

EL COUNSELING Y LA PSICOTERAPIA BREVE

Por Marcelo Rodriguez Ceberio

Indice

- El counseling
- La psicoterapia
- Psicoterapia breve: un *breve* acercamiento a la terapia familiar
 - El MRI
 - La Cibernética y Teoría General de los sistemas
 - La pragmática de la comunicación humana
 - Aportes del Constructivismo
 - La hipnoterapia de Milton Erickson
 - Terapia breve
- Conclusión: Sea breve

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia breve estratégica, es uno de los modelos sistémicos más efectivos en lo que atañe a la resolución de problemas. Creada y desarrollada en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California, de la mano fundante de John Weakland, Dick Fisch y Paul Watzlawick, la terapia breve se ha utilizado para diversas patologías, entre las que se hallan los trastornos de pánico, obsesivos, depresiones, psicosis, etc.; como también ha adoptado la forma de terapia familiar, de pareja o individual. Además, su radio de acción se ha extendido no solo al área clínica, sino que en las organizaciones, tales como escuelas, empresas, instituciones, etc., se implementa su pensamiento y gran pragmatismo.

Pero son, también, diferentes las profesiones que utilizan su modelo de pensamiento. Por ejemplo, educadores, economistas, entrenadores, empresarios, directivos de empresas, sociólogos, políticos, gobernantes, etc. Y, como modelo psicoterapéutico, es aplicable en las diferentes profesiones que trabajan con los problemas humanos, a saber: la Psiquiatría, la Psicología y el Counseling (Married Family Child Counselor –MFCC-).

El presente trabajo se centralizará en la profesión del counseling. Fundamentalmente, en cómo el modelo de la terapia breve sistémica es coherente con los principios y características de la consultoría psicológica: focalización del problema, brevedad en la duración del trabajo terapéutico y efectividad en los resultados. Con esta finalidad, el tema será analizado en tres módulos generales: El Counseling, la Psicoterapia en general y por último la *Brief Therapy*.

En el primer bloque, desarrollaremos la concepción del Counseling, su historia, su nacimiento, su radio de operatividad, sus objetivos. En el segundo, describiremos qué es la psicoterapia en rasgos generales, su definición de acuerdo a diferentes autores, sus diversos modelos de abordaje y su finalidad. Y por último, el módulo más extenso especifica el modelo del M.R.I., su gesta histórica, su relación con la Terapia Familiar, el M.R.I. y su historia, su fundamentación epistemológica esbozando sistemáticamente la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética, los aportes del Constructivismo, la Hipnoterapia ericksoniana y los estudios sobre la pragmática de la comunicación humana. Esta parte se cierra con la estructura del modelo, los pasos del trabajo terapéutico y su florida gama de tácticas y técnicas. Finalmente, se esbozarán algunas reflexiones a manera de conclusión, que nos acercarán a pensar el modelo y su articulación y aplicación en la especialidad investigada: el Counseling

EL COUNSELING

Resulta dificultoso poder diferenciar la especialidad de la consultoría psicológica y la Psicoterapia Breve, ya que se redundan en similitud. Son dos formas de abordaje terapéutico que, generalmente, cuando tratan de definírseles se tergiversan en su explicación, llevando a criterios equivocados no solamente en su aplicación sino en la divulgación de su campo específico.

Poder discriminar ambos campos no resulta simple (cuándo es psicoterapia breve y cuando consultoría??), ya que dicha diferencia parece encontrarse más en la palabra misma que titula ambas disciplinas que en su desarrollo pragmático. No obstante, en el intento de no emitir juicios a priori, vayamos en búsqueda de la propuesta, comenzando a delinear algunos puntos específicos de las especialidades.

En principio, es importante diferenciar que el counseling es un estudio terciario que habilita de manera legal al desarrollo de ciertas acciones específicas. La psicoterapia breve es una formación de posgrado, aunque no solo de psicoterapia sino, más aún, de pensamiento, factible de aplicarlo pero insertado dentro del marco de una carrera de grado. Pero más allá, de esta distinción de índole académico, es interesante trazar la diferencia entre los límites de qué se considera y hasta donde llegan los alcances profesionales del counseling y dónde los de la psicoterapia breve.

La traducción de la palabra inglesa *Counseling* al español, significa literalmente *consejería*. Pero en muchas ocasiones, las traducciones no reflejan la verdadera atribución de sentido que se les quiere dar en el idioma original. Por lo tanto, el término *consejería* no muestra completamente el significado que -principalmente en Estados Unidos- la especialidad posee. Consejería remite a la palabra consejo, que supone una orientación o guía. Implica la opinión adecuada, la ayuda eficaz para destrabar una situación complicada. También, esta palabra orientadora lleva implícita la constitución de un objetivo. Un objetivo que pueda considerarse el más apropiado de acuerdo a la problemática que plantee el sujeto que consulta.

Esta sugerencia, se inserta en un circuito relacional asimétrico en donde una persona (el paciente), agotadas las posibilidades e intentos por solucionar su problema, solicita a otra persona (en este caso un profesional capacitado), que se supone es un experto en resolver problemas, la ayuda en la búsqueda de solucionar su conflicto. Por otra parte, algunos autores señalan que el profesional que proporciona la orientación es la figura activa de la dupla, mientras que el consultante asume una actitud pasiva de recibir

dicha guía que lo orienta hacia la resolución. Tal vez, definir el Counseling en esta dirección sugiere un reduccionismo en su campo de acción, que difiere del que se ejerce en realidad.

En general, el cliente asiste a un especialista por la necesidad de buscar (y de encontrar) una solución a una dificultad que se ha convertido en problema desde su particular recorte de la realidad que efectúa en ese momento evolutivo (no obstante, la vida siempre está poblada de dificultades, el *problema* es cuando se transforman en problema). Pero en sí misma, la palabra Counseling tiene una acepción más amplia y más dinámica, que no se queda únicamente en la posición de consulta activo-pasiva, finalidad que resulta *pobre* como objetivo de trabajo.

O sea que, además de brindar orientación, implica también, apoyo, contención, discusión de temas en función de objetivos, desarrollo de una planificación, establecimiento de metas, etc. Por lo tanto, la traducción más acertada sería, como lo hemos señalado anteriormente, *Consultoría Psicológica*. Con lo cual, la amplitud de la significación refiere más a una relación activa por ambas partes, en donde el intercambio entre cliente y profesional posibilita resolver conflictos y generar resultados, explotando los recursos genuinos del cliente y trazar objetivos que permitan un salto evolutivo en el crecimiento.

El Counseling es una profesión que tiene por objetivo el desarrollo personal y de acuerdo a la capacidad del counselor, explota las habilidades y recursos del cliente para llegar a dicha meta. Esta definición, muestra un modelo que pragmáticamente no se diferencia del modelo psicoterapéutico tradicional o de los de corte sistémico, en los que la finalidad del trabajo con el paciente, coincide con los objetivos que se discriminan en la consultoría.

Históricamente, el surgimiento de esta profesión data de 1909, a través de las iniciativas del Movimiento de Guía Vocacional de Frank Person en Estados Unidos. Además de los desarrollos e investigaciones de Stanley Hall en el Instituto de Estudio de Salud Infantil. También, como antecedente se encuentra el Movimiento de Salud Mental de América del Norte y el impacto de las teorías psicoanalíticas freudianas, fundamentalmente desenvueltas durante los años 1920 y 1930 por autores de la talla de E. Fromm, K. Horney, S. Sullivan, C. Jung, entre otros notables. A posteriori de la Segunda Guerra Mundial, la movilización social, política y económica impregnó de revisionismo y redefinió distintas áreas, entre ellas, la salud mental y los sistemas sociosanitarios. Las secuelas de perturbaciones psíquicas y experiencias traumáticas

vividas en ese período nefasto de la historia, dejó a la intemperie la necesidad de expertos que trabajaran con ese sector de la población.

En Estados Unidos, el Counseling tiene status de título oficial: MFCC (Married Family Child Counselor), siendo una especialidad en las consultas acerca de problemas en la familia o en la pareja. Pareciera ser que Counseling surge como título y como modelo de abordaje al cliente, en donde el profesional cobra un rol más activo, dinámico y directivo, en contraposición con la perspectiva de la terapia tradicional, más aún el modelo psicoanalítico, que como tendencia terapéutica hasta el momento se venía desarrollando. Con lo cual, puede afirmarse que este modelo se transforma en título profesional, desestructurando los largos tratamientos dedicados a explorar el inconsciente, revisando las experiencias infantiles y buscando las causas en el pasado, bases teóricas que sostiene el tratamiento psicoanalítico.

Haley (1986) en *Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos*, señala que la crítica más frecuente que se efectuaba contra la formación del psicoanalista era que ésta llevaba tanto tiempo, que en el consultorio *Sólo se veían cabezas grises, Cuando se le otorgaba el título, el analista tenía la vista tan cansada, que no podía leerlo*. Estos, eran algunos de los chistes que se realizaban en función de los largos años de formación para que los médicos pudiesen ejercer su rol en la *Psicología profunda*, llamada así por la exploración de las *profundidades del inconsciente* y por la tendencia a descubrir las causas, el por qué de la sintomatología actual del consultante.

En USA, los psiquiatras, por ejemplo, pueden provenir de cursos de medicina acelerados. Existen residencias breves en farmacología en otras profesiones que no sean médicas. La edad se reduce aún más, como es el caso del asistente social, que tiene el grado de college (como bachelor of Arts) y le es suficiente un año o dos en una escuela donde se enseña historia de la asistencia social para comenzar a practicar su profesión. Los psicólogos pasarán más tiempo en laboratorio *pero no llegan a la mitad de la edad que alcanza el psicoanalista*.

Hoy se gradúan con títulos extraños nuevas especies de terapeutas. Algunos se denominan terapeutas matrimoniales, algunos terapeutas familiares; otros ministros cristianos y otros incluso, psicólogos socio-educacionales. Con un título de master obtenido al cabo de un año en la universidad, son lanzados al público, sin haber tenido contacto personal con el matrimonio o los hijos, como no sea por su propia experiencia. (Haley.1986)

La carrera de counseling tiene un amedia de duración de tres años. Las materias

que integran la carrera van desde los conocimientos básicos sobre psicología, elementos de psicopatología y especialidades como la consultoría clínica, organizacional, pastoral, educacional. Los counselors no pueden desarrollar trabajos terapéuticos como los psicólogos o psiquiatras. Es decir, poseen dos limitaciones fundamentales: la primera limitación radica en la formación de grado. El consultor posee un programa de estudios más reducido en años y en cantidad de conocimiento específico. En segundo lugar, legalmente, su título no lo habilita al ejercicio de la psicoterapia. Por tanto, el consultor psicológico está capacitado y habilitado para aconsejar, apoyar y orientar a una persona en situación de crisis o simplemente en la resolución de problemas puntuales. Pero cuando se excede de este perímetro, entramos en el territorio de la psicoterapia.

LA PSICOTERAPIA

El arte del manejo de la retórica con la finalidad de resolver problemas de la mente, es tan antiguo que forma parte de las relaciones humanas en la historia del hombre.

Algunas de las significaciones que arrojan los diccionarios especializados sobre psicoterapia son, por ejemplo: *Denominación general para designar el tratamiento médico del alma*, que muestra la tradicional visión del tratamiento hacia las perturbaciones y conflictos psíquicos, principalmente observándola como patrimonio de la entidad médica y homologando, por otra parte, el psiquismo con el alma –concepto vertido por los griegos que hasta le encontraron una sede en el cuerpo humano-.

Por otra parte, Yves Pelicier, en su *Lexique Psychiatrie* (Léxico de psiquiatría.1976) delimita más precisamente, pero en forma incompleta:

Todo método reglamentado de tratamiento psicológico, y se distinguen:

1. *Psicoterapias simples como estímulo y apoyo.*
2. *Psicoterapia profunda (Psicoanálisis)*
3. *Psicoterapias breves inspiradas en el Psicoanálisis*
4. *Psicoterapias profundizadas (Rogers, Sueño despierto dirigido, Psicodrama)*
5. *Psicoterapias de expresión*
6. *Psicoterapias Técnicas (Hipnosis, relajación, subnarcosis)*
7. *Psicoterapias conductuales*
8. *Psicoterapias de grupo*
9. *Psicoterapia Institucional*

Los métodos psicoterapéuticos son muy numerosos y aparentemente, muy dispares entre sí, pero conservan puntos en común como ser el encuentro de dos personas que se influyen mutuamente: la figura del terapeuta y la del paciente. Relación signada por un objetivo: algunos lo llaman curación y otros resolución de problemas.

Estos conceptos colocan sobre el tapete, la diferenciación entre la vieja y nueva definición de psicoterapia. Aunque hablar de *vieja* y *nueva*, no resultarán rótulos afortunados para aquellos que continúan explicando a la psicoterapia de manera clásica, como *una forma de tratamiento que tiene por objetivo curar a las personas*. Esta definición, esta sostenida teóricamente en el sentido médico, es decir, la concepción del tratamiento como una metodología que conlleva una serie de pasos a seguir en pos de curar la enfermedad del paciente.

Pero el hecho de curar, implica la creencia de entender a la persona que consulta como un *enfermo* (hecho que también denuncia la concepción biológica-médica), aunque la enfermedad como tal también cobra su grado de relatividad, puesto que puede explicarse o definirse desde diferentes ámbitos de conocimiento. De esta manera, nos encontramos estableciendo diferenciaciones entre las polaridades de *salud* y *enfermedad* y, a su vez, puntos de convergencia con lo que da en llamarse *normalidad* y *anormalidad*.

En el campo práctico, existe una equidistancia que homologa los términos *normalidad* y *salud*, de la misma manera que los conceptos de *anormalidad* y *enfermedad*, aunque no del todo sinrazón, ya que parcialmente coinciden. Tal vez, la diferencia principal radica en que ambos baremos son construidos en relación a dos variables independientes (en apariencia), pero que en realidad funcionan en total interdependencia: la variable científica y la social.

En la primera antinomia -normalidad/anormalidad- se entrevé que el polo de lo normal se establece a partir de la asociación entre común y mayoría. Los patrones de normalidad, son creados mediante casuísticas y recuentos estadísticos que permiten nombrar como normal a todo fenómeno que se dé en amplios porcentajes en el contexto social. Por tanto, todo elemento que se aparte de la franja estipulada por la media esperable, será considerado anormal. La base de estas aseveraciones, parten de un análisis sociológico.

En el ámbito científico se elabora la segunda antinomia -salud y enfermedad-, en donde la desviación o degeneración del correcto funcionamiento -en términos biológicos- es considerado enfermedad. Si el médico, bioquímico, biólogo, etc., descubre tal proceso, aplicará el tratamiento adecuado que le permita corregir dicha desviación, cuestión que el

sujeto pueda retornar al estado esperable: la salud.

Lo cierto, es que ambas antinomias se elaboran a través de la convergencia de factores científicos y sociales, y resulta una utopía aislar ambos territorios como compartimentos estancos, más aún, cuando se articulan e influyen de manera recíproca. Uno va de la mano del otro y resultaría un error otorgarle relevancia a alguno de ellos. Pero no siempre se encuentran puntos de coincidencia entre salud y normalidad, puesto que a veces, los patrones estadísticos no arrojan los resultados esperables para esta asociación. Por ende, no quiere decir que todo lo que se considere normal sea sinónimo de salud (por ejemplo, la mayoría de las personas tienen caries, razón por la que es normal, aunque no quiere decir que sea saludable).

Por otra parte, el baremo de normal o anormal se relativiza aún más cuando se involucra al contexto. Mientras que en cierto tipo de sociedades, algunos hechos son considerados normales, en otras, forman parte de la esfera de la anormalidad. Es el contexto, entonces, el que delimita la diferenciación.

La definición de salud de la OMS (Organización mundial de la salud) condensa, por así decirlo, el marco científico y social, señala que: *la salud sugiere el completo bienestar psicofísico, mental y social, y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades.*

Curar, en este sentido, implica corregir una desviación. La desviación puede observarse tanto en el significado científico como en el social. La enfermedad, es una desviación respecto de lo esperable en tanto funcionamiento adecuado. Lo anormal es el apartamiento de la norma. Si hablamos de problemas humanos, estamos señalando (desde una perspectiva cibernética) una desviación de la energía que bloquea la posibilidad de homeodinamia del sistema.

En síntesis, curación sugiere introducirse en el campo médico, aunque la enfermedad como tal exceda este campo. No obstante, enfermedad y curación son terminologías que se apropió el campo de la medicina. Introducidas en la definición de psicoterapia, estos conceptos, de alguna manera denuncian una concepción que parte de la patología y no de la salud. Ya en los comienzos del siglo XX, el mismo Freud señalaba que *todos somos neuróticos* y bajo esta premisa, la acción de la psicoterapia deviene en un *arte de curar* coherente con la filosofía médica de la cual se origina.

Diferente concepción es pensar al ser humano, no como un enfermo sino como una persona con problemas a resolver. Pero tampoco se trata de ir tan lejos, como para desconocer la existencia de alteraciones de factores biológicos y bioquímicos en ciertas

patologías de alto tenor como la psicosis o las depresiones graves, etc.. Es indudable, que este punto nos hace entrar en otras cuestiones de orden nosográfico. O sea, para muchos -y principalmente sistémicos en sus posiciones más ortodoxas- la clasificación de patologías psiquiátricas (DSM IV, por ejemplo) no son consideradas enfermedades y menos problemas de un individuo, sino conductas resultado de disfuncionalidades en las interacciones de las personas con su entorno. Las clasificaciones psiquiátricas se crearon con la misma orientación que la medicina tradicional, pero resulta extremadamente difícil (y suponemos que a los que confeccionan la clasificación también), abarcar totalmente la diversidad de sintomatologías posibles. Este mismo fenómeno sucedió en el siglo XVII, cuando se comenzaron a elaborar las primeras nosografías, de las que años más tarde Kraepelin se constituiría en uno de sus máximos expositores.

Los manuales de diagnóstico psicopatológico, conciben al ser humano de manera lineal y monádica y centran la patología en la persona, lejos de entender a la sintomatología como causa y efecto del entorno. Poco, en realidad se ha desarrollado acerca de diagnósticos relacionales. Sobre la base del DSM IV, algunos autores -con la venia de la pragmática sistémica- han creado modelos de trabajo clínico y descripciones relacionales sobre, por ejemplo, los trastornos distímicos y las depresiones (Linares.1996), trastornos fóbicos y de pánico (Nardone.1992.1997), trastornos psicósomáticos (Onnis.1998), trastornos esquizofrénicos (Bateson.1962, Jackson.1967, Selvini.1981), Anorexia y bulimia (Selvini. 1981).

Cambiar el término *tratamiento* por *trabajo terapéutico*, implica extraerle el marco patológico al término. La palabra *tratamiento*, se halla en directa relación con las acepciones de curar y enfermedad, es decir, la trilogía *enfermedad, curación y tratamiento* pertenecen a la misma concepción médica de los problemas psicológicos. Hablar de *trabajo terapéutico*, sugiere formar un equipo de trabajo (el terapeuta más el paciente) que, bajo una planificación estipulada, tiene como objetivo el cambio y la modificación del problema que lleva a la crisis a la persona.

Permutar el concepto de *enfermedad* por *problema*, sugiere entender al hombre en *relación con* y no como un sujeto aislado. Sugiere entender diferentes niveles de complejidad, en donde las dificultades pueden rápidamente complicarse y transformarse en problemas que bloquean los desarrollos evolutivos individuales y del sistema donde la persona se halla inmersa. Más allá, que hablar de *persona con problemas* suena menos descalificante que *persona enferma*. Tengamos en cuenta, además, que hay pacientes que asisten a consulta y que se hallan enfermos, ya sea porque padecen alguna

enfermedad orgánica o psicósomática (ya sea úlceras, alergias, asma, cáncer, etc.) y si bien la enfermedad incidirá o creará un trastorno psicológico, tal vez, no será el centro de su motivo de consulta.

La necesidad de trabajar con la familia o con el resto de los participantes del sistema que participan en la producción del problema, radica en la concepción de que el hombre es un ser eminentemente social. La historia y los estudios de los procesos biológicos, evolutivos, demuestran que como ninguna otra especie, el hombre depende en sentido físico o psíquico, desde sus necesidades más primitivas hasta las más complejas, en la interacción con su medio, cuyo primer vínculo o nexo de dependencia es la relación con sus padres. Según J. Kriz (1985), en gran medida las estructuras que hacen posible su experiencia, que favorecen su desarrollo y crecimiento, serán socialmente estructuradas mucho antes de que él se establezca en el escenario de la vida, por lo tanto:

[...] los resultados generales del trabajo social y de otros procesos de interacción (instrumentos y materiales transformados por el hombre, pautas sociales de rol y de acción, "cultura", es decir, lenguaje, escritura, conocimientos adquiridos, etc.) y la específica constelación histórica, geográfica y socioeconómica existente en el tiempo de su nacimiento y su desarrollo, determina su vida, por lo menos en la misma medida que la experiencia "filogenética" del homosapiens. (8)

Este autor destaca, además, otro punto clave, que caracteriza a la naturaleza del hombre y que favorecía el campo propicio para el nacimiento de la psicoterapia: su coincidencia reflexiva. O sea, que la conducta humana no estaría únicamente determinada por los instintos y los estímulos naturales del medio ambiente, sino que además, la estructuración y, por ende, la sistematización de su experiencia le permite anticipar a través del pensamiento una conducta determinada y un abanico de probables consecuencias o resultados que le proveen la posibilidad de actuar intencionalmente.

Es evidente que de igual manera, estas estructuras de sentido están en buena parte determinadas socialmente e inmersas en procesos de signos (es decir, estímulos sociales con significado aprendido). (8)

La suma de estas características, entonces, revela la posibilidad de sembrar un campo fértil de lo que a posteriori se llamará el *arte de la psicoterapia*. Por otra parte, la sociedad, como todo sistema, se encuentra estructurada mediante una serie de normas, pautas, escalas de valores que conforman un determinado patrón de funcionamiento. Esto, a su vez, constituiría un baremo clasificatorio en donde ciertas reacciones de los sujetos integrantes del social son tildadas como normales o patológicas, como lo

señalamos anteriormente. Y las representaciones y expectativas de corte individual que todo ser humano posee y desarrolla, en todas las oportunidades no son coincidentes con lo que espera la sociocultura. Por lo tanto, es factible que el hombre se encuentre particularmente sensible a la desviación de la norma. Si bien los umbrales de tolerancia, el sistema de valores y la pauta misma varía de acuerdo a los diversos períodos históricos, y a las diferentes culturas y diferentes puntos geográficos, siempre existió veneración de santos, idealizaciones externas y eliminación o segregación de ineptos, deficientes, minusválidos, improductivos. Es así que para esta última *casta*, existieron en la comunidad personas que a través de la palabra trataron de disminuir y aliviar los *dolores* provocados por esta estigmatización, desde los miembros de una familia hasta los curanderos que procuraban asistencia.

Como conclusión, la práctica psicoterapéutica es tan antigua como la humanidad misma. Pero la aparición de la psicoterapia profesional, tal cual como se la conoce en nuestros días según la mayoría de los autores, no se sitúa antes del siglo XIX. La fecha que Kriz remite como referencia, es la primera obra freudiana de envergadura *La interpretación de los sueños* (1900) o la publicación de Freud y Breuer *Acerca del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*, basado en el análisis del caso de Ana O (1893), o en el año 1895 que corresponde a los *Estudios sobre la histeria* en donde se expone dicho caso, conjuntamente con otras observaciones.

Estos escritos son la gestas del abordaje de la Psicoterapia que alcanzarían mayor repercusión en el siglo XX. El Psicoanálisis obtendría tanta relevancia, que llegaría a homologarse el término de Psicoterapia con el de Psicoanálisis llegando a fundirse ambas terminologías. Más aún, con el tiempo alcanzó una autonomía casi absurda, describiéndose como psicoterapia toda técnica que no sea la psicoanalítica. Cuando, en realidad, Psicoterapia y Psicoanálisis no se hallan en el mismo nivel: el Psicoanálisis es una forma de psicoterapia.

Hasta ese momento, el Psicoanálisis como técnica psicoterapéutica, responde a la tradición de indagación del pensamiento científico clásico: causa-efecto (relación lineal). Investiga diacrónicamente el origen de las situaciones conflictivas actuales, buscando sus causas en la historia del paciente, analizando el porqué de las patologías presentadas -revelar lo oculto a través del relato manifiesto- a través de la asociación libre, interpretando sueños, actos fallidos. Bajo el supuesto de que *haciendo consciente lo inconsciente*, por el método interpretativo, el *insigth* subsecuente proveería la desaparición del síntoma.

Su perspectiva es psicopatológica. El descubrimiento de la neurosis revela una sociedad neurótica, en donde el sujeto sano no existe y donde el patrón de normalidad es ser neurótico. De esta manera, mediante la rigurosidad de dos, tres y más sesiones semanales -prolongándose a lo largo de años- se constituye el llamado *tratamiento* (al estilo médico ya que se trabaja con una persona enferma de neurosis) con el objetivo de explorar el inconsciente y *curar* al paciente.

J. Kriz (1985) explica en su obra *Corrientes fundamentales en Psicoterapia*, la vasta clasificación de los diferentes tipos de psicoterapia, que se desarrollaron hasta la actualidad. Las divide en:

- Abordajes de la Psicología Profunda, comprendiendo aquí el Psicoanálisis, la Psicología Individual (Adler), la Psicología Analítica (Jung), Vegetoterapia (Reich), Bioenergética (Lowen), Análisis Transaccional (Berne).
- Abordajes de la Conducta, conformado por los que se basan en la Teoría del Aprendizaje, los cognitivos, la Terapia Racional Emotiva.
- Los abordajes Humanistas, incluyendo aquí, la Gestalt (Perls), Psicoterapia del Diálogo (Rogers), Logoterapia (Frankl), Psicodrama (Moreno).
- Abordajes Sistémicos, discriminando psicoterapia familiar, estructural, estratégica, centrada en la experiencia, psicoterapia breve.

En síntesis, podría definirse a la Psicoterapia como una relación de dos personas (o más en el caso de la Terapia Familiar, de pareja o grupal) en donde una (el paciente) asiste a otro (el terapeuta) en busca de ayuda (léase resolver un problema) para aliviar su dolor. A la vez el primero: *el experto* –profesional supuestamente capacitado- a través de una serie de herramientas terapéuticas (estrategias, tácticas y técnicas) intentará guiar interactivamente al segundo (paciente) hacia un cambio de perspectiva, una óptica diferente, que llevará a esa persona a revertir su situación y conectarse con el bienestar general.

La vida de un ser humano está poblada de situaciones dificultosas, obstáculos que en ocasiones imposibilitan el normal desarrollo en el ciclo evolutivo. El punto de inflexión se produce cuando estas dificultades son transformadas en *problema*, es decir, se categorizan en esta tipología. Es allí, cuando frenan el curso hacia determinados objetivos, formando rígidos circuitos recursivos o círculos viciosos que, de cara a soluciones intentadas ineficaces, cuanto la persona hace más para solucionar el problema más lo complejiza.

La tarea psicoterapéutica consistiría en destrabar estos circuitos. Volver al status de dificultad lo que se convirtió en problema, y como una dificultad es un obstáculo que puede sortearse, el paciente con sus propios recursos podrá resolverla y dar un paso más en dirección al crecimiento. Consiste, además, en plantear metas y propuestas de vida con objetivos claros y delimitados promoviendo así otra actitud frente a la experiencia que lleva a que la persona encuentre un auténtico y genuino sentido de vida que lo conecte con la felicidad.

PSICOTERAPIA BREVE: un breve acercamiento a la terapia familiar

Los primeros esbozos de la *Brief Therapy* nace hacia fines de los '50, principios de los '60, como consecuencia de la interacción de dos grupos liderados por figuras de la talla de Gregory Bateson y Donald D. Jackson que, impregnados por las ideas de nuevas teorías de información y comunicación, conformaron un modelo de estudio en las relaciones humanas. Los avales teóricos en donde se apoyaron para desarrollar lo que a posteriori se llamó *la pragmática de la comunicación*, fueron la Cibernética de la mano de Norman Wiener (1954) y la Teoría General de los Sistemas de Von Bertalanffy (1968), teorías que tomaron propulsión en esa época. Son los conceptos dependientes de estos modelos de pensamiento, los que son trasladados al plano de los vínculos humanos, generando una nueva vertiente epistemológica.

La post guerra abría campos de estudio y la necesidad de tratamientos de urgencia en situaciones traumáticas. Diferentes tipos de conflictos personales, familiares, sociales, patologías y diversas clases de problemas, fueron heredados del caos que había implicado la 2da. guerra mundial. Estas secuelas, llevaron a que se conformaran trabajos terapéuticos de acción rápida y eficaz.

El movimiento de la Terapia Familiar surge cuando comienzan a ser observadas familias en vivo, en su lugar de interacción familiar, en su seno, y no –como la tradición terapéutica lo indicaba- en el consultorio. Diversas investigaciones fueron realizadas con familias humanas, paralelas al trabajo de campo que se venía desarrollando con familias animales, obteniendo resultados que fueron corroborándose y desconfirmándose como todo trabajo de corte científico. Esta acción, constituyó una de las primeras herejías, como lo señala Paul Watzlawick y otros (1967). A pesar que tenía una función investigativa y no de *tratamiento*, el trabajo de incluir a miembros de una familia en una misma consulta (lo que sería la base constitutiva de la futura terapia familiar) era una transgresión al

pensamiento psicoanalítico clásico, que sólo admitía al sujeto individual en la labor terapéutica, considerándose una *contaminación* el hecho de involucrar a otras personas en el espacio de la terapia.

Por aquellos años y paralelamente, algunos investigadores trabajan en el campo de la psicoterapia, desarrollando las bases de la terapia familiar. Por ejemplo, Carl Whitaker en Atlanta, Salvador Minuchin y E. H. Awerswald en Nueva York, Murray Browen en Topeka y Nathan Ackerman en Nueva York, T. Lidz y S. Fleck en Yale, G. Bateson, D. Jackson, J. Haley, P. Watzlawick, J. Weakland y Virginia Satir en Palo Alto. Todos estos profesionales que operaban con familias, tomaron a los grupos familiares no como una suma de componentes individuales (método sumativo, analítico y lineal), sino como un sistema (holístico y ecológico) con sus propiedades y atributos.

De esta manera, se revolucionó el campo de la salud mental. Pero más aún, se comenzó a gestar una nueva epistemología, una nueva manera de entender y resolver problemas, una nueva forma de conocimiento. Este cambio involucra a la concepción del síntoma, entre otros conceptos. El análisis del síntoma no se entiende desde preguntarse el por qué o su origen (representado por la lectura lineal) sino para cuestionar el para qué, el objetivo, cual es su función en el sistema. Puesto que el síntoma puede sostener el equilibrio de todo sistema. Equilibrio estático, pero equilibrio al fin. Además, se redefinió la creencia de que por medio del insight se produce el cambio. El trabajo terapéutico se centró en el problema, como así también, los tiempos de los procesos terapéuticos en comparación con los psicoanalíticos, se redujeron indefectiblemente. Estos son solo algunos de los aspectos en que varió la teoría y su praxis. Más adelante revisaremos otros que dan originalidad y revisionismo al trabajo en salud mental

EI M.R.I.

El Mental Research Institute nace de la iniciativa de Donald Jackson en 1959, como resultado del intercambio de las investigaciones sobre comunicación realizadas con el grupo Bateson. Pero existen antecedentes que fundamentan su aparición: ya en 1942 Gregory Bateson y Margared Mead participaron en la primera de las conferencias interdisciplinarias organizadas por la Macy's Foundation.

Estas primeras conferencias, trataron sobre el tema *Inhibición Cerebral*, un eufemismo para hablar de hipnosis, conferencia en la que fue invitado Milton Erickson. Aunque en realidad, el verdadero objetivo de las mismas era poder elaborar una *ciencia de control*, de donde surgió la Cibernética.

En 1946 tuvo lugar la 2ª de las conferencias con los mismos miembros de la anterior y se prolongaron, con una frecuencia de dos veces al año hasta 1949. Participaron diferentes tipos de profesionales como ingenieros, físicos, matemáticos, fisiólogos, psicólogos, neurólogos, psiquiatras, antropólogos y sociólogos; y todos ellos convenían en que debían intentar un lenguaje común a pesar de las diferencias que imponía cada disciplina. La conferencia de 1947 versó sobre *Mecanismos Teleológicos* y las dos que siguieron en 1948 directamente sobre *Cibernética* y se trabajó principalmente sobre toda la estructura del lenguaje.

Fue como en ese mismo año que Norman Wiener publicó su obra *Cibernética*, término que fue utilizado para referirse a los puntos en común de todas esas disciplinas científicas. En 1949 se desarrollaron 3 conferencias con el mismo nombre y se incorporó una figura que cobraría gran relevancia en el plano cibernético-constructivista: Heinz Von Foerster. Otro miembro destacado fue Milton Erickson, el gran hipnoterapeuta que en una de las primeras conferencias como contribución hipnotizó a un psiquiatra de Yale.

Para esta época G. Bateson daba cursos en la Universidad de Harvard y en 1948 comenzó a trabajar con un psiquiatra suizo Eugen Ruesch en San Francisco, cooperando en un estudio sobre la Comunicación en Psicoterapia. Fue el primer contacto de Bateson con la psiquiatría. Trataba principalmente de encontrar los fundamentos teóricos de un enfoque sistémico de la comunicación. El resultado de la investigación se plasmó en un libro pilar en las ciencias de la comunicación -*Comunicación: Matriz Social de la Psiquiatría*- publicado en 1951.

En 1952, Bateson recibió una beca de la Rockefeller Foundation para estudiar comunicación en general, en particular las paradojas y su relación con los distintos niveles de abstracción de comunicación y clasificación. Lo que a posteriori se llamó el Grupo Bateson, estuvo conformado por las figuras de la talla de John Weakland, Jay Haley y William Fry (que dejó el proyecto al año siguiente por su servicio militar) quienes comenzaron a trabajar en el Hospital de la Administración de Veteranos de Menlo Park.

El M.R.I. comenzó como institución en 1959, como una rama de la Fundación de Investigación Médica de Palo Alto. Surge con la finalidad de realizar una investigación sobre esquizofrenia. El grupo piloto fue conformado por el mencionado Jackson, Jules Riskin, Virginia Satir, al que a posteriori se unió Paul Watzlawick, Richard Fisch y Arthur Bodin.

Ambos grupos liderados por Bateson y Jackson intercambiaban información y cooperaban permanentemente pero nunca se fusionaron. Más tarde, venció el plazo de la

beca que avala al grupo Bateson, quien viajó fuera del país para realizar otras investigaciones, y es en aquel momento que Haley y Weakland se plegan al grupo del M.R.I. Alrededor de 1966 Weakland, Watzlawick y Fisch –y a pesar de sus orígenes analíticos- trataron de ver qué posibilidad existía de acortar los tratamientos y de que el terapeuta fuese lo más operativo en lo pragmático y pudiese encontrar respuestas y soluciones rápidas a los problemas humanos. Es así, que en enero de 1967 se creó el Centro de Terapias Breves del Mental Research Institute.

Su particular enfoque, se caracteriza por centralizar y determinar cuál es el problema para trazar una estrategia de resolución. El énfasis está colocado en prestar atención tanto a la estabilidad como al cambio cuando se conceptualiza el problema que presenta el cliente, a la importancia del lenguaje y del sistema de creencias del terapeuta en su influencia sobre que va a ocurrir en terapia.

Es un modelo de resolución rápida de problemas, por lo tanto posee un número limitado de sesiones. Podríamos sintetizar que este modelo se fundamenta en los siguientes avales epistemológicos:

- 1) Como basamento teórico de la terapia sistémica: la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética, la Pragmática de la comunicación.
- 2) Como enfoque estratégico: El Constructivismo y la Hipnoterapia de Milton Erickson.

Cibernética y Teoría Gral. de los Sistemas

En general, la mayoría de las grandes teorizaciones, investigaciones, modelos psiquiátricos y psicológicos están impregnados por la primera ley de termodinámica. Ley que pone énfasis en los fenómenos de conservación y transformación de la energía. Ley que halla su basamento en una causalidad –como lo señalábamos anteriormente- de corte lineal, cuyo método utilizado es el explicativo –el por qué- y se recurre necesariamente al pasado, en la necesidad de encontrar el motivo de lo que sucede en el presente.

A partir de los años ´50, una nueva epistemología se fundamenta en el concepto de información basado en la 2ª ley de la termodinámica. Sus bases, surgen de la Cibernética: se habla sobre orden y desorden, entropía negativa y positiva y causalidad circular, por lo tanto, de naturaleza retroactiva, y la información constituye el nódulo central que se orienta a procesos de comunicación más amplios y más complejos como los sistemas humanos. La Cibernética (Wiener 1954), tuvo como objetivo de estudio los procesos de comunicación y control en los sistemas naturales y artificiales. Es definida

por el autor como *la ciencia de la comunicación y el control en el hombre y la máquina*.

La Teoría General de los Sistemas, en cambio, tiene una matriz de tipo biológico. von Bertalanffy la define como un conjunto de elementos que interactúan entre si. Todo sistema es un conjunto de objetos y relaciones entre los objetos y sus atributos. Los objetos forman parte del sistema, pero los atributos son las propiedades de los objetos, y las relaciones mantienen unido al sistema.

Carlos Sluzki (1987), señala que si tomamos como parámetro su valor como referente conceptual del campo de la terapia familiar en los últimos diez años, el fiel de la balanza se inclina a favor de la Cibernética a partir de nuevos desarrollos epistemológicos.

Según Sluzki, la historia de estos desarrollos van de la mano de autores como G. Bateson, W. Mc Culloch, H. Maturana, F. Varela, H. Von Foerster y E. Von Glasersfeld que fundamentan lo que se podría denominar como *Nueva Cibernética*, que le provee a la Terapia Sistémica un lenguaje y un modelo de pensamiento. De esta manera, tanto la Terapia Familiar como las ciencias del pensamiento en general, coevolucionan con una nueva lingüística, una nueva física y una nueva antropología. Por lo tanto, la observación del comportamiento de una persona (de acuerdo a la óptica sistémica o cibernética) no es realizada desde la visión de un individuo autónomo o aislado, sino como una entidad que interactúa en un sistema de relaciones. Este sistema, está caracterizado por un contexto poblado por permanentes intercambios de información que pautan las conductas-respuestas permanentemente –la pregunta es *quien hace qué, a quién, cuándo y en donde*-, Razón por la que el paradigma clásico de estudio de una persona en forma individual queda relegado, ya que es imposible pensar un análisis de una persona sin tomar en cuenta el contexto situacional en donde aparece la conducta.

Tal vez –como lo hemos mencionado- uno de los conceptos más importantes en esta epistemología es el de *retroacción**. O sea, es tan importante como saber que no somos simples emisores o receptores de información, sino que siempre se produce un feed-back en relación con el mensaje que se emite o que se recibe. La noción de feed-back es la base que construye la causalidad circular, base fundante dentro de esta epistemología y que, además, que produce la diferencia con la primera o tradicional. O sea, la retroacción (como comunicación de retorno) establece un circuito circular que

*El concepto de feed-back es el nódulo central de las ciencias de la comunicación. La "*comunicación de retorno*" es la esencia de la interacción; de la misma manera que el primer axioma de la pragmática de la comunicación humana sentencia "*Es imposible no comunicarse*", siempre en la interacción, nuestra conducta pauta y delimita la respuesta de nuestro interlocutor y esta misma es la que regulará nuestra conducta y así en

involucra e influye permanentemente tanto al emisor como al receptor (y viceversa). Ya no existe un comienzo o un fin, una vez desencadenado el proceso, solamente se produce una influencia recíproca y así se comprueba claramente que el todo no es igual a la suma de las partes. Entonces, para la comprensión de una conducta determinada considerada problema, es necesaria la observación del contexto situacional en donde se produce, quienes son los integrantes que colaboran a generar un circuito, qué información es la que circula, cuándo y fundamentalmente, más allá de la dinámica interactiva, cuáles son las reglas constitutivas del código que rige el juego desenvuelto.

Esta coreografía observable -por el investigador, por el terapeuta-, lo que la persona hace (actúa, dice, acciona), es la puerta en el plano del pragmatismo de una forma, un estilo, de un código que, como portavoz, se reproduce en la acción y tendrá determinados efectos sobre la persona misma y el resto de integrantes que interaccionan en el sistema. Toda información de retorno, puede poseer un efecto que logre concretar una estabilidad pero rígida -homeostasis-, es decir, es una realimentación negativa que dice no al cambio (con las consecuentes reglas rígidas del sistema). Otra posibilidad es la pérdida de equilibrio (desarrollo de una crisis)* favoreciendo la posibilidad de cambio para una nueva estabilidad (homeodinamia). O sea que la transformación y la estabilidad son dos procesos inherentes a la vida de un sistema.

En otras palabras, es posible entender todo cambio como la necesidad de mantener cierta regularidad y es esta misma estabilidad, la que podrá mantenerse a través del cambio. A este equilibrio del sistema se le aplica el término *homeóstasis*, que no es una denominación muy afortunada ya que revela un equilibrio estático, un estado más bien estacionario. Brand (1976) definió con el término *homeodinamia*, al doble juego cibernético de estabilidad-cambio. Homeodinamia es el equivalente a lo que Maruyama llamó *morfogénesis*. Esta propiedad es patrimonio de aquellos sistemas más permeables al entorno, con flexibilidad en las reglas de su funcionamiento, que le permiten frente a situaciones de crisis (como introducción de entropía), modificar sus pautas y reacomodarse a la nueva situación.

La pragmática de la comunicación humana

El análisis de los procesos de información y comunicación fueron el centro de las investigaciones del grupo de Palo Alto. La comunicación es el nódulo esencial en la

sucesión recursiva. Por lo tanto el feed-back aparece en las relaciones humanas como el sol cada mañana.

* En términos cibernéticos, entropía: retroalimentación positiva.

apertura a la vida social y, por lo tanto, fue estudiada minuciosamente, arrojando producciones como la antes mencionada *Comunicación, matriz social de la psiquiatría* de J. Ruesch y G. Bateson (1984) o *Pasos hacia una ecología de la mente* de G. Bateson (1976), o la ópera magna de P. Watzlawick, J. Beavin y D. Jackson *Teoría de la Comunicación Humana* (1967). Este último texto, es la sistematización de las ideas de grupo Bateson, en donde se desarrolla tanto los estudios acerca del lenguaje y la comunicación, como también, las atribuciones de significado con que se reviste a las palabras. Se ahonda sobre los tipos lógicos y el trazado de distinciones en la percepción. Poblado de abundantes ejemplos, el texto propone que el estudio de la comunicación podría subdividirse en 3 áreas: sintáctica, semántica y pragmática, con la finalidad de estudiar la semiótica –teoría general de los signos y lenguajes-.

La sintáctica, explora los problemas que se relacionan con la transmisión de información. Su interés se focaliza en los códigos, ruidos, redundancias, canales, capacidad, etc. Aquí no interesan el significado de los símbolos-mensaje, ya que ésta es la preocupación de la semántica, o sea, de toda comunicación compartida presupone una convención semántica. La pragmática analiza cómo la comunicación afecta a la conducta. La comunicación inter-media entre un emisor y un receptor. No obstante, es un proceso de mayor complejidad, puesto que genera una interacción entre dos personas que instaura una relación determinada y que a la vez crea un vínculo original.

Los axiomas de la Comunicación Humana, nos proporcionan algunos conceptos introductorios y fundamentales para el estudio de la comunicación. En principio, es *imposible no comunicarse* ya que toda la conducta es comunicación, en un proceso de interacción, las actitudes, formas, estilos del emisor, pautan indefectiblemente la respuesta del receptor y viceversa –de allí, que hasta los silencios comunican, ya que el hecho de no hablar o de aislarse no implica no comunicarse-.

Por otra parte, no sólo la comunicación es la transmisión del contenido determinado, sino la forma en que se expresa –sea una expresión mímica, el tono de voz, etc.-, delimita o define el tipo de relación, por lo tanto *la Comunicación tiene un aspecto de contenido y otro de relación*. El primer aspecto transmite datos y el segundo explicitaría el cómo debe entenderse dicha comunicación, en este sentido, el aspecto relacional es una comunicación. En general, en las relaciones de corte patológico, existe una lucha constante por la definición de la naturaleza de relación.

En todo mensaje comunicativo existe una respuesta, en el nivel de contenido y en el de relación en donde se destacan tres realimentaciones posibles:

- El *rechazo* de la comunicación: implica la no aceptación de la comunicación, rechazarla es bloquear bruscamente la tentativa de interactuar.
- Su contrario es la *aceptación* de la comunicación, que además genera la confirmación de la relación.
- Mientras que a través de la *descalificación*, la persona invalida tanto su propia comunicación como la ajena. Contiene una gran cantidad de fenómenos como las contradicciones, malentendidos, frases incoherentes e incompletas, interpretación literal de metáforas y viceversa, etc.
- Por último, la *desconfirmación* implica que el interlocutor *no existe*. A diferencia de la descalificación en la que se denigra a la otra persona, la misma denigración confirma su presencia. En la desconfirmación el otro pasa a ser transparente o invisible.

Por otra parte, en un sentido recursivo, toda conducta de una secuencia es un estímulo para el hecho que sigue y en sentido interaccional –toda acción produce un efecto y una reacción en cadena y al mismo tiempo toda conducta es causada por, pero a la vez es causa de.

La comunicación en este sentido, puede ser definida como una hilación ininterrumpida de intercambios. La puntuación de la secuencia de hechos, los organiza y es vital para la puesta en marcha de la interacción, pero al ser una operación arbitraria, puede ser origen de conflictos en la relación. Por ejemplo, una madre que se queja de que su hijo no la escucha, y a su vez el hijo que dice estar cansado porque su madre se la pasa gritando.

En la interacción, los mensajes pueden ser transmitidos a través de dos modalidades comunicativas. Un sujeto puede transmitir algo a través de la palabra en forma directa. Esta es la forma *verbal* propiamente dicha. La segunda posibilidad es la de expresarse a través de algún elemento que la evoque, o que se asemeje. Es la modalidad *no verbal o analógica*. Aquí están comprendidas las posturas corporales, manerismos, tonos de voz, ritmos, cadencias, etc.

El lenguaje verbal transmite noticias, información, permite intercambiar informaciones sobre objetos y transmitir conocimiento de una época a otra. Es arbitrario y admite mentiras, y es de alto grado de complejidad y abstracción. Mientras que el analógico, manifiesta lo que en el lenguaje verbal está limitado. Transmite sentimientos, es espontáneo, por tanto resulta difícil mentir y es de bajo grado de abstracción.

Existen, además, dos aspectos fundamentales en la relación entre dos personas,

basados en la igualdad o en la diferencia. Una relación es considerada *simétrica*, cuando dos sujetos se mueven en el mismo plano en una condición de igualdad. Cada uno de los integrantes intenta criticar o tomar una iniciativa defendiendo su posición como válida, y como las interacciones para que puedan desarrollarse en *armonía* necesitan ser complementarias, el intercambio se transforma en dificultoso. No existen las dos posiciones que permiten una adaptación: one up (superior) y one down (inferior). Por ende, con mucha facilidad, una comunicación extremadamente simétrica –competitiva, agresiva- puede llegar a desarrollar una violenta escalada.

En la relación *complementaria*, las dos personas se encuentran en desigualdad y aceptan sus diferencias. Es la desigualdad la que permite el complemento en la interacción. Más allá, que ciertas complementariedades rígidas convierten al interlocutor que se halla por debajo en blanco de descalificaciones.

Además, toda comunicación se produce en un contexto determinado, el conocimiento del mismo nos permite conocer más profundamente la interacción que se genera, que a la vez constituye un tipo de relación que cuando se estereotipa muestra el modelo típico del funcionamiento del sistema.

Es posible que entre el mensaje enviado y el mensaje recibido existan diferencias que dan como resultado la confusión, ambigüedades, malas interpretaciones y contradicciones. Pero en la paradoja, la confusión o la contradicción es patrimonio natural del mensaje en sí mismo. Watzlawick (1967) la define *como una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes* y las divide en tres tipos:

- Paradojas lógico-matemáticas (antimonías)
- Definiciones paradójicas (antinomias semánticas)
- Paradojas pragmáticas (instrucciones paradójicas y predicciones paradójicas)

De estas tres, las que poseen más relevancia son las pragmáticas, por la incidencia en el plano de la conducta.

Las paradojas, se diferencian de las *contradicciones* ya que en estas últimas se puede encontrar una solución a través de la elección, mientras que en las paradojas pragmáticas es imposible. Estas paradojas tienen su origen en las dos primeras, y se traducen al plano relacional. En general, es una orden en la cual se exige una conducta espontánea, con lo cual cumplir la orden ya implica dejar de lado la espontaneidad requerida.

La utilización de las comunicaciones paradójales son la base del *doble vínculo*, que su esteriotipación en el tiempo da como resultado la conducta esquizofrénica y

cualquier otro proceso psicopatológico*. El doble vínculo fue uno de los primeros resultados de las investigaciones del grupo, hasta constituirse en una teoría de la psicosis.

En las familias con un miembro esquizofrénico se observaba cómo se transmitían mensajes y conductas excluyentes simultáneamente, a niveles lógicos diferentes. Es una comunicación que a un nivel puede expresar un requerimiento manifiesto, para que en otro se contradiga o anule. La dinámica del doble vínculo, implica a dos o más personas, una de las cuales es considerada como la *víctima*. Cuando un individuo haya sido sometido en varias oportunidades a este tipo de interacción, le resultará muy difícil permanecer sano y siempre que se presente una situación de esta clase, se producirá un derrumbamiento en la capacidad de cualquier individuo para discriminar niveles lógicos.

Los investigadores de Palo Alto, más allá de clasificar la comunicación en tres niveles (de significado, de tipo lógico y de aprendizaje) y de analizar los comportamientos de animales e indagar acerca de la hipnosis y las paradojas, se dedicó a observar las pautas de transacción esquizofrénica. Entre las hipótesis que plantearon, se preguntaban si estas pautas aparecían a través de la dificultad de diferenciación de tipos lógicos, como en el lenguaje verbal, en la discriminación de lo *literal* y lo *metafórico*, puesto que los pacientes mentales, en ocasiones usan metáforas concretizándolas o lo literal se metaforiza.

Según el grupo, una persona con esta problemática, podría *aprender a aprender*, en un contexto donde esta dificultad fuese adaptativa. Si se comprendía el contexto, se comprenderían también los neologismos o las nuevas construcciones de sintaxis, etc., por lo tanto, el comportamiento esquizofrénico cobraría sentido. Si tomamos a la familia como el contexto básico donde se desarrolla el aprendizaje de un ser humano, quiere decir, que la familia de un esquizofrénico moldeó esa forma peculiar por vía de los peculiares segmentos de comunicación que se le imponen a un sujeto. Descubrieron, entonces, que en tanto el paciente designado mejoraba otro miembro de la familia empeoraba.

Así, desde lo que a posteriori se denominó el modelo sistémico, se observó que la familia necesitaba una persona que encarnara al síntoma. Bateson no sólo encontró pruebas de esta suposición, sino que quedó impresionado por el punto en que la familia fomentaba y aún exigía que el paciente mostrara una conducta irracional. Este mecanismo opuesto al cambio (a la mejoría del paciente identificado), llevó a D. Jackson

* La implementación de los Tipos Lógicos en el campo de la terapia familiar, se desarrolló en una de las primeras investigaciones del grupo de Palo Alto: la teoría del doble vínculo.

a acuñar el término homeóstasis familiar. Por último, investigaron lo que llamaron doble atadura o *Double Bind* en la comunicación del esquizofrénico. En un artículo llamado *Hacia una teoría de la esquizofrenia* (1962), Bateson, Jackson, Haley y Weakland, describen cuáles son los ingredientes básicos para su constitución:

1. *Dos o más personas*. De ellas designamos a una, para los fines de nuestra definición, como la *víctima*. No suponemos que el doble vínculo sea infligido sólo por la madre, sino que puede ser realizado por la madre sola y por una combinación de madre, padre, y/o hermanos.
 2. *Experiencia repetida*. Suponemos que el doble vínculo es un tema recurrente en la experiencia de la vida de la víctima. Nuestra hipótesis no invoca una sola escena traumática, sino experiencias tan repetidas que la estructura del doble vínculo llega a ser una expectativa habitual.
 3. *Un mandato negativo primario*. Puede tener una de dos formas: a) *No hagas tal cosa, o te castigaré*, o b) *Si no haces tal y cual cosa, te castigaré*. Aquí elegimos un contexto de aprendizaje basado en la evitación del castigo, antes que un contexto de búsqueda de recompensa. Quizá no exista una razón formal para esta elección. Suponemos que el castigo puede ser el retiro del amor o la expresión de odio o cólera, o -cosa más devastadora- el tipo de abandono que resulta de la expresión de extremo desamparo por parte de los padres.
 4. *Un mandato secundario que choca con el primero en un plano más abstracto, y puesto en vigor, como el primero, por castigos o señales que ponen en peligro la supervivencia*. Este, es más difícil de describir que el anterior, por dos razones. Primero, el mandato secundario es comunicado al niño, por lo general, por medios no verbales. Para transmitir este mensaje más abstracto se puede usar la postura, el gesto, el tono de voz, la acción significativa y las inferencias ocultas en el comentario verbal. Segundo, el mandato secundario puede ejercer su impacto sobre cualquier elemento de la prohibición primaria. Por consiguiente, la verbalización del mandato secundario puede incluir una amplia variedad de formas; por ejemplo: *No veas esto como un castigo, No me veas como el agente del castigo, No te sometas a mis prohibiciones, No pienses en lo que no debes hacer, No pongas en duda mi cariño* -del cual la prohibición primaria es (o no es) un ejemplo-, etc. Resultan posibles otros ejemplos cuando el doble vínculo se inflige, no por un sólo individuo, sino por dos. Por ejemplo, un padre puede negar, en un plano más abstracto, los mandatos del otro.
-

5. *Un mandato terciario negativo que prohíbe a la víctima que escape del terreno.* En un sentido formal, quizá sea innecesario establecer este mandato como un elemento separado, pues el reforzamiento en los otros dos planos implica una amenaza para la supervivencia, y si los dobles vínculos son impuestos durante la infancia, la fuga, por supuesto resulta imposible. Pero parece que en algunos casos la fuga de ese terreno es imposibilitada por ciertos recursos que no son puramente negativos, por ejemplo, caprichosas promesas de cariño, y cosas por el estilo.
6. *Por último, el conjunto de los ingredientes ya no es necesario, cuando la víctima ha aprendido a percibir su universo en pautas de doble vínculo.* Casi cualquier parte de una secuencia de doble vínculo puede ser suficiente, entonces, para precipitar el pánico o la cólera. El esquema de mandatos en pugna puede llegar a ser reemplazado por voces alucinatorias.

El grupo de Bateson no sólo observó que esta situación ocurre entre el pre-esquizofrénico y su madre, sino también que puede aparecer en personas normales. Siempre que un sujeto es atrapado en una situación de doble vínculo, responderá de un modo defensivo y en forma similar a la esquizofrenia.

En síntesis, el proceso de construcción de realidades se vehiculiza a través del lenguaje –constituyendo significaciones- y es el lenguaje el elemento mediante el cual también podemos definir y analizar las reglas. Es decir, es el mismo lenguaje que posibilita analizar, corroborar y rectificar el mensaje emitido, o el juego relacional desarrollado. Campanini y Luppi (1992) señalan:

Este último uso del lenguaje es de nivel lógico más elevado con respecto a su uso en el intercambio de contenidos y se puede definir como metacomunicación por cuanto es una comunicación sobre la comunicación. Par poder comunicar no es importante que los comunicantes sean siempre perfectamente conscientes de las reglas (el niño aprende a hablar sin conocer la gramática y la sintaxis) pero es fundamental que sobre esas reglas se puedan hacer afirmaciones y comentarios que se consideren legítimos y, en consecuencia, provistos de significado).

Ya que la metacomunicación es una información que posibilita saber cómo se debe captar la información. Mientras que las reglas sean respetadas la comunicación es complementaria y eficaz. Cuando existe confusión y transgresión a las mismas, se obtiene como resultado una comunicación disfuncional.

Aportes del Constructivismo

El Constructivismo es un modelo teórico del saber y de la adquisición de conocimiento. Su planteo básico, radica en que la realidad no existe como hecho objetivo, es una construcción más dentro de las construcciones que realiza toda persona, entre las cuales también se encuentra la construcción social.

En su desarrollo evolutivo, el ser humano como parte de su proceso de adaptación al medio ambiente intenta edificar una estructura mental que le permita ordenar esa tendencia a la entropía de su experiencia. A través de ese proceso, va estableciendo experiencias repetibles y relaciones más o menos confiables, construyendo así un mundo al cual llama *realidad*. De esta manera, el efecto de la comunicación produce que dos o más individuos que interaccionan y se acoplan estructuralmente en la coordinación de sus conductas, coconstruyen un mundo conjuntamente. Este acoplamiento da lugar a la vida social, siendo el lenguaje una de sus consecuencias.

El Constructivismo es una corriente epistemológica que es desarrollada en su forma más radical por Ernest Von Glasersfeld (1984, 87, 92) y cuenta con algunos investigadores que en otros campos han llevado este tipo de pensamiento al ejercicio teórico y pragmático, como el psicólogo Jen Piaget, el antropólogo G. Bateson, el cibernético H. Von Foerster, el neurólogo W. Mc Culloch, los biólogos H. Maturana y F. Varela y el fisiólogo y el lingüista P. Watzlawick.

Pero la preocupación por la relación entre realidad (mundo óntico) y el conocimiento de ella es tan antigua como la historia de la filosofía. Immanuel Kant, en los finales del siglo XVIII, en su Prolegómena a toda metafísica futura, expone que los seres humanos estamos limitados por nuestro aparato perceptivo y que tanto los objetos de nuestra experiencia como la experiencia misma son el resultado de nuestra manera de experimentar, es decir, están estructurados y determinados por nuestras categorías de espacio y de tiempo, y que nunca logramos captar la cosa en sí.

von Glasersfeld, utiliza la analogía de un ciego que cruza un bosque diariamente en búsqueda de un río que queda al otro extremo. Al cruzarlo, tropieza con troncos de árbol, rocas diversos obstáculos, etc., y superándolos eventualmente llega al río. Por lo tanto, en su mente recrea una serie de caminos viables y esa serie tiene cabida *encaja* en el bosque real. Pero para el ciego, su representación mental no contiene ni rocas, ni troncos, ni árboles. Ni siquiera bosque, que un observador externo pudiera ver. Lo que sabemos está en función de nuestras observaciones, no de lo observado y la objetividad no es más que la ilusión del sujeto de que la observación se puede realizar sin él, dice H.

Von Foerster.

Un ser humano en el transcurso de su vida, en el intercambio permanentemente con el medio social, desde su nacimiento, construye con otros y a la vez conforma construcciones individuales acerca de la realidad. En esta gesta interactiva se elaboran escala de valores, pautas de interacción, normas que regulan los procesos, en síntesis, historia regida por determinado *pattern* que son inherentes a esa persona y no a otras. Que existan algunos puntos de vista que se comporten y otros que no, forman parte de los diferentes coloridos que poseen las perspectivas humanas. Todo este bagaje es el que se pone en juego en el momento de la observación. Es el que permite ver eso y no otra cosa. Con lo cual la mirada no es ingenua, está revestida de todos estos engramas individuales y socio-culturales que generan un determinado mapa o recorte de lo que llamamos realidad. Estos engramas son los que pautan las atribuciones de sentido, y generan la producción de significados expresados a través del lenguaje, como base constitutiva del mismo.

El epistemólogo J. Piaget en la *Construcción de la realidad del niño* (1937) señala sobre el desarrollo genético de la inteligencia y afirma que no se trata de una adquisición de una representación fiel a la realidad, sino que el niño la construye. Esta construcción se opera en base a su experiencia y mediante un mecanismo que posee dos procesos invariables: la organización (y todo organismo desde el unicelular hasta el más complejo se organiza para mantener su identidad) y el de adaptación (que depende de la asimilación y la acomodación de lo experimentado). Un niño acomoda sus experiencias que surgen de las interacciones con el medio ambiente a esquemas estructurados en su mente para poder assimilarlas.

Paul Watzlawick habla de dos tipos de realidades: una realidad de 1º orden y una de 2º orden. La primera se refiere a las propiedades físicas que son comprobables de forma objetiva, que se apoyan en pruebas experimentales verificables y repetibles. Y la segunda, a las atribuciones de sentido, al valor con que se revisten los objetos, situaciones, etc. En su libro *Es real la realidad*, refiere a un ejemplo:

[...] la realidad del primer orden del oro, es decir, son propiedades físicas, son perfectamente conocidas y verificables en todo tiempo. Pero la significación, la importancia del oro en la vida humana desde tiempos remotos y sobre todo el hecho de que dos veces al día se le asigne en una oficina de la City londinense un valor concreto, y que esta asignación de valor tenga una importante influencia en otros muchos aspectos de nuestra realidad, todo esto tiene muy poco o nada que ver con sus propiedades físicas.

Esta otra segunda realidad del oro es la que puede hacer de un hombre un Crespo, o llevarle a la bancarrota.

El mismo Einstein remarcaba que es la teoría la que determina lo que se puede observar, confirmando de esta manera que nuestros propios esquemas y estructuraciones mentales son los que pautan la posibilidad de realizar una observación y no otra. Además de permitirnos *ver*, también estos esquemas operan como obstáculo, ya que de acuerdo a la rigidez de su conformación imposibilitan la plasticidad y la ampliación de la perspectiva.

En general, en el ámbito clínico es factible observar cómo se construyen realidades, cómo se inventan situaciones en lo que Paul Watzlawick llama profesías que se autocumplen. Estas profesías, son las que generan circuitos recursivos que producen a modo de bola de nieve desde una simple angustia hasta un ataque de pánico o, con bastante asiduidad, parte del desencadenamiento de los síntomas fóbicos.

Si una realidad es concebida como una construcción personal y como tal subjetiva, hablar de descubrimiento es una falacia ya que este postulado perteneciente a la ciencia clásica presupone que existe una realidad a priori, objetiva. El insight, desde esta perspectiva, más que el descubrimiento del motivo original o de la verdad, es ni más ni menos que una construcción que calza como aval de lo que le sucede a la persona.

Pero si la vida se construye mediante acciones correctoras, si la experiencia misma es acción, no se trata, entonces, de unívocamente reflexionar o buscar la comprensión de la situación como prerequisite del cambio. O sea el insight de la psicoterapia tradicional no nos aseguraría la transformación de la situación problemática. Operar a través de prescripciones de conductas, como tareas que impongan una pauta diferente en el circuito generador del problema, posibilitaría una experiencia nueva que lleve a la construcción de una realidad nueva.

E. von Glasersfeld define que el mundo que experimentamos *es y debe ser como es* porque nosotros lo construimos, o sea, lo organizamos de esa manera. Lo mismo vale decir con respecto a los sistemas interactivos humanos. Una identidad del sistema depende de patrones de interacciones y si bien también nos transformamos en el proceso de relacionarnos interpersonalmente, esta transformación es casi siempre imperceptiblemente lenta. Desarrollamos tácticas para manejar relaciones y también estas mismas contribuyen al sentido de quienes somos. Repitiendo la misma manera de hacer las cosas nos confirma quienes somos.

Cerrando esta apretada síntesis de la visión del Constructivismo, podríamos

reflexionar, haciendo alusión a algunos pensamientos que elabora Paul Watzlawick en el epílogo de su libro *La realidad inventada* (1984): *¿Qué experimentarías un hombre que estuviera resuelto a ver consecuentemente su mundo con su propia construcción?*.

Según Varela (1984) se volvería un ser humano más tolerante, ya que comprendería que su mundo es el producto de su propia invención, con lo cual respetaría entendiendo que existen otras construcciones de sus semejantes. Se sentiría más responsable ya que asumiría sus proyectos, fantasías, equivocaciones, sus propias profesías creadoras de realidades. De esta manera, la *responsabilidad* y la *comprensión* lo llevarían a un estado de *libertad* plena, ya que sería consciente de que él y nada más que él es el inventor, el productor de su propia realidad y que solamente él posee las herramientas como para poder transformarla.

La hipnoterapia de Milton Erickson

Otras de las figuras que influyó notablemente en la conformación del modelo de la Terapia breve, fue el célebre hipnoterapeuta Milton Erickson. Médico de profesión y aquejado por dos ataques de polio que le paralizaron medio cuerpo, Erickson fue apodado por sus éxitos en la labor psicoterapéutica como el *gurú de Phoenix*, debido a su forma de trabajo no tradicional y sus notables resultados.

En 1953, Jay Haley y John Weakland lo visitaron a lo largo de dos años, en el contexto de su investigación sobre paradojas en comunicación. Dada la magia en el arte del manejo de la retórica, estudiaron el tipo de comunicación terapéutica que Erickson implementaba o construía en el trabajo con sus pacientes. En aquellos momentos, fue acusado por la sociedad médica y psiquiátrica porque sus prácticas no entraban dentro del eje clásico de abordaje a las perturbaciones y problemas mentales. Pero, además, su forma de atender estaba caracterizada por un alto nivel de efectividad, cosa que complicaba aún más la esfera del pensamiento tradicional y la crítica que desde éste se desarrollaba.

Erickson ha sido reconocido como la máxima figura en el campo de la hipnosis y de la sugestión, principalmente en el estudio de ciertas tipologías de lenguaje o comunicaciones terapéuticas que se convierten, en la interacción con el paciente, en sugestiones hipnóticas que llevan al consultante a cambios rápidos y efectivos. Además, su experiencia más elevada con la hipnosis fue su enfoque estratégico en el trabajo, tanto con familias como parejas o sujetos individuales, haciendo incapié en las formas de inducción y persuasión, y lo directivo sutil, basado en preciosismos verbales y analógicos.

Señalaba que cada persona es *una experiencia irrepetible*, por lo que las estrategias y técnicas de intervención deben ser para esa persona y tal vez no sean eficaces para otra. Es decir, las estrategias siempre deben adaptarse a la personalidad individual de cada paciente.

Algunos de los puntos que la forma de trabajo Ericksoniana influyó en la constitución de la línea estratégica breve son, por ejemplo, una de las tácticas más importantes en el abordaje terapéutico: *hablar el lenguaje del paciente*. Pero también se hallan las intervenciones paradójales, los dobles vínculos terapéuticos, las prescripciones de comportamiento y por sobre todo, la característica de una terapia en la cual el terapeuta asume explícitamente la responsabilidad de influir directamente sobre los individuos. Erickson también recurría a técnicas de confusión y de sorpresa, y empleaba la resistencia del consultante produciendo tal entrampe de situación que la única salida para el paciente era la resolución del problema. De esta manera, este bagaje de herramientas conjuntamente con una extraordinaria creatividad y naturalidad e intuición plenamente naturales, le permitían obtener resultados rápidos y efectivos –basamento fundamental en la línea de la *Brief Therapy*–.

Además de la utilización de la resistencia, la resistencia puede ser creada e incrementada y constituye un modelo de comunicación aún más complejo. Esta técnica desarrollada por el maestro de la hipnoterapia, se observa claramente cuando el terapeuta con toda seguridad le afirma al paciente que *el alcanzar dicha meta por este camino le resultará a él (al paciente) totalmente imposible* (y cuanto más pesimismo y énfasis se ponga más la persona se empeñará en demostrar lo contrario).

Erickson acudía frecuentemente al relato de historias, anécdotas, cuentos a menudo referidos o no a su vida personal. La incursión, por lo tanto de este tipo de narraciones (inventados o no, personales o de terceros), humorísticas, moralejas, de tipo sapiencial, relatados en el *lenguaje del cliente*, por analogía con la vida del mismo, despiertan interés y tienen un efecto pleno, ya que eluden las resistencias (se habla del otro y no del consultante) y producen una identificación con el protagonista de la historia.

La reestructuración también es otra técnica de origen Ericksoniana. Según P. Watzlawick la reestructuración es la aplicación práctica más inmediata de una ficción, de un como sí. O sea, el terapeuta proporcionará otra mirada, por ende, otra explicación de la situación que se presenta como conflictiva para el resultante. Lo que se produce es una recategorización de lo visto como problemático. Esta otra visión, amplía el campo de construcciones para generar una modificación, como el clásico ejemplo que muestra

aquella persona que llega en medio de su situación de caos y de dolor, y el terapeuta le señala que *su crisis es la posibilidad de ruptura de una forma de vida que no lo hacía feliz, por lo tanto es un momento muy importante porque es un momento de cambio y de crecimiento.*

Otra de las formas retóricas que utilizaba Erickson como una de las técnicas de sugestión, era evitar las negaciones, o sea, evitar la formulación a través de lo negativo. *No, nunca*, etc. eran términos que no debían expresarse. A la vez, se debía revertir la expresión negativa en una frase positiva que disminuya la resistencia. Más aún, nos permite utilizarla prescribiéndola (constituyendo un doble vínculo terapéutico).

Todas estas tácticas conforman el bagaje de técnicas Ericksonianas al servicio de la sugestión. Paul Watzlawick (1989), señala que:

En el fondo, toda sugestión dice compórtate “como si” el caso fuese esto o aquello. Por consiguiente, es una prescripción de un comportamiento; (...) El elemento decisivo está en el carácter “como si” de la situación. La persona en cuestión es, por decirlo así, estimulada a crear en su imaginación otra realidad y esta imaginación conduce a un resultado concreto.

En general, las intervenciones ericksonianas rompieron con el método explicativo como requisito para el cambio. Las tareas o prescripciones inusitadas y desconcertadoras conllevan al conocimiento a través de la acción. Las intervenciones de la Terapia breve responden a esta línea y en cada una de ellas se ve la pincelada creadora del *Gurú de Phoenix*.

Es así que a través del tiempo, el pensamiento estratégico fue influyendo y consolidándose con la Terapia Familiar. G. Nardone y P. Watzlawick en *El Arte del Cambio* (1984), señalan:

Con relación a la Terapia Familiar Clásica, la diferencia está en una mayor atención focalizada sobre el problema que se presente, sobre cuanto lo sostiene y la manera de modificar rápidamente la situación, más que sobre la interacción familiar y la reorganización de su sistema relacional.

Pero obviamente, ambas perspectivas son a menudo intersecantes y complementarias. De hecho, por lo común mediante la resolución del problema que presenta el paciente o los pacientes, se modifica la interacción familiar, así como modificando el sistema relacional puede llegar a resolverse el problema específico. La pregunta fundamental que debe hacerse el terapeuta debe ser: ¿qué estrategia funciona mejor para este problema concreto?. A partir de ella y tras haber comprendido el

funcionamiento de todo el sistema, decidirá si ha de tratar el paciente individual o más bien a la familia, si ha de intervenir directamente sobre el sistema familiar o si más bien ha de trabajar únicamente con el sujeto.

Terapia breve

Si bien el objetivo de este trabajo no es desarrollar un manual de terapia breve o terapia estratégica, trataremos de delinear cuáles son los principales conceptos en este modelo de psicoterapia.

Llamaremos Terapia Breve sistémica o *Brief Therapy*, a la línea de abordaje terapéutico propuesta por Paul Watzlawick, John Weakland y Dick Fich, condensada en dos obras: *Cambio* (1974) y *La táctica del cambio* (1982) por D. Fisch, J. Weakland y L. Segal. Más allá de la florida literatura acerca del tema que ha elaborado Paul Watzlawick en sus textos *El lenguaje del cambio* (1980), *Es real la realidad* (1989), *La realidad inventada* (1984), *El arte del cambio* conjuntamente con G. Nardone (1984), *La construcción del universo* conjuntamente con Marcelo R. Ceberio (1998), *La coleta del baron Munchausen* (1992), entre otras obras.

También, pero con algunas diferencias prácticas, este modelo da en llamarse *estratégico*, patrimonio de Jay Haley, elaborado a posteriori de su separación del grupo de Palo Alto. El mismo Haley con Cloé Madanes ha desarrollado ampliamente el modelo, no solo en la práctica clínica sino en la literatura, por ejemplo, *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson* (1980) y *Terapia para resolver problemas* (1980), y de J. Haley y de C. Madanes *Terapia Familiar estratégica* (1984).

La terapia breve ha evolucionado y con algunas modificaciones se ha implementado en diversas partes del mundo. Desde De Shazer en Milwaukee, hasta Nardone en Italia, desde Karin Schlanger en Palo Alto hasta otros terapeutas breves en latinoamérica. Maestros de la psicoterapia que han debido desarrollar modificaciones dentro de la estructura del modelo, a fin de lograr adaptarlo a contextos diferentes al californiano.

La terapia sistémica breve se desarrolló originalmente (como señalamos anteriormente), en el Mental Research Intitute (MRI) de Palo Alto, California. Investigada y profundizada en el *Centro de Terapia Breve* del mismo centro. La *Brief Therapy* es un modelo que propone intervenciones que tengan como objetivo la resolución de problemas y la tendencia a extinguir la sintomatología presentada por la persona. Tengamos en cuenta que llamamos *breve*, en su versión más ortodoxa, a un tipo de psicoterapia que no

exceda las 12 sesiones.

Es importante destacar –ya que es una de las mayores críticas desde el pensamiento psicoanalítico- que no se trata de una terapia que promueva una simple anulación de la sintomatología sino que, además, posiciona al sujeto en otra perspectiva, en otro modo de percibir la realidad. Esta reestructuración del campo de mirada, le posibilita no sólo construir una nueva realidad, sino todo lo que de ésta se deriva: destrabar el bloqueo de un proceso de crecimiento, reducir la angustia y ansiedad, modificar conductas rigidizadas, mejorar relaciones interpersonales y fundamentalmente, establecer un bienestar consigo mismo, sinónimo de evolucionar la calidad de vida. Por lo tanto, cambiar la realidad del paciente implica, entre otras cosas, bloquear la circularidad retroactiva, el circuito reverberante que mantiene homeostáticamente el problema que conjuntamente con su reformulación, permiten girar la óptica de percepción y quebrar las respuestas disfuncionales.

El pasado, o mejor dicho, la historia del paciente puede proveer los datos necesarios para una mayor comprensión de el circuito recursivo generado por el problema en la actualidad. Pero como toda terapia sistémica, no se centra en el pasado de la persona, sino que lo utiliza en pos de trabajar la situación presente con miras a trazar el proyecto.

G. Nardone y P. Watzlawick (1992), remarcan algunos puntos importantes de cómo debe pensar un terapeuta estratégico breve, para desarrollar claramente y en forma organizada, el abordaje –las técnicas, tácticas y estrategias adecuadas- al consultante.

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

- *Qué sucede 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 eficaz.*

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

En este modelo el terapeuta explorará los marcos semánticos, las atribuciones de sentido con que el paciente construye su mundo, construcción que se expresa mediante presentar cuál es su problema. Esta exploración de atribuciones de sentido, deberán indagarse con mayor precisión en aquellos términos que se presentan ambiguos o que son blanco fácil de interpretaciones. Por ejemplo, cuando una persona dice *me siento mal* se indagará hasta tener una formulación clara de lo que entiende por *estar mal*. De esta manera, podrá especificarse una meta mínima que lleve hacia el objetivo de la modificación del problema y, por otra parte, considerará también quienes son las personas que participan en el sistema que involucra el problema, como también, los intentos por solucionar el problema tanto de parte del protagonista como por las personas afectivamente cercanas (familiares, amigos), profesionales, compañeros de trabajo, vecindario, etc.

La propuesta que consiste en plantear una meta mínima, sugiere una acción que implique un pequeño cambio, un tramo en el que se avance en dirección al objetivo final. No implica establecer una reestructuración total de la situación-problema de inmediato, que solamente se podrá alcanzar poco a poco. *Step by step* (paso a paso), es el concepto mediante el cual se sostiene que un cambio mínimo en la cadena de acciones del circuito recursivo, puede secuencialmente provocar nuevos cambios, puesto que se modifica sustancialmente la circularidad del sistema generador del problema-queja.

Se observa, en la exploración de circuitos de acciones (la secuencia de quién hace qué, a quién, cuándo, cómo, en qué contexto), la circularidad que genera y a la vez generada por el problema y los intentos por solucionarlo (conducta solución) que son al final de cuenta intentos fracasados y por tanto, sostenedores de problema original. Dada la ineffectividad de estas tentativas, la solución termina convirtiéndose en el problema. O sea, la relación entre el problema y las soluciones intentadas se entrelazan recursivamente, el problema se fortalece de las tentativas de solucionarlo fallidas, y viceversa.

Uno de los primeros movimientos estratégicos en el abordaje a los problemas humanos, es bloquear las soluciones intentadas que conforman gran parte del circuito recursivo de conductas y que sostienen el problema a través del resultado ineficaz. Así es que tratando los intentos de solución hacia el problema, implica erradicar en gran medida el problema. Otro de los puntos importantes que destaca Watzlawick, Weakland y Fisch (1976), es la relación entre conducta y cognición. A través de la reestructuración, como técnica, se modifican los marcos cognitivos que organizan la conducta resultante. De esta

manera, se produce un cambio en la perspectiva perceptual-emocional en donde la misma situación es observada desde una óptica diferente y por ende, adquieren un significado distinto. Este mismo proceso (pero a la inversa) es el que lleva a constituir una dificultad en problema. La vida en general engendra dificultades (podría afirmarse que las dificultades son parte indefectible de la experiencia humana) que son sobrellevadas y superadas por habilidades personales, conocimiento, consejos externos, etc. Razón por la que se incrementa la experiencia y se desarrolla la creatividad. Pero aquellas dificultades que bloquean la posibilidad de crecer, aquellas que no pueden ser resueltas y desencadenan una serie de tentativas inoperantes, son las que se constituyen en problema. Con lo cual el objetivo fundamental de la Terapia breve, consiste en alterar la pauta de interacción que estructura la circularidad entre la díada problema/intentos de solución fallidos. En esta interacción, cuanto más se persevera en solucionar el problema, más se sostiene.

La posibilidad de modificar los intentos de solución del consultante, implica compenetrarse con su marco cognitivo. El terapeuta diseñará una o más series de soluciones alternativas que cubren una doble función: quebrar por un lado las viejas soluciones ensayadas por el cliente (que se han convertido en un problema) y por otro una gama de nuevas posibilidades que llevan a revertir el circuito recursivo que da como resultado la conducta disfuncional. La reestructuración, entonces, opera de manera cognitiva (se espera, luego, su paso a la pragmática), removiendo el problema del cuadro sintomático y tratándolo de colocar en un marco diferente por el cual adquiere otro significado.

Una de las técnicas más utilizadas en el modelo, es la *connotación positiva* que lejos de ser únicamente un simple estímulo de dar ánimo y fortaleza, implica un cambio del marco cognitivo que genera la percepción del hecho como problema. Es, por tanto, una verdadera recategorización del problema. Un ejemplo acerca de una combinación de una reestructuración simple y una connotación positiva, lo muestra el caso del paciente que dice estar deprimido y (chequeado por el terapeuta) al no poseer los síntomas claros de depresión, el terapeuta inserta términos como *triste* o *angustiado*, cambiando a través del lenguaje la atribución de gravedad que sugiere la depresión (reenmarcamiento). Es decir, el término depresión posee una carga semántica caótica. La sustitución por otras tipologías como angustia o tristeza redefinen el malestar, en principio desde el lenguaje, a posteriori, es factible que se pase a la acción y emoción concretas.

Señalarle que esta situación de crisis por la cual está transitando es la posibilidad

de realizar un cambio, un salto evolutivo que le permitirá modificar sustancialmente actitudes y relaciones que antes lo hacían sentirse mal, y que este es un momento muy, quizás el más importante de su vida para realizar el cambio y apuntar hacia el bienestar, es un ejemplo de connotación positiva que, como se verá, redimensiona la percepción de la situación como sufrimiento por la cadena momento/importante/cambio.

No es necesario el insight para llevar a la modificación del problema: *si quieres ver aprende a actuar* (el imperativo de Heinz von Foerster) es uno de los leiv motiv del modelo. Para construir una Terapia breve, no es indispensable y a veces es preciso prescindir, más al inicio, del intento de comprender la situación. El terapeuta tratará de centralizar su esquema de pensamiento, por ende, de abordaje, en la fórmula: interacción/problema/solución para modificar el problema presentado. De la misma manera, aplicará este principio en su interacción con el cliente, observando si sus intervenciones propuestas son efectivas. De no ser así, intentará una estrategia diferente a las utilizadas hasta el momento (cesar con las soluciones intentadas y proponer una nueva).

Por lo general, si el tratamiento resulta eficiente, se observa una disminución de la sintomatología presentada, ya desde las primeras sesiones. Además, esto quiere decir que ha comenzado a bloquear el funcionamiento del circuito reverberante generador de la disfunción y el paciente ha mejorado notablemente su relación consigo mismo y con el exterior. Este progreso implica, también, un cambio cognitivo en la modificación de su percepción de la realidad, y un crecimiento de la autovaloración y la libertad personal.

A modo de síntesis, discriminaremos los pasos que el modelo del Mental Research Institute propone para la organización y planificación de la psicoterapia.

1) Llamado telefónico

En principio, el terapeuta breve ya comienza a trabajar desde el llamado telefónico, focalizando, centralizando, explorando sutilmente cuál es el motivo de consulta. Extraerá datos de filiación, ocupaciones y estructura familiar. Conocerá quienes son los afectados por el problema y decidirá, por último, a quien invitará a la terapia.

Toda esta indagación, la realizará de forma sutil y estratégica. De esta manera, además, se acercará al vínculo más empáticamente ganando de comienzo la confianza del paciente, sensación muy importante, puesto que posibilita el cumplimiento de las prescripciones y acentúa el poder y la influenciabilidad de la palabra del terapeuta.

2) Focalización del problema

Como modelo de resolución de problemas, en el primer contacto personal se exige la definición clara de cuál o cuáles son los problemas. Las preguntas se centrarán en precisar una descripción de qué es lo que está sucediendo a la persona (a pesar que el terapeuta breve sabe que desde la óptica del Constructivismo, las preguntas prescriben y no describen, en este sentido los datos que recoge un terapeuta para construir un diagnóstico se entienden de acuerdo a quien los capta).

En fundamental aclarar en forma concreta el problema, evitando deducciones y abstracciones y cómo es el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene. Aunque en muchas oportunidades esto no constituye una tarea sencilla: las personas no se caracterizan por realizar una discriminación exhaustiva de lo que les sucede y a menudo recurren a explicaciones vagas. Además, muchos son los pacientes que recurren a terapia en la búsqueda de conocer cuál es su problema y pocas son las ocasiones en que asisten con un problema concreto.

Cuando el terapeuta obtenga (no importa si le lleva mucho o poco tiempo de indagación, lo importante es la detección de cuál es el problema) la información que le permite tener los signos precisos que definan el problema, resultará mucho más sencillo, rápido y eficaz encontrar una solución que lo modifique. Por lo tanto, el tiempo que aparentemente se pierde en la fase denominada de diagnóstico, se recuperará en la fase estrictamente pragmática.

3) Objetivos y meta mínima

En esta etapa, se establecerá el acuerdo sobre el objetivo de la terapia y el planteo de una meta mínima que articula conjuntamente con el paciente la finalidad del trabajo terapéutico. Permite, además organizar una guía, una orientación, hacia donde debemos dirigirnos, evitando perderse en elementos que no atañen al problema en sí y que en numerosas oportunidades sirven como evasión al servicio de la resistencia al cambio. Esta acción, genera reforzar la colaboración y el cooperativismo en función del cumplimiento del objetivo.

Por otra parte, la política de sumar positivamente *Escalón por escalón*, como planteo de metas mínimas posibilita disminuir la atención y ansiedad que genera el tratamiento mismo. Esta misma estrategia, sugiere obtener resultados concretos en la acción, resultados que alimentan –connotándolos positivamente- el hecho de continuar alcanzando otros niveles de cambio. El hecho de dibujar un objetivo mayor, puede

sentirse tan distante que se emparente más con la impotencia de concretarlo, aumentando así la resistencia a la modificación del problema.

Además, un pequeño cambio, por mínimo que se considere, abre, por la retroacción misma, un nuevo circuito generando la ruptura de la reverberancia disfuncional mantenida hasta el momento. Razón por la que un diminuto movimiento puede producir grandes efectos (efecto mariposa).

4) Soluciones intentadas

El paso siguiente trata de la exploración sobre las soluciones intentadas, ya que estos intentos –por parte del paciente- por provocar en diferentes momentos una modificación a su conflicto, terminan manteniendo al mismo y engrosándolo. Como hemos señalado con antelación, esto dará como resultado que la solución repetidamente intentada se convierte en el problema. Observar quienes integren el entorno del paciente, como se estructura su sistema relacional, permite comprobar el grado de influenciabilidad de ciertas figuras cercanas al consultante, cuál es el mensaje que explicitan y cómo contribuyen con éste a sostener las situaciones fallidas.

5) Intervenciones

En numerosas ocasiones, las intervenciones estarán dirigidas hacia la modificación de el circuito interaccional del paciente, bloqueando a través de límites explícitos los mensajes fallidos, obteniendo exitosos resultados en la modificación de la sintomatología sin actuar directamente sobre las soluciones ensayadas. Nardone y Watzlawick (1992) señalan:

Pretendemos decir con esto que el terapeuta ha de valorar cuidadosamente, caso por caso, si es más eficaz alterar el sistema perceptivo reactivo disfuncional del paciente individual interviniendo directamente sobre él y produciendo, por reacción en cadena, la modificación de todo el sistema relacional interpersonal, o bien si es más eficaz intervenir sobre el sistema de relaciones interpersonales familiares, ampliando la terapia a más sujetos, de modo que, como consecuencia del cambio de las secuencias interactivas de varias personas, cambia también el sistema perceptivo reactivo de la persona individual problemática.

El terapeuta estratégico breve, cuenta con una serie de herramientas técnicas con el propósito de intervenir en los distintos avatares que propone la intervención con el cliente con el objetivo de cambio. Algunas -dada su raigambre ericksoniana- ya las hemos

descripto anteriormente, sintetizando:

A) *Hablar con el lenguaje del cliente*: como estrategia pilar nos permite incursionar en su mundo, facilitar el reestructurar su situación y a la vez connotar positivamente su potencia y sus ganas de cambiar. Calcar gestos, actitudes, modismos, tonos de voz, posturas corporales, etc., posibilita incursionar en el universo semántico de la persona como efecto persuasivo, con la finalidad de influenciar en su comportamiento.

B) *La reestructuración*: implica recodificar el cómo se percibe o cómo se construye la realidad sin modificar el significado de las cosas, sino un cambio de estructura. A pesar de que cambiando los marcos de significación en los cuales se inscribe la situación-problema, se termina cambiando el significado la misma situación. La redefinición como tal, encuentra su eco en la *connotación positiva* que, como hemos mencionado páginas en anteriores, no sólo recalca la potencia o capacidad de la persona en función de estimularla, sino que también modifica la percepción de lo que se considera problema.

C) *Connotación positiva*:

D) *Uso de analogías, historias o relatos*:

E) *Utilizar la resistencia*:

F) *Técnicas de confusión*:

, entre otras, se despliegan a lo largo de las sesiones, de acuerdo al tipo de paciente, a la clase de problema y según el objetivo que plantearon de mutuo acuerdo el terapeuta y el paciente.

G) *Preguntas circulares*: Además, otra de las técnicas que permite agilizar la comunicación son las preguntas circulares de Anatole Rapaport. Son cuestionamientos que desestructuran la linealidad tradicional y exploran tanto el sentir, como el pensar y el actuar de la persona. El terapeuta puede indagar acerca de *Qué piensa que el otro piensa / Qué hace cuando siente un determinada emoción / Qué siente cuando el otro hace* (una acción determinada). De esta manera, se exploran supuestos y acciones y sus consecuentes interacciones.

H) *Uso del one down y el one up*: implica colocarse por arriba o por debajo en la relación de acuerdo a la situación. Es una táctica muy efectiva, por ejemplo, cuando se intenta

bloquear una escalada simétrica y transformarla en complementariedad. O generar alianzas, evitar enfrentamientos, anular competencias.

I) *Animar desanimando*: también, el animar desanimando, es una maniobra en la que se estimula restringiendo las posibilidades del paciente. Se trata de descreer que la persona pueda lograr realizar una determinada acción. Es una forma enfundada de desafiarla: *No creo que Ud. logre llamar por TE a X..., no pienso que es demasiado para Ud...*

J) *Ilusión de alternativas*: es otro de los recursos originales en pos de que la persona realice una tarea que le administramos. La opción no es *sí o no*, la opción es siempre *sí*, puede ser más tarde o más temprano, el día jueves o viernes, por la mañana o por la tarde, etc, pero siempre es *sí*. Se inventan posibilidades de elección, creando una sensación de libertad en la chance, y a la vez induciendo a la acción.

K) *Evitar formas lingüísticas negativas*:

L) *Prescripciones de comportamiento*: pero, tal vez, dentro de las herramientas de la Terapia breve, la mas original y que marca mayormente la diferencia con otros modelos son las prescripciones de comportamiento. Las prescripciones de conductas y tareas, llevan al plano de la acción experiencias vivenciales de modificación del status quo de la situación. Las tareas, encuentran el camino contrario al trabajo terapéutico tradicional. En este último, se va de la reflexión, explicación o insight, a la acción. Se espera que la persona haga el pasaje de lo cognitivo a lo pragmático. En las prescripciones, el proceso es inverso: se va de la acción a la reflexión o de la acción a una nueva forma de percibir, puesto que se descubren nuevas posibilidades de observar los hechos, por ende, es factible construir una realidad distinta. También, prescribir una acción lleva a que se desestructuren circuitos reverberantes y bloquear soluciones intentadas, llevando a revertir la conflictiva presentada.

Para el tipo de pacientes colaboradores y de escasas resistencias al cambio, en general, son utilizadas tareas *directas*. Estas prescripciones, no alteran la lógica racional y consisten en imponer una pauta de conducta que tienen por finalidad romper con circuitos recursivos y soluciones intentadas fracasadas o escaladas simétricas, etc. Pero en el caso de personas cuya sintomatología se encuentra sólidamente instaurada cuya resistencia al cambio es elevada, es necesario entrar por vericuetos inusitados que

posibiliten fracturar, en principio su defensa para, en un segundo momento, intentar generar el cambio. En estas situaciones, se implementan la gama de tareas paradójicas.

Herederas de la hipnoterapia, las prescripciones paradójicas se diferencian en tres tipologías: las prescripciones de síntomas, en donde, en cambio de tentar por anular la conducta anómala (que en general es la solución intentada fracasada) se la provoca tratándola de reproducir pero voluntariamente. Los teóricos paloaltinos hablan de dos clases de resultados: la persona cambia tanto si lo logra realizar como si no.

Si la ha podido realizar, ha transformado un acto involuntario en una acción consciente y, por tanto, voluntaria. De la misma manera que la reprodujo en pasos posteriores la logrará anular. Si no ha podido desarrollarla, hemos avanzado en la estrategia de suprimir el síntoma de manera rápida. Se continuará estimulando este tipo de tareas, bajo la cara *ingenuidad* del terapeuta quien sorprendido no comprenderá *cómo es que no aparece el síntoma*. En otras palabras, dado que un comportamiento sintomático es comprendido como una conducta espontánea que goza de autonomía, o sea, que escapa al control consciente, este tipo de prescripciones representan el ejemplo de la paradoja clásica del *sé espontáneo*. Tal como lo plantea Watzlawick y otros (1967) en la Teoría de la Comunicación humana:

Si una persona desea influir sobre la conducta de otra, tiene básicamente dos maneras de hacerlo. La primera consiste en tratar de que el otro se comporte de manera distinta. Como ya vimos, este enfoque fracasa en el caso de los síntomas, porque el paciente no ejerce un control deliberado sobre esa conducta. El otro enfoque, consiste en que se comporte como ya lo está haciendo. A la luz de lo dicho, ello equivale a la paradoja del tipo "sé espontáneo".

Por lo tanto, si se le pide al paciente que se comporte de una manera que él considera espontánea, quiere decir que tal comportamiento ya no es espontáneo, puesto que el pedido sugiere en la respuesta una pérdida absoluta de naturalidad. La prescripción del terapeuta, entonces, de ser cumplida, lleva a que la conducta sintomática deje de aparecer espontáneamente para ser el resultado de una orden que debe llevarse adelante. Para efectuarla, el paciente debe abandonar las reglas de juego que lo regían en la producción del síntoma. De allí, que cambie tanto si logra realizar la prescripción (ya que transformó al síntoma incontrolable en controlable, de espontáneo a volitivo), como si no lo logra (el síntoma comenzó a desaparecer).

En síntesis, en las prescripciones de síntomas si el paciente logra realizar la tarea ha transformado su sintomatología incontrolable y espontánea, en voluntaria (o sea que

está bajo control); por lo tanto, en pasos posteriores la podrá paulatinamente suprimir y tal vez, mediante tareas directas. Pero si no la pudo efectuar, hemos avanzado más rápido en el proceso, ya que por amplificación de la desviación (entropía), se ha inducido a una crisis que le permitirá comenzar a cambiar las reglas de juego del sistema. El paciente ha comenzado a controlar su sintomatología, por ende, se siente más seguro y su valoración personal se ha fortalecido. Este proceso, abre las compuertas del camino inverso al que seguía la persona.

Prescribir un síntoma, implica realizar un giro copernicano de las soluciones intentadas para solucionar el problema. Tal vez, este sea un punto para observar con detenimiento: cuál es el problema original, cuál su reverberancia y el efecto dominó que produce. La combinación de estas tres disquisiciones, parecen el resultado a evaluar para introducir una prescripción del síntoma. Pero la llave efectora de esta secuencia recursiva, el motor en la instauración rígida del problema, son los intentos de solución fallidos.

Mientras que las prescripciones paradójicas, encuentran en sus otras dos clases - las de desviación del síntoma y las de desplazamiento- dos formas que se extrajeron de la hipnosis con trance. En las primeras, se trata de realizar una acción que distraiga momentáneamente la producción del comportamiento. Por ejemplo, realizar una descripción exhaustiva de la aparición del síntoma, escribiendo obsesivamente día, hora, minutos, pensamientos, sentimientos, sensaciones, temores, etc., en una libreta que destinará para tal fin. En general, el resultado es la neutralización del síntoma, ya que la atención se ha puesto en la tarea, bloqueando la sintomatología presentada y la tensión y ansiedades consecuentes, desplazándola a la prescripción.

Cambiar el foco de atención, resulta una distracción momentánea que provoca un corrimiento de la centralización en el síntoma. Sin explicitarlo, el terapeuta lo sustituye por una acción que desvíe la observación a un punto accesorio al síntoma y con esto, se anula el estar pendiente, dejando el *encantamiento* que ejerce el problema sobre la mirada de la persona. Este pasaje transicional, bloquea una de las instancias iniciales de soluciones fallidas: cuanto más se está pendiente del síntoma, más se acrecienta y más dependiente se vuelve la persona, instaurándose más rígidamente en su sistema, razón por la cual, cualquier explicación o redefinición cognitiva sobre el problema no basta sino se opera en la pragmática.

En las segundas, las de desplazamiento, hallan su efectividad en desplazar la sintomatología en el tiempo. Se intenta trabajar con la frecuencia de aparición del síntoma y con la intensidad, ya sea en su disminución como en su aumento. Con respecto a la

intensidad, todo síntoma desde corporal hasta conductal posee ciertas gradaciones de intensidad de aparición. Estas gradaciones se remiten tanto a lo cuantitativo como a lo cualitativo.

Con respecto a los aspectos cuantitativos, hacen referencia a la cantidad de síntomas que en una situación determinada se desencadenan. En los aspectos cualitativos, se observa la profundidad de la afección del síntoma. También los síntomas psicossomáticos muestran este registro, donde la medida está dada en cuánto dolor provoca el síntoma, más allá de cuánto abarca en términos de las partes corporales que toma. (como en el caso de potenciar multiplicando la intensidad de un síntoma en cambio de buscar su supresión) y en el espacio (intentando trasladar la conducta perturbadora de la parte donde se detona a otra parte del cuerpo).

Los desplazamientos espaciales no solo se remiten al traslado del síntoma en otra parte del cuerpo, pueden colocarse en otro contexto ciertas reacciones que se producen en un contexto definido. Estos desplazamientos se desenvuelven tanto sobre personas, cosas, lugares, etc., en los que el terapeuta considera que son más apropiados para reaccionar.

Por último, en este punto aclararemos que el terapeuta breve impartirá las indicaciones de la tarea, utilizando los recursos de la persuasión y sugestión hipnótica. Describirá clara y desapasionadamente cada uno de los puntos a seguir, para lograr la cooperación y el cumplimiento de la prescripción.

El seguimiento a posteriori de los resultados es muy importante en todo caso se connotará positivamente, tanto si pudo efectuarlo o no, en el caso negativo el terapeuta señalará: "Tal vez fui muy apresurado en mandarle dicha tarea, tal vez fue muy rápido, debí esperar un poco más, lo dejaremos para más adelante", evitando de esta manera la sensación de frustración y su angustia subyacente por la impotencia de no lograr el objetivo.

6) Cierre de la terapia

La terapia concluye cuando la meta propuesta en el contrato fue concretada, o sea, el problema se ha solucionado.

A partir de allí, puede proponerse el alivio o solución de otros problemas, en este caso los objetivos son diferentes, por lo tanto se establecerá otro tipo de contrato, y la terapia recomenzará como si recién iniciara.

En la culminación se recapitulará el trabajo realizado, y los pasos del proceso

compartido. Se remarcará el compromiso adoptado por el consultante, que posibilitó el cambio y abrió el camino al progreso y a la autonomía personal.

En síntesis, el terapeuta breve piensa que la gente cambia:

- Modificando su perspectiva, su ángulo de visión de lo que consideran problema.
- Construyendo con esta formulación anterior una nueva realidad.
- Concibiendo el espacio terapéutico en un espacio de reflexión y creatividad.
- A veces cambiando regla y significados.
- Constituyendo la situación terapéutica en una situación de aprendizaje.
- Bloqueando soluciones intentadas, quebrando circuitos recursivos “el más de lo mismo”.
- “si deseas cambiar, aprende a actuar de una manera diferente”.
- Que el espacio psicoterápico sea una conjunción verbal y corporal.
- Mejorando la autoestima.
- Que se tengo como objetivo el crecimiento personal, la autonomía y la mejora de las relaciones con uno mismo, con los demás y con el mundo.

frialdad y no poner emociones

Sea breve

A modo de conclusión, de acuerdo a los datos proporcionados por el análisis desarrollado, pensamos en principio que los tipos de psicoterapias las técnicas psicoterapéuticas surgen como resultado de la conjunción de factores históricos socio-políticos y económicos, que llevan al desarrollo de modelos que se encajan de acuerdo a las necesidades de la época.

El Counseling nace como resultado de la demanda de rápida resolución de problemas, como contraposición al modelo psicoterápico imperante en aquel momento: el psicoanálisis.

Este se caracteriza por la exploración del inconsciente, por ende por la búsqueda de las causas determinantes de la patología o conducta sintomática, etc., que llevaba como forma una terapia de larga data (años).

Por lo tanto, el Counseling se oficializó como profesión Married Family Child Counsuler (M.F.C.C.).

Pero debemos diferenciar cuál es el título que desempeña el profesional y cuál es el modelo que implementa en el desarrollo del mismo, en el abordaje a los consultantes.

El Counseling nace como modelo de terapia de resolución de problemas en forma focalizada y breve, en contraposición –como señalábamos renglones arriba- con el Psicoanálisis, mucho más difuso y abierto en el tratamiento, y extenso en duración. Pero a lo largo del tiempo, este modelo se constituye en profesión, por lo tanto, es factible implementar en la misma cualquier modelo psicoterápico que se ajuste a su requerimiento, de un enfoque de breve y de solución de conflictos centralizadamente.

El modelo del M.R.I., La Brief Therapy de Palo Alto, es una línea que por su focalización, breve duración y nivel de efectividad es factible de ser implementado en las tres profesiones que tienen por objetivo el abordaje a los problemas humanos: la Psiquiatría, la Psicología y el Counseling.

Por lo tanto, el modelo estratégico breve como línea de trabajo posee un amplio radio de aplicación y más encaja en el Counseling –esto está comprobado en U.S.A. por la cantidad de counselors que lo implementan-, ya que el título abarca la intervención en familias disfuncionales, en problemáticas de pareja, y la labor con niños con diversas sintomatologías.

Así, R. Fisch, J. Weakland y L. Segal (1982) remarcan “hemos tratado también de evitar distinciones verbales, que consideramos irreales o denigrantes. Por tal motivo hablamos indistintamente del ‘paciente’, ‘cliente’, o ‘enfermo’ y, aunque por costumbre escribimos generalmente el ‘terapeuta’, también podríamos decir el ‘**consejero**’”. (3) (las negritas son mías).

O sea que la concepción que porta este modelo homologa la figura del terapeuta con la de un consejero, el guía, aquel que diseña en conjunción con el paciente el camino que lo lleve a revertir su situación problemática, y lo convierta en un ser humano libre en el sentido de lo más profundo de la palabra.

Libertad que implica el respeto hacia si mismo y hacia el mundo; que sugiere responsabilidad, que significa hacerse cargo de uno mismo, y de las propias cosas que uno genera; y además poseer claridad en las elecciones y en las puestas de límites, e incrementando la valoración personal.

En síntesis, luchar por la vida con el fin de propulsar un salto evolutivo que se constituya en el pasaporte al crecimiento y a la madurez.

BIBLIOGRAFIA

1. BURBATTI G., CASTOLDI S., MAGGI L. "Systemic Psychotherapy with Families Couples and Individuals". Ed. Jason Aronson Inc. E.E.U.U. 1993.
 2. CAMPANINI Y LUPPI. "Servicio Social y Modelo Sistémico" Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina. 1992.
 3. FISCH R. WEAKLAND J., SEGAL L. "La Táctica del Cambio". Ed. Herder. Barcelona. España. 1984.
 4. HALEY, J. "Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos". Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina. 1986. P. 88.
 5. JACKSON, Don D. "Comunication, Family and Marriage" I. Ed. Science and Behavior Books Inc. E.E.U.U. 1968.
 6. JACKSON, Don D. "Comunication, Family and Change" II. Ed. Science and Behavior Books Inc. E.E.U.U. 1968.
 7. Piaget, Jean. "*La construction du réel chez l'enfant*". Delachaux & Niestlé, Neucâtel, 1937. Versión cast. "*La construcción de lo real en el niño*". Crítica, Barcelona, 1989.
 - 8.
 9. KEENEY B., ROSS J. "Construcción de Terapias Familiares Sistémicas" Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. 1985.
 10. KRIZ J. "Corrientes fundamentales en psicoterapia" Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. 1984.
 11. PELICIER I. "Léxico de Psiquiatría". Ed. Huemul. Buenos Aires. Argentina. Pág. 48.
 12. MATURANA H. "Autoconsciencia e Realtà". Ed. Raffaello Cortiña. Milano. Italia. 1993.
 13. R. CEBERIO M., DES CHAMPS C. y otros. "Clínica del cambio" Ed. Nadir. Buenos Aires. Argentina. 1991.
 14. ROSEN Sidney. "Mi voz irá contigo". Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina. 1991.
 15. SHAZER S. "Claves en Psicoterapia Breve". Ed. Gedisa. Barcelona. España. 1992.
 16. SIMON F., STIERLIN H., WYNNE L. C. "Vocabulario de Terapia Familiar". Ed. Gedisa. Barcelona. España. 1993.
 17. SLUZKI C. "Cibernética y Terapia Familiar – Un Mapa Mínimo" Revista Sistemas Familiares. Año 3, Nº 2. Buenos Aires. Argentina.
 18. WATZLAWICK P. "Es real la realidad". Ed. Herder. Barcelona. España. 1989. P. 149.
 19. WATZLAWICK P. "La Coleta del Baron de Münchhausen". Ed. Herder. Barcelona. España. 1992. P. 80.
 20. WATZLAWICK P. "La realidad inventada". Ed. Gedisa. Barcelona. España. 1984.
 21. WATZLAWICK P., BEAVIN J., JACKSON D. "Teoría de la Comunicación Humana". Ed. Herder. Barcelona. España. 1967.
 22. WATZLAWICK P., NARDONE G. "El arte del cambio". Ed. Herder. Barcelona. España. 1984. P 66/73/84.
 23. WATZLAWICK P., WEAKLAND., FISCH R. "Change". Ed. Norton & Company. E.E.U.U.. 1974.
 24. WITTEZAELE J. J., GARCIA T. "A la Recherche de l'École de Palo Alto". Ed. Sevil. París. Francia. 1992.
- (Linares.1996), trastornos fóbicos y de pánico (Nardone.1992.1997), trastornos psicósomáticos (Onnis.1998), trastornos esquizofrénicos (Bateson.1962, Jackson.1967, Selvini.1981), Anorexia y bulimia (Selvini. 1981).
1. Bateson, G y Ruesch, J. " Communication. The Social Matrix of Psychiatry". Norton & Company, Nueva York. Versión cast. "*Comunicación, la matriz social de la Psiquiatría*". Paidós, Barcelona, 1984.

2. Bateson, Gregory. *"Step to an ecology of mind"*. Ballantines Books, 1972. Versión cast. *"Pasos hacia una ecología de la mente"*. Carlos Lohlé, Bs. As., 1976.
 3. Watzlawick, Paul. *"Die Möglichkeit des Andersseins. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation"*. Verlag Hans Huber, Berna, 1977. Versión cast. *"El lenguaje del cambio"*. Herder, Barcelona, 1980.
 4. Watzlawick, P., Beaving J., Jackson, D. *"Pragmatics of human communication"*. Norton, Nueva York, 1967. Versión cast. *"Teoría de la comunicación humana"*. Herder. Barcelona.1981.
 5. Watzlawick, Paul. *"Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und Wirklichkeit"*. Verlag Hans Huber, Berna, 1988. Versión cast. *"La coleta del barón de Munchhausen"*. Herder. Barcelona.1992.
 6. Watzlawick, Paul. *"Wie wirklich ist die Wirklichkeit ?"*. Piper, Munich, 1976. Versión cast. *"¿Es real la realidad ?"*. Herder. Barcelona. 1989.
 7. Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. *"Change - principles of problem formation and problem resolution-"* N. W. Norton, Nueva York, 1974. Versión cast. *"Cambio"*. Herder, Barcelona, 1976.
 8. Watzlawick, Paul. *"Die erfundene Wirklichkeit"*. Piper Munich, 1988. Versión cast. *"La realidad inventada"*. Gedisa. Barcelona. 1988.
 9. Watzlawick, Paul. *"An Antology of Human Communication"*. Science & Behavior, Palo Alto, 1964.
 10. Haley, Jay. *"Leaving home"* Prentice Hill, Nueva York, 1980. Versión cast. *"Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar"*. Amorrortu. Bs. As. Edic. 1989.
 11. Haley, Jay *"Uncommon Therapy : The psychiatric techniques of Milton Erickson, M D"*. Norton, Nueva York, 1973. Versión cast. *"Terapia no convencional : Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson"*. Amorrortu, Bs. As., 1980.
- Haley, Jay "Terapia para resolver problemas". Amorrortu. Bs. As. 1980**
1. Madanes, Cloé. *"Strategic Family Therapy"*. Cloé Madanes, Nueva York, 1982. Versión cast. *"Terapia Familiar estratégica"*. Amorrortu, Bs. As., 1984.