo e impedir la comunicación, aquí hay que idear algún método para lograr que solo dos o tres personas hablen, formando así un subsistema y dando alternativas nuevas a la familia para que reduzcan la tensión.

### • **3.8 DESEQUILIBRAMIENTO**

El desequilibramiento conlleva a unirse con miembros de la familia, aislar a algún miembro o hacer una coalición con un subsistema en contra de algún integrante. Esta estrategia de desequilibramiento que realiza el terapeuta está dirigida a provocar el cuestionamiento de la estructura familiar, por ejemplo, puede ser que la familia sea evaluada como de límites rígidos, es decir es una familia desligada tenga en realidad ciertas características de una familia aglutinada. Minuchin menciona que: "En el desequilibramiento... la meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema"<sup>6</sup> Las técnicas usadas para causar el desequilibramiento son:

3.8.1 Alianza con miembros de la familia.- es que el miembro que obtiene el apoyo del terapeuta, actúa de una forma distinta a lo que lo hace habitualmente, ya que el apoyo que este le brinda lo hace pasar por alto las señales de la familia "las cuales lo harían mantener el statu quo. Todo esto lo lleva a experimentar posibilidades nuevas como ya se señaló anteriormente.

Es importante destacar también que el cambio de perspectiva de uno de los integrantes del sistema llevara a un cambio en todos los demás elementos del mismo, este recordemos que es una característica fundamental de los sistemas.

3.8.2 Alianza alternante; consiste en aliarse en forma alternativa con dos subsistemas, esto puede producir cambios en la estructura del sistema. Hay que tener cuidado de no ser utilizado por los subsistemas para favorecer por igual a ambos porque no se produciría un desequilibrio, hay que cuidarse también de que no se produzca un mayor distanciamiento que el ya existente entre subsistemas. El objetivo de esta técnica es darle a cada subsistema habilidades diferentes y complementarias.

3.8.3 Ignorar miembros de la familia.- Esta dice tal vez una de las más difíciles porque "demanda la capacidad de hablar y obrar como si ciertas personas fueran invisibles"- Minuchin y Fishman, técnicas de terapia familiar -y el terapeuta culturalmente no se reconoce en esta actitud y le puede ser dificultoso llevarla adelante.

---

<sup>6</sup>MINUCHÍN y FISHMAN. Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Paidós. España. 1997. Quinta Reimpresión. Pag.166

Las personas que son ignoradas se enojan mucho y se revelan, muchas veces pidiendo a sus familiares que se coalicionen con él, esto expresa Minuchin lleva a "un realineamiento de las jerarquías familiares" <sup>7</sup>

El terapeuta utiliza esta técnica en su variedad más suave en los casos que ignora a un niño demasiado demandador y acaparador. Cuando es eficaz, esta intervención produce un desenfoco inmediato del niño... Una forma más activa de esta técnica consiste en que el terapeuta formule de manera explícita su comportamiento. Puede decir "No me gusta hablar con personas que no se comportan a la altura de su edad"; o " ¿No es extraordinario que su marido crea que produciendo muchos ruidos sin sentido, los demás pensarán que dice algo?" "... ignorar a un miembro dominante se convierte en un desafío directo (...)." <sup>8</sup>

Esta técnica de ignorar a alguien, hace que las fronteras entre subsistemas se marquen y haya un reacomodamiento por parte de los miembros de la familia.

#### 3.8.4 Coalición contra miembros de la familia.-

en esta técnica el terapeuta se une a un miembro o subsistema para formar una coalición en contra de una persona o un subsistema.

Esta puede darse de dos formas; en la una se alía con alguien débil dentro de la familia para enfrentarse a uno poderoso, esto provocará tensión tanto en el que hace la coalición como con el que queda fuera. Al terminar la sesión el terapeuta debe terminar su coalición y asegurarse de que la familia asimiló que lo realizado fue bueno para ellos, así el que realizó la unión no queda desprotegido. Otra forma de coalición es unirse a un grupo o miembro poderoso para guiarlo a que use su poder y realice sus funciones de manera beneficiosa para todos los miembros de la familia.

### • **3.9 INTERVENCIONES PARADOJALES**

El hecho de que existan familias que lleguen a consulta solicitando ayuda, pero que al mismo tiempo hacen too lo posible para evitar ser ayudados, peor si para esto deben cambiar su estructura; el terapeuta termina por lo tanto envuelto en un juego

---

<sup>7</sup> MINUCHÍN y FISHMAN. Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Paidós. España. 1997. Quinta Reimpresión. Pag.176

<sup>8</sup>MINUCHÍN y FISHMAN. Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Paidós. España. 1997. Quinta Reimpresión. Pag. 176.

en el cual su intento de ubicarse como agente de cambio es anulado por el grupo familiar. En términos sistémicos, esta actitud aparentemente contradictoria se vincula con el equilibrio dinámico entre dos capacidades opuestas e interactuantes, la tendencia al cambio, presente en el requerimiento mismo de ayuda, y la homeostática, que impulsa a la familia a repetir sus secuencias habituales de comportamiento, que a veces terminan envolviendo al terapeuta en la misma lógica: "Ayúdame a cambiar, pero sin modificar nada.

En toda situación conflictiva se dan básicamente dos posibilidades para rechazar los ataques de otro o se replica con un contraataque de al menos igual fuerza o bien se opta por ceder, por apartarse, de modo que el golpe descargue en cierto sentido en el vacío y el agresor pierda el equilibrio. Hay toda una serie de autores que reconocen la utilidad de este método "judo" de la psicoterapia, del mismo modo que se considera que la resistencia no sólo impide, sino que puede fomentar y favorecer la acción terapéutica. Pero no es menos cierto que, en la mayoría de los casos, todo se reduce a una cómoda expresión dictaminando con excesiva prontitud que la resistencia es señal de que el paciente "no está aún maduro para la terapia". La actitud que se acaba de describir puede ser influida de modo más bien fácil, siempre que el terapeuta se encuentre dispuesto a abandonar el plano del sentido común y de la razón, y plantee la siguiente pregunta aparentemente absurda: "¿Por qué tienes que cambiar?". El que se queda está por lo general preparado para esta desviación de tipificación lógica. De acuerdo con las reglas de "su" juego se entiende y es indudable que debe cambiar y, de hecho, todo su "juego" está basado en esta premisa. La pregunta "¿Por qué tienes que cambiar?" no constituye ya, por tanto, una jugada "dentro" de su juego; establece un juego completamente nuevo y ya no se puede seguir jugando al anterior.

¿Qué puede parecer más antiterapéutico y más duro que decirle a alguien que busca ayuda, que su situación es desesperada? Y sin embargo, como se sabe, existe un grupo entero de problemas humanos en el que el sentido común, una actitud "humana" de optimismo y de apoyo, no tiene más resultado que consolidar la persistencia del problema. Sí prescindimos de nuevo del viejo y fútil sistema de preguntar por qué ciertas personas juegan a "ayúdame, pero no te dejaré hacerlo", sino que aceptamos el hecho de que existen gentes así, podremos concentrarnos

sobre lo que están haciendo, cómo se ajusta ello a un contexto presente y qué se puede hacer al respecto.

Las intervenciones paradójales tienen como objetivo lograr lo opuesto a lo que se le prescribe, es decir, pedir que la familia haga algo para que no lo cumpla. El origen de esta técnica está en las de inducción de hipnosis.

“El objetivo de la paradójica sistémica es esa interacción oculta que se expresa en un síntoma”<sup>9</sup>

Las técnicas más comunes en la utilización de las paradojas son: la redefinición, la prescripción y la restricción.

La redefinición tiene como objetivo una visión diferente del problema. Cuando el síntoma ha sido redefinido pasa de ser un algo ajeno al sistema a ser un elemento esencial.

La prescripción, en esta técnica se prescribe que se realice el mismo circuito que provoca el síntoma en la familia, como ahora lo harán de manera consciente entonces ya no tendrá la misma capacidad de crear el síntoma, la familia también se responsabilizará y actuarán de manera diferente.

En la restricción el terapeuta se lamenta de los cambios que se han dado en la familia si es que los ha habido, o advierte constantemente de las posibles consecuencias y dificultades si el cambio se diera, pero permite que la familia cambie a pesar de todo.

Concluyo que al revisar algunas de las técnicas de la terapia sistémica estructural nos hemos dado cuenta, que van desde algunas que sirven para recoger mejor la información y pasar de la queja al verdadero problema para dirigir el tratamiento hasta otras que van enfocadas a modificar la estructura familiar, que esto pueden lograrlo mediante varias técnicas que se utilizan dependiendo del tipo de familia y de las necesidades de los miembros. Sea cual sea la técnica que se utilice y su función notamos que para realizarlas es necesario que el terapeuta llegue a formar parte del sistema, manteniendo su posición de líder y autoridad. Observamos también que en la terapia estructural con la mayoría de técnicas el cambio se realiza en consulta son acciones que le sirven a la familia a largo plazo y que pueden poner en práctica en los hogares

---

<sup>9</sup> MINUCHÍN y FISHMAN. Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Paidós. España. 1997. Quinta Reimpresión. Pag. 244.

## **4 CONCLUSIONES**

El enfoque estructural dentro de la teoría sistémica nace con el afán de Minuchin, que es uno de los iniciadores, de poder ayudar a más de una persona, es decir poder tratar a una familia entera o varios miembros de ella, se da cuenta que muchos problemas de las personas no se pueden resolver de forma individual y que no son conflictos solo de ellas sino de toda la familia.

Una teoría que influyó mucho a la terapia sistémica estructural es la Teoría general de los sistemas y de ahí se toman muchos de los preceptos básicos para este modelo, ya que esta teoría a pesar de ser matemática observaron que tiene aplicación en otras ciencias en este caso la psicología. Hemos visto también que conceptos como estructura, subsistemas y fronteras que son propias de esta teoría se convierten en nociones fundamentales para entender y aplicar al enfoque estructural.

Hemos revisado la importancia de la estructura en terapia familiar, la importancia de la totalidad del sistema y como si se modifica la estructura van a cambiar cada uno de sus miembros. Observamos a las familias dentro del proceso terapéutico, vimos como estas familias pasan de una queja localizada en un miembro a encontrar el verdadero problema, observamos que las familias que consultan aunque expresan su necesidad de cambiar ponen toda clase de obstáculos para que el cambio se realice. Otros de los puntos tratados fueron los tipos de familias y la importancia que tiene conocer cada uno de ellos, para poder ubicarlos cuando llegan a consulta y así dirigir la terapia. La primera entrevista fue otro ítem, advertimos que esta es de vital importancia en terapia ya que de esta depende en gran medida que la familia vuelva a terapia y aun más el éxito terapéutico.

Exploramos algunas de las técnicas de la terapia sistémica estructural y nos hemos dado cuenta, que van desde algunas que sirven para recoger mejor la información y pasar de la queja al verdadero problema para dirigir el tratamiento hasta otras que van enfocadas a modificar la estructura familiar, que esto pueden lograrlo mediante varias técnicas que se utilizan dependiendo del tipo de familia y de las necesidades de los miembros. Sea cual sea la técnica que se utilice y su función notamos que para realizarlas es necesario que el terapeuta llegue a formar parte del sistema, manteniendo su posición de líder y autoridad. Observamos también que en la terapia

estructural con la mayoría de técnicas el cambio se realiza en consulta son acciones que le sirven a la familia a largo plazo y que pueden poner en práctica en los hogares.

Vale la pena anotar que si bien hemos analizado el enfoque estructural y sus técnicas únicamente, esto no significa que esté separado del resto de terapia sistémica sino que sus fundamentos y técnicas se complementan con las técnicas de los enfoques narrativistas y estratégicos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

ANDOLFI. Mauricio La Creación Del Sistema Terapéutico. Editorial Paidós. España.1998. Segunda Edición.

BERGMAN. Joel. Pescando Barracudas. Editorial Paidós. España. 1987. Segunda Edición.

FISHMAN. Charles. Tratamiento Para Adolescentes Con Problemas. Editorial Paidós. España 1990. Segunda Edición.

MIDORI. Hanna. La Práctica de la Terapia Familiar. Editorial BBD. España 1998

MINUCHÍN. Salvador. La Recuperación De La Familia. Editorial Paidós. España. 1994. Primera Edición.

MINUCHÍN: Salvador. Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Paidós. España. 1997. Quinta Reimpresión.

MINUCHÍN. Salvador. El Arte De La terapia Familiar. Editorial Paidós. España. 1998. Primera Edición.

MURRAY. Bowen. De La Familia Al Individuo. Editorial Paidós. España. 1998 Segunda Edición.

STIERLIN. Helm. Terapia De Familia. Editorial Gedisa. España. 1981. Primera Edición.

WAINSTEIN. Martín. Intervenciones Para El Cambio. Editorial JCE. Argentina 2006. Primera Edición