



**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**

## **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 transmita 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 continúa 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/htm/>.

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>.

