

## LA TÁCTICA DEL CAMBIO. INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA

BELÉN ORTEGA BELLÉ

Psicóloga Colegiada. Psicoterapeuta especializada en la aplicación del Modelo de Terapia Breve Estratégica. Máster en Comunicación, Problem Solving y Coaching Estratégico por STC-MRI (CA-Palo Alto). Master en Terapia Breve Estratégica por el STC de Arezzo

CONCHA PÉREZ SALMÓN

Psicóloga Colegiada M-00619. Psicóloga Clínica en el Centro de Salud de Alcorcón. Formación sistémica. Máster en Comunicación, Problem Solving y Coaching Estratégico por el STC de Arezzo. Curso de Alta especialización en Terapia Breve Estratégica por el STC de Arezzo



## Contenido

DOCUMENTO BASE .....	3
La táctica del cambio. Introducción a la Terapia Breve Estratégica	
FICHA 1 .....	15
Desarrollo de la terapia breve estratégica	
FICHA 2 .....	19
Maniobras terapéuticas	

# Documento base.

## La táctica del cambio. Introducción a la Terapia Breve Estratégica

Programa

I.- APROXIMACIÓN A LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA

Definición del modelo

Historia del modelo

II.- FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA BREVE

Conocer a través del cambio.- Perspectiva teórica y epistemológica (sistémica, constructivista y Erikson).-

Conceptos básicos: SPR y SI.- Lógica ordinaria y lógica no ordinaria.- Formación y persistencia de los problemas

*Ficha I*

Desarrollo de la terapia breve estratégica

*Ficha II*

Aplicación en diversos SPRs: fóbico, obsesivo, paranoico, depresivo

### I.- APROXIMACIÓN A LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA

En la literatura podemos encontrar diferentes modelos de terapia breve o terapia estratégica, pero el que presentaremos es el Modelo evolucionado de Terapia Breve Estratégica de la Escuela de Palo Alto.

Una de las innovaciones epistemológicas del siglo XX ha sido el aportado por la Escuela de Palo Alto, que partiendo de la comunicación humana y del constructivismo desarrollaron un modelo de psicoterapia breve estratégica de amplio espectro.

El enfoque estratégico, más que una teoría y práctica psicoterapéutica, es una verdadera escuela de pensamiento sobre cómo las personas se relacionan consigo mismas, con los demás y con el mundo. Desde esta perspectiva, los problemas de los hombres son el producto de la interacción entre la persona y la realidad.

¿De qué se ocupa la TBE? El enfoque estratégico se ocupa de las modalidades mediante las cuales el hombre percibe y gestiona su realidad a través de la relación consigo mismo, con los demás y con el mundo, transformándola en funcional para poder intervenir sobre ella. Es decir, este enfoque se interesa principalmente por la “funcionalidad” o “disfuncionalidad” del comportamiento de las personas para resolver los problemas y por su modo de relacionarse con su propia realidad.

#### Definición del modelo

La Terapia Breve Estratégica representa una intervención radical y duradera y no una terapia superficial y meramente sintomática. Es una intervención breve y focalizada, orientada por una parte a la extinción de los síntomas y por otro lado, a la reestructuración de la rígida percepción que las personas tienen de sí mismos, de los demás y del mundo. Es decir, el primer objetivo para un terapeuta estratégico es resolver rápidamente los problemas y trastornos mentales que pueden llegar a ser intrusivos e invalidantes no sólo para el paciente que lo padece, sino también para los que están a su lado. Es la eficacia -solucionar el problema- y la eficiencia -producir el cambio en poco tiempo y con el mínimo gasto de energía- lo que hace breve la terapia. Y para alcanzar este objetivo, es imprescindible una alta performance por parte del terapeuta.

A diferencia de los tradicionales enfoques psicológicos y psiquiátricos, un terapeuta estratégico no utiliza ninguna teoría sobre la “naturaleza humana” y, por tanto, mucho menos definiciones relativas a la “normalidad” o “patología” psíquica. En este sentido, podríamos decir que para este modelo, los trastornos mentales son el producto de un modo de percepción y reacción disfuncional hacia la realidad.

Habitualmente, cuando se trata de problemas psicológicos, la tendencia es pensar en intervenciones psicoterapéuticas prolongadas en el tiempo, muchas veces imaginadas como un dilatado y espinoso viaje hacia el pasado en busca de la causa del problema, o sea, cuanto más difícil sea el problema o la situación, más largo y arduo será el camino. Sin embargo, esto es una forma de pensar reduccionista desde el punto de vista del proceso terapéutico al no tener presente los aspectos estratégicos.

**La característica fundamental del proceso terapéutico de la Terapia Breve Estratégica**, desde un punto de vista teórico, **es la renuncia a cualquier tipo de teoría determinista**, evitando, de este modo, las limitaciones derivadas de utilizar un modelo teórico-normativo, cuya tendencia se orienta a verificar la validez de su propia teoría. El modelo estratégico no se preocupa de respetar la teoría, sino de respetar el problema, sus características y el objetivo a alcanzar: la solución tiene que adaptarse al problema (y no al revés, como sucede con los modelos teórico-normativos). Este aspecto diferencia la lógica estratégica de otras formas de intervención basadas en una teoría rígida que condiciona la forma de intervenir con el paciente y que proponen, a priori, una descripción exhaustiva del problema. La intervención, desde el punto de vista estratégico, se crea paso a paso para alcanzar el objetivo, dejando a un lado cualquier teoría rígida y fuerte. El valor de una teoría, para el enfoque estratégico, depende de su capacidad para idear una intervención que resuelva el problema de forma eficaz y eficiente.

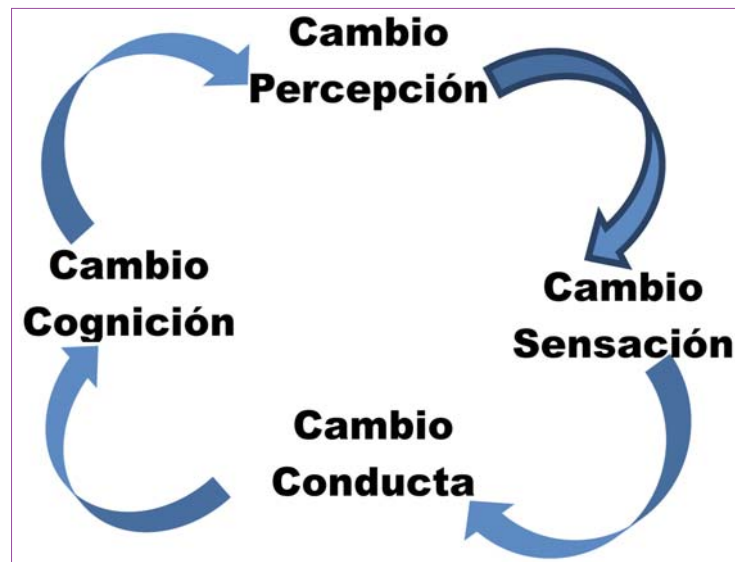
**Para poder determinar la estrategia de solución** más adecuada, desde una lógica estratégica, **es imprescindible definir el objetivo a alcanzar**. Definido el objetivo, la intervención para la solución se construye ad hoc con base al objetivo y a las características específicas del problema a resolver. **La construcción de la solución**, la intervención, **se basa en la propia conciencia operativa** (Von Glasersfeld, 1990), como el marinero experto que para guiar el barco, planifica, prevé y actúa en función de las condiciones marítimas; no se preocupa por conocer científicamente el mar, sino por conocerlo operativamente, por «cómo actuar», adaptando sus acciones al desarrollo de los acontecimientos. Es decir, la preocupación del terapeuta estratégico es identificar los caminos de conocimiento y actuación más funcionales.

**Operativamente**, desde un punto de vista estratégico, para cambiar una situación problemática no es necesario develar el “porqué”, las causas originarias (aspecto sobre el cual, por otra parte, no se tendría ninguna posibilidad de intervenir), sino trabajar sobre cómo determinada situación se mantiene en el presente. El modelo estratégico se concentra sobre lo que las personas han hecho y hacen para resolver los problemas, cómo se relacionan con su problema, cómo perciben su situación, identificando los intentos de solución fracasados y los que han tenido éxito, para después intervenir modificando los primeros o potenciando los segundos. Por tanto, un **aspecto clave** para definir la estrategia de intervención, es la identificación y evaluación de todos **los intentos fallidos** llevados a cabo para resolver el problema, pues precisamente son las soluciones intentadas, en la mayoría de los casos, las que alimentan el problema y lo agravan. Por este motivo, desde el inicio de la terapia, un terapeuta estratégico se enfoca en romper el círculo vicioso establecido entre todos los intentos fallidos realizados por parte de la persona para resolver su problema y la persistencia del problema. Es por ello que **el trabajo terapéutico se centra sobre el presente** más que sobre el pasado, **sobre cómo funciona el problema más que sobre el “por qué” existe**, sobre la búsqueda de las soluciones más que sobre las causas, **con el objeto de interrumpir los círculos viciosos disfuncionales**, patológicos, o si no es posible bloquearlos, orientarlos en otra dirección hasta encontrar la solución que funciona, de forma a poder instaurar un nuevo equilibrio sano y funcional. Resumiendo, al terapeuta estratégico no le interesa descubrir el origen, el por qué de las cosas, sino cómo funcionan las cosas y cómo hacerlas funcionar mejor y para ello se centra en todo aquello que determina la persistencia de un equilibrio disfuncional y en cómo puede modificar ese equilibrio (en la persistencia del problema, se puede intervenir; en su formación no hay posibilidad alguna de intervención).

Es necesario señalar, que el modelo estratégico utiliza la comunicación como vehículo del cambio. ¿Qué significa “la comunicación como vehículo del cambio”? que para aplicar las estrategias construidas ad hoc, se utiliza una comunicación de tipo sugestivo, persuasorio, recurriendo a estrategias retóricas, con el propósito de hacer cambiar a la persona la percepción de la situación que la conduce a reacciones patológicas. Es decir, es imprescindible el **uso del lenguaje performativo** (Austin 1982) que induzca al cambio, que provoque la «experiencia emocional correctiva» (Alexander 1980).

La gran eficacia de este método terapéutico se debe al hecho de que se ajusta a la percepción que la persona tiene respecto a su realidad, que es modificada terapéuticamente a través de estrategias que eluden su resistencia al cambio. En la mayoría de modelos de terapia tradicional, para producir un cambio terapéutico se debe guiar primero a la persona a ser consciente de su problema y sus orígenes; en este modelo primero se produce el cambio, y después se

conduce a la persona a saber cómo ha sucedido y cuáles eran los orígenes de su problema. En otras palabras, **el foco del enfoque estratégico es la percepción que las personas tienen de la realidad**, la reestructuración de la visión del mundo del paciente, no de sus cogniciones. Un cambio en la percepción de una realidad disfuncional lleva a cambiar las reacciones: cambia las sensaciones que cambian el comportamiento y finalmente cambiará la cognición. Esto es el proceso natural de relación con la realidad: nos relacionamos con la realidad y a partir de ahí nos modificamos y ajustamos nuestra relación con la realidad. Por tanto, el cambio terapéutico alcanzado es radical y persistente aunque se produzca en tiempo breve porque induce no sólo a modificaciones conductuales y cognitivas, sino también a cambios perceptivos y emotivos.



Resumiendo, el enfoque estratégico evolucionado puede ser definido como la capacidad de inventar una realidad que produce efectos concretos. Crear una realidad nueva para crear un cambio funcional, usando estratagemas que se adapten a la estructura de cada problema, es decir, a las soluciones intentadas que lo mantienen, y utilizando como recurso una comunicación que se adapte a las diferentes personas, de manera tal que les conduzca a tener experiencias emocionales concretas de cambio de percepción de la realidad, que a su vez les llevará a descubrir las soluciones y aplicarlas con éxito.

### Historia del modelo

Cuando hablamos de los orígenes del enfoque estratégico se debe hacer referencia al antiguo mundo helénico y a la antigua China. El pensamiento estratégico y la utilización de estratagemas, formas de actuación que violan la lógica ordinaria para afrontar problemas aparentemente irresolubles, nace paralelamente en occidente y en oriente. De oriente la sabiduría estratégica nos llega bajo la forma de “el arte de la estrategia china”, vencer con el mínimo esfuerzo y de forma sutil. De la antigua Grecia “el arte de los sofistas” y su capacidad para resolver problemas mediante la construcción de nuevos modelos de percepción de la realidad utilizando la comunicación persuasiva y “el arte de la Metis” o el culto a la astucia, audacia para obtener el máximo resultado con el mínimo esfuerzo.

Durante muchos siglos, en occidente, la filosofía y la lógica ordinaria instituida por Platón, la “verdad absoluta”, o las “verdades” irrefutables, han dominado la vida intelectual. Evidentemente tanto la psicología como la psicoterapia se han resentido de este modo de interpretar y gestionar la realidad.

Es sólo en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX cuando vuelve a verificarse un resurgimiento del enfoque estratégico, primero con el “perspectivismo” de Friedrich Nietzsche, posteriormente con el nacimiento del “pragmatismo” introducido por William James y más adelante, a mediados del siglo XX, con el “constructivismo”. Estas corrientes de pensamiento, se han dado cuenta de la necesidad de nuevas técnicas que llegaran más allá del pensamiento común.

En los años 30, Milton Erickson publica el primer artículo sobre el enfoque estratégico en psicoterapia. El artículo hacía referencia a que los métodos indirectos en la aplicación de sugestión hipnótica en psicoterapia resultaban más eficaces que los métodos directos.

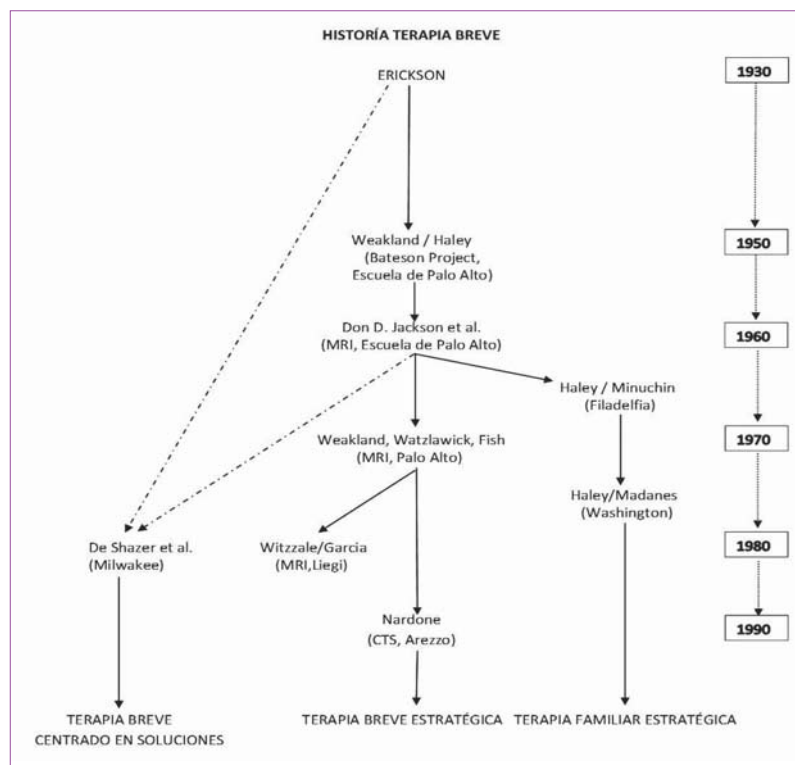
A finales de los años 50, gracias a los estudios sobre la comunicación y psicoterapia llevados a cabo por Gregory Bateson, John Weakland, Jay Haley, Don D. Jackson y Bill Fry, dentro del Bateson Project desarrollado en Palo Alto (California), y la influencia de Milton Erickson, Haley y Weakland se encuentran con Erickson como parte de los estudios sobre terapia del Bateson Project, el enfoque estratégico entra en el campo de la terapia familiar sistémica.

En los años sesenta, el grupo de investigadores del Mental Research Institute (MRI), instituto que se formó originalmente en el interior del Bateson Project en 1959 por Don D. Jackson y con John Weakland, Paul Watzlawick y Richard Fisch como figuras más relevantes, formularon un primer modelo de terapia breve que integraba la experiencia de un modelo sistémico interaccional y las enseñanzas estratégicas de Erickson con el objetivo de evolucionar el enfoque estratégico de Erickson hacia procedimientos clínicos replicables. El libro "Cambio", publicado en 1974, representa la primera formulación publicada sobre la *Terapia Breve Estratégica*.

Paralelamente al trabajo desarrollado por el MRI, Jay Haley, que también había formado parte de dicho instituto del que se separa a mediados de los 60 para viajar al este, colaborar con Salvador Minuchin y posteriormente dirigir su propio Instituto en Washington - Family Therapy Institute- junto a su ex esposa Cloé Madanes, desarrolla su formulación de terapia estratégica, la *Terapia Familiar Estratégica*, obteniendo resultados semejantes a los del MRI.

A principios de la década de los 80, surge el enfoque de la *Terapia Breve Centrada en Soluciones* desarrollada por Steve de Shazer y sus colaboradores en el Centro de Terapia Breve en Milwaukee (Wisconsin) y constituye un tercer modelo de terapia breve que también recibió influencias del pensamiento y técnicas de Erickson. El trabajo de este grupo se enmarca en una visión sistémica-estratégica e interaccional, diferenciándose del MRI en su énfasis en el desarrollo de soluciones, en vez de en la construcción de problemas solubles.

Sucesivamente, distintos autores han ido evolucionando, en cada una de las "escuelas", estos modelos. Por lo que respecta al enfoque que nos ocupa, la Terapia Breve Estratégica, cabe señalar la evolución técnica del modelo en los 90 llevada a cabo por Giorgio Nardone en el Centro di Terapia Strategica de Arezzo. La aplicación de una rigurosa metodología empírico-experimental ha dado lugar a la construcción de protocolos de tratamiento concretos para trastornos específicos, con un incremento de la eficacia y eficiencia terapéutica.



## II.-FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA BREVE

### Conocer a través del cambio

El enfoque estratégico pasa de un conocimiento positivista y determinista, cuya pretensión es descubrir la realidad, a un conocimiento constructivo, operativo, que permite manejar la realidad lo más funcionalmente posible. ¿Qué significa? que este modelo estratégico se basa en conocer a través del cambio: conocer una realidad a través de las estrategias que pueden cambiarla, porque la única variable epistemológica que podemos controlar es la estrategia. **Son las soluciones las que nos permiten conocer el problema y su funcionamiento** y no viceversa.

Para conocer cómo funciona un problema no es suficiente la observación externa, sino que es necesario actuar para cambiar su funcionamiento. Sólo introduciendo un cambio en el sistema y viendo cómo responde ante él se desvelará su funcionamiento. En el ámbito de la psicología social Kurt Lewin definió esta metodología, en 1944, como “**acción-investigación**”: estudia un fenómeno de forma empírica-experimental provocando modificaciones en los eventos y observando sus efectos y nuevas dinámicas.

La ventaja operativa de esta metodología de acción-investigación para obtener el conocimiento sobre cómo funciona un problema frente a un método hipotético-deductivo, que elabora hipótesis y deduce las consecuencias derivadas de las hipótesis comparándolas con los resultados observables para verificar su hipótesis, es que se evitan las limitaciones causadas por los modelos teórico-normativos, cuya tendencia es verificar la validez de su propia teoría, concentrando la investigación en las verificaciones empírico-experimentales, teniendo presente las características específicas de la situación y su entorno. En pocas palabras, la solución tiene que adaptarse al problema y no al revés.

Siendo así, para el enfoque estratégico una estrategia que funciona, introduciendo cambios que hacen reaccionar el sistema y permiten obtener información sobre su funcionamiento, permite conocer cómo el problema persiste y se mantiene. Es decir, conocemos el problema cambiándolo, operando sobre el mismo, ajustando de manera gradual la intervención terapéutica para adaptarla a los nuevos elementos que emergen. Por tanto, es la solución la que nos indica cómo funciona el problema (“cambiar para conocer”) y no el tipo de problema el que nos revelará la solución adecuada (“conocer para cambiar”).

### Perspectiva teórica y epistemológica (sistémica, constructivista y Erikson)

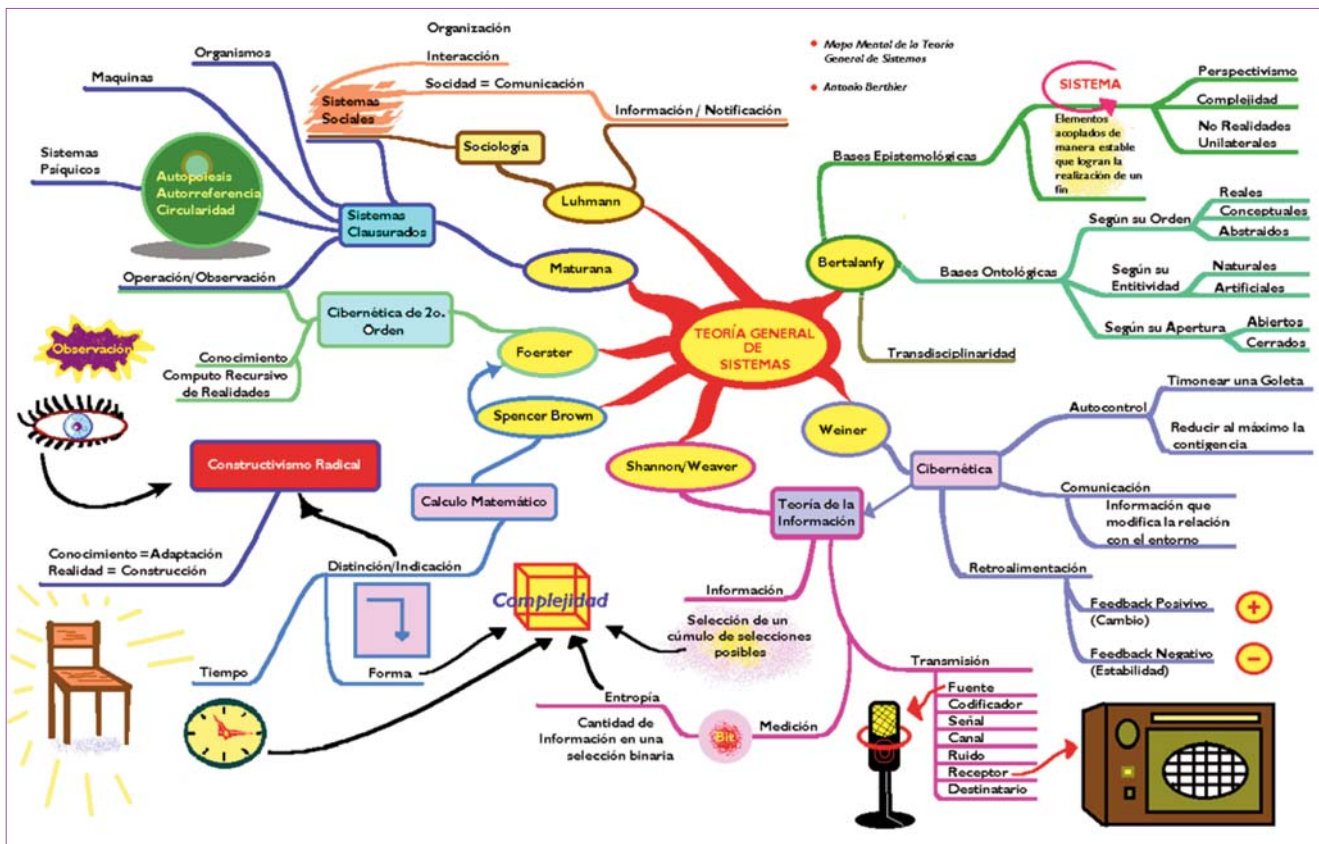
El modelo estratégico se ha estructurado sobre una variedad de influencias teóricas y epistemológicas, de entre las que sobresalen por su gran influencia: Teoría General de los Sistemas; Constructivismo Radical; estudios sobre el lenguaje persuasivo y técnicas estratégicas de Milton Erickson.

#### *Teoría General de los Sistemas*

La Teoría General de los Sistemas (TGS) tiene su origen en una concepción biológica que consideraba al organismo como un sistema abierto, en constante intercambio con otros sistemas circundantes por medio de complejas interacciones.

Von Bertalanffy formalizó una nueva concepción teórica en su libro Teoría General de Sistemas (1969).

El propósito de la TGS es estudiar los principios aplicables a los sistemas en cualquier nivel en todos los campos de la investigación.



Un sistema es un conjunto organizado de cosas o partes interactuantes e interdependientes, que se relacionan formando un todo unitario y complejo:

- ✓ Elementos acoplados de manera estable para lograr la realización de un fin.
- ✓ Complejidad organizada que mantiene su equilibrio gracias a la homeostasis o entropía negativa.
- ✓ Existe una constante retroalimentación circular (feedback) entre los elementos del sistema, así como entre los elementos del sistema y su entorno (sistemas cerrados o abiertos).

### Principios de la Teoría General de los Sistemas

El gran mérito de la TGS es que sus principios son válidos para todos los “sistemas”, sin importar que sean de naturaleza física, biológica o sociológica. Como la interacción (con uno mismo, los demás o el mundo) se desarrolla dentro de un sistema, valen por lo tanto las “leyes” de los sistemas:

- a) Totalidad:** los elementos de un sistema no son independientes; un conjunto no coincide con la suma de las partes. El todo es más que la suma de las partes y las partes no pueden comprenderse aisladas del todo. Por ej., ningún órgano de un ser vivo puede funcionar de manera aislada e independientemente porque entonces no forman un ser vivo. Por tanto, en los sistemas de interacción humana, el foco no recae sobre el individuo sino sobre sus relaciones en los sistemas de pertenencia: consigo mismo, con los demás y con el mundo.
- b) Retroalimentación:** la retroalimentación o feedback es el intercambio circular de la información. Este proceso señala cómo los elementos del sistema se influyen mutuamente: todos los elementos influyen sobre los demás y a su vez son influidos por estos. La retroalimentación facilita entender la inevitable circularidad de las interacciones y evita caer en la simplicidad del concepto lineal de causa-efecto en los sistemas de relaciones entre sujetos. Los problemas relacionales se mantiene gracias a los mecanismos de circularidad actual y funcionantes, no a los pasados.
- c) Equifinalidad:** Las condiciones iniciales no determinan los resultados sino que los resultados están condicionados por la naturaleza del proceso. Es decir, los mismos resultados pueden tener diversos orígenes, así como diferentes resultados pueden tener el mismo origen, porque lo decisivo es la naturaleza de la organización del sistema.



Mismo resultado con diferente origen	Diferente resultado con mismo origen
Sistema A: $4 \times 3 + 6 = 18$	Sistema A: $4 \times 2 + 7 = 15$
Sistema B: $2 \times 5 + 8 = 18$	Sistema B: $4 + 2 \times 7 = 42$

Este principio, aplicado al ámbito que nos ocupa, significa que para obtener un cambio en el comportamiento puedo actuar no sólo sobre el individuo, sino sobre todos los elementos del sistema.

**d) Homeostasis y transformación:** Tendencia del sistema a permanecer en un cierto grado de equilibrio o a buscarlo cuando se enfrenta ante cualquier estímulo, cambio o influencia externa, con el objeto de mantener invariable la estructura sistémica o conservación de su forma. Todo sistema tiende a la transformación y a la complejificación en su intercambio de información sobre el medio, al tiempo que tiende a mantener un equilibrio interno para asegurar su supervivencia, desarrollando mecanismos de resistencia al cambio. La homeostasis se obtiene a través del mecanismo de retroalimentación que permite al sistema corregir y equilibrar los procesos internos a partir de los datos obtenidos sobre su funcionamiento y sobre los cambios en el ambiente.

P. ej., la temperatura del cuerpo humano debe ser de unos  $36^{\circ}\text{C}$ . Cuando hace mucho calor transpiramos para disipar el calor absorbido del medio y poder mantener así constante nuestra temperatura de  $36^{\circ}\text{C}$ . La homeostasis permite adaptarnos al cambio externo para mantener el equilibrio interno constante (la temperatura corporal), a través de ajustes internos (disipar) para asegurar la supervivencia del sistema.

Si el sistema tiene la capacidad para mantenerse organizado, equilibrado, aunque sea de forma disfuncional, gracias a este principio de la homeostasis, romper este equilibrio disfuncional y sustituirlo por otro funcional es el principal desafío en los sistemas de interacción humana.

### **Constructivismo Radical**

En Filosofía de la ciencia y epistemología se denomina constructivismo a una corriente de pensamiento surgida a mediados del siglo XX, compartido por diferentes disciplinas (físicos, matemáticos, biólogos, psicólogos, lingüistas, psiquiatras, sociólogos...).

Para el constructivismo una descripción exacta de cómo son las cosas, una realidad “absoluta” objetiva e independiente del sujeto que la vive no existe, porque es el sujeto quien construye el conocimiento de la realidad a través de su experiencia. El constructivismo es una teoría del conocimiento activo, no trata al conocimiento como si se tratara de una representación de la Verdad, una imagen que refleja al mundo “en sí mismo”, independiente del sujeto cognoscente. Desde este punto de vista, el conocimiento es un proceso de construcción por parte del sujeto, no un despliegue de conocimientos innatos ni una copia de conocimientos ya existentes. El sujeto construye en función de su experiencia personal. Conocimiento y experiencia son inseparables.

El *constructivismo radical*, del que bebe la metodología de la escuela de Palo Alto, y consecuentemente, la terapia breve estratégica, se fundamenta en dos principios (Von Glasersfeld, 1991):

- ✓ “El conocimiento no es recibido pasivamente sino construido activamente por el sujeto que conoce”.
- ✓ “La función de la cognición es adaptativa y sirve a la organización del mundo experiencial, no al descubrimiento de una realidad ontológica”.

Conocer es un proceso de adaptación, organizando las experiencias del sujeto de un modo eficaz. El conocimiento nos informa de nuestras experiencias y de cómo están organizadas. Los “hechos” son elementos de la experiencia del observador. Las conductas, los eventos, las situaciones, los objetos no poseen un valor o un sentido en sí mismos, sino que son los hombres, los grupos o las sociedades quienes les otorgan un sentido. Verdadero y falso, bueno y malo, adecuado e inadecuado, etc., son predicados que únicamente tienen sentido dentro de un conjunto específico de relaciones sociales y bajo unas condiciones determinadas.

Siendo así, la “realidad” es una construcción hasta cierto punto “inventada” por quien la observa; no existe una “verdad verdadera”, sino muchas verdades subjetivas que varían según el punto de vista. Sólo existe una realidad que construimos permanentemente en función de la perspectiva según la miramos, nuestros instrumentos cognitivos y experiencia, y nuestro lenguaje mediante el cual la percibimos y la comunicamos

La Terapia Breve Estratégica por tanto se propone llevar al sujeto de una construcción disfuncional de la realidad

a una construcción funcional de la misma haciendo cambiar la percepción. Esta es la gran diferencia de los modelos: el cognitivo propone cambios en las cogniciones y en las reacciones, el conductual incide sobre los cambios de la conducta, en tanto que el estratégico pretende cambios en la percepción, apuntando al nivel más básico de la psicología ya que la percepción es la base de la psicología. Para lograr este cambio de percepción la terapia debe llevar al sujeto a experiencias que le hagan sentir antes que comprender, y para esto se utilizan estrategias terapéuticas creando en el paciente una “experiencia emocional correctiva”. El cambio de las percepciones conlleva un cambio en las reacciones; y para ello el abordaje estratégico estudia la estructura de los problemas y la estructura de las soluciones desarrolladas por el sujeto. A través de una epistemología diferente y de un lenguaje terapéutico diferente se utiliza una lógica del cambio que se obtiene a través de experiencias concretas y no a través del aprendizaje. Por eso, en un enfoque estratégico se utiliza una retórica sugestiva, hipnótica, una comunicación persuasiva y “performativa” que lleva a la persona a “sentir” de manera diferente, luego a reaccionar de manera diferente y, sólo al final, a cambiar sus cogniciones.

### Milton Erickson

Milton Erickson, considerado el padre de la “hipnosis moderna”, se graduó como psicólogo y médico en la Universidad de Wisconsin.

Durante su vida, se hizo famoso por sus “curas milagrosas” con un método muy personal. Son elevadísimos el número de casos que trató exitosamente, con o sin el uso de la hipnosis. Como psiquiatra poco ortodoxo, agradable doctor familiar, psicoterapeuta estratégico ingenioso y todo un maestro como hipnoterapeuta, su influencia ha revolucionado la psicoterapia. Su gran creatividad, su capacidad de observación, su uso del lenguaje y sus técnicas formaron la fundación de un estilo completo de procedimientos terapéuticos e hipnóticos.

Milton Erickson, a lo largo de su vida, tuvo que enfrentar muchas incapacidades personales (nació dentro de una pobre comunidad agrícola de Nevada, no habló hasta los cuatro años, tuvo una severa dislexia, profunda sordera y daltonismo, ataque de polio a los diecisiete años que le mantuvo paralizado durante un año, un segundo ataque de polio a los 50...). Quizá fueron estos antecedentes vitales los que lo empujaron a esforzarse para volverse sumamente hábil en la solución de problemas.

Erickson impulsó una nueva forma de aplicar la hipnosis y la psicoterapia. Promovió la flexibilidad del terapeuta para formular hipótesis y actuar terapéuticamente, la orientación hacia las soluciones y fuerzas que existían en la persona en el presente, o que podían desarrollarse y utilizarse en el futuro, en lugar de buscar las causas y suponer que hallándolas los problemas se resuelven. No postuló ninguna teoría explícita de la personalidad porque, desde su punto de vista, dicha teoría limitaría la psicoterapia y haría que los profesionales actuaran con mayor rigidez intentando encasillar a las personas dentro de un protocolo.

“Cada persona es un individuo. Por lo tanto, la psicoterapia debería formularse para hacer frente a la singularidad de las necesidades del individuo, y no recortar a la persona para que se adecue al lecho de Procusto de una teoría hipotética de la conducta humana” (Erickson, 1979).

Para Erickson cada persona posee características únicas e irrepetibles en su interacción consigo mismo, con los demás y con el mundo. Por eso, cada caso siempre supone algo original y el terapeuta debe adaptarse al lenguaje y lógica del paciente.

### Aportaciones

- ✓ Unidad de la persona: **cada terapia tiene que ser original.**
- ✓ Idea revolucionaria: el terapeuta debe de **sintonizarse con el paciente** y no viceversa.
- ✓ La terapia debe de estar orientada a la **solución del problema y en el menor tiempo posible.**
- ✓ La importancia de **actuar-intervenir** (ayudar a la persona en el hacer, y después a reflexionar).
- ✓ La intervención **en el aquí y ahora** (focus sobre el presente, no sobre el pasado).
- ✓ Uso del **lenguaje inyuntivo y persuasivo.**
- ✓ Las mismas maniobras, comunicadas a **personas diferentes, tienen que ser comunicadas de forma diferente.**
- ✓ Primer terapeuta que utilizó **prescripciones de comportamiento** para sus pacientes: ejercicios y cosas a hacer entre un encuentro y otro; la acción se convierte en el elemento principal para producir una experiencia emocional correctiva.

**Conceptos básicos: Sistema Perceptivo-Reactivo y Soluciones Intentadas**

El sistema perceptivo-reactivo y las soluciones intentadas son los dos constructos operativos principales de la Terapia Breve Estratégica.

El **sistema perceptivo-reactivo** (SPR) es la modalidad con la cual la persona percibe la realidad, sobre sí mismo, los demás y el mundo, y reacciona frente a esa realidad. Las estrategias de reacción a lo que la persona percibe pueden ser funcionales o disfuncionales.

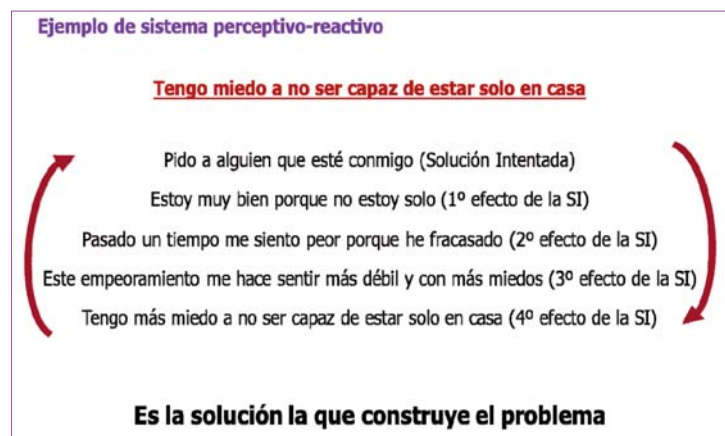
Como se ha señalado anteriormente, la realidad, desde la óptica del constructivismo radical, es una construcción hasta cierto punto “inventada” por quien la observa, o como sostenía Paul Watzlawick, la realidad no es más que lo que hacemos de ella. Y en este punto, es importante señalar una distinción clave respecto al concepto realidad. Paul Watzlawick, constructivista radical distinguía entre realidad de primer orden y realidad de segundo orden.

**Realidad de primer orden:** realidad objetiva (percibida a través de los sentidos). Se refiere a las propiedades físicas y objetivamente constatable de las cosas (p. ej., vaso de cristal con agua hasta la mitad de su capacidad).

**Realidad de segundo orden:** realidad subjetiva. El significado que el observador atribuye a las cosas percibidas, o sea, a la realidad de primer orden (p. ej., para los “optimistas”, un vaso medio lleno; para los “pesimistas”, un vaso medio vacío. Vaso medio lleno o medio vacío depende exclusivamente de la atribución que hace el observador a la realidad de primer orden).

Para el enfoque estratégico, los trastornos psíquicos son resultado de la percepción sobre la realidad que la persona tiene; es decir, el punto de vista propio hace que construya una realidad con un significado (realidad de segundo orden) ante la que reacciona de manera disfuncional. Podemos decir por tanto, que en la gran mayoría de los casos, los problemas no están relacionados con las propiedades de los objetos o situaciones (realidad de primer orden) sino con el significado, sentido y valor que hemos atribuido a estos objetos o situaciones (realidad de segundo orden).

La redundancia de **la red de retroalimentación perceptiva y reactiva disfuncional, respecto a la realidad de segundo orden, da lugar a sistemas perceptivo-reactivos rígidos y disfuncionales.**



En el Sistema Perceptivo-Reactivo se manifiestan las Soluciones Intentadas para afrontar la realidad.

Las **Soluciones Intentadas** (SI) son las reacciones y comportamientos para afrontar los problemas que complican, no resuelven, y se convierten en un modo disfuncional en la interacción con la realidad. En otras palabras, la estrategia de reacción que la persona cree que es la mejor para afrontar una determinada situación percibida pero que resulta disfuncional.

A los científicos de la “Escuela de Palo Alto”, fruto de sus investigaciones debemos el mérito del constructo “soluciones intentadas”, o, como ellos llamaban, “Intentos de Solución”: **todas las soluciones intentadas fallidas que contribuyen al mantenimiento de los problemas humanos.**

Este constructo ha supuesto, no solo un nuevo enfoque de problem solving de gran valor teórico y operativo, sino un elemento clave para resolución de problemas humanos, al ser un importantísimo reductor de complejidad: la indagación de las SI se utiliza para decidir la intervención. También el epistemólogo Karl Popper (1974) refiere que en el proceso de la investigación científica, una de las fases que conducen a los descubrimientos es estudiar todos los intentos de solución. Investigar todo lo que no ha tenido éxito nos permite centrarnos en la dinámica concreta que mantiene un problema o que, por el contrario, lo puede cambiar. Por tanto, una fase esencial del enfoque estratégico reside

en detectar lo que la persona o las personas implicadas han puesto en marcha para resolver el problema y no ha funcionado, ya que son la raíz del mantenimiento del propio problema. A menudo, es suficiente interrumpir las soluciones intentadas disfuncionales para que se produzca un cambio espontáneo en el problema.

Existen diferentes formas mediante las cuales nosotros construimos las trampas en las que caemos y después no podemos salir solos. La trampa del “más de lo mismo”, así bautizada por Paul Watzlawick, se materializa en las soluciones intentadas disfuncionales que ponemos en práctica de una forma repetitiva, y muchas veces insistente, en determinadas situaciones:

- 1.- porque no nos damos cuenta de ello,
- 2.- porque no se nos ocurre otra forma de reaccionar ante esas situaciones o,
- 3.- porque se trata de soluciones que han sido eficaces en situaciones similares anteriores.

Cuando nos encontramos ante una dificultad —sea personal, relacional o profesional—, habitualmente la primera cosa que se nos ocurre hacer para resolverla es utilizar una estrategia que nos parece eficaz, a menudo porque ha funcionado en el pasado para una dificultad similar. Si la estrategia elegida funciona, la dificultad se resuelve pronto. Ocurre a veces que nuestra estrategia no funciona como habíamos esperado y esto nos lleva a intensificar nuestros esfuerzos en esa dirección, ya que la solución puesta en marcha nos sigue pareciendo todavía la más lógica, la más obvia, o la única posible. Pero cuanto más aplicamos esta estrategia, la dificultad inicial no sólo no se resuelve, sino que tiende a complicarse, transformándose entonces en un verdadero problema. En estos casos son los mismos esfuerzos que la persona lleva a cabo en la dirección del cambio los que mantienen la situación invariable; es decir, las soluciones intentadas llevadas a cabo por la persona y/o las personas de su entorno para intentar resolver el problema acaban alimentándolo ocasionando así su persistencia. En ocasiones los intentos de solución son reconocidos por la propia persona como no funcionales, pero, a pesar de ello, no consigue hacer otra cosa, desarrollando así una profunda desconfianza en la posibilidad de un cambio en la situación problemática. Desde un punto de vista estratégico, para cambiar una situación problemática es necesario trabajar sobre cómo esta situación disfuncional se mantiene en el presente, debido a la reiterada repetición de las soluciones intentadas puestas en práctica.

- ❑ Si la solución intentada funciona, no surge el problema.
  - ❑ Si la solución intentada no funciona y se reitera, la misma se convierte en el problema.
- La intervención estratégica tiene como objetivo cambiar el sistema perceptivo-reactivo disfuncional que se mantiene vivo por los intentos de solución disfuncionales puestos en práctica para resolver el problema.

### Lógica ordinaria y lógica no ordinaria

La lógica es el método a través del cual el hombre aplica sus conocimientos, resuelve problemas, alcanza objetivos..., es el puente entre la teoría y la aplicación. La lógica permite construir el nivel aplicativo. El enfoque estratégico trabaja en el nivel lógico.

**La lógica tradicional, clásica u ordinaria** se basa en la lógica aristotélica: la realidad se puede dividir en verdadero o falso y tercero excluido, principio de no contradicción, principio de coherencia y principio de congruencia. Hoy en día se puede encontrar como la base de toda la lógica que sostiene la mayoría de modelos aplicativos. Es la lógica que ha guiado al hombre durante dos mil años y le ha ayudado a construir “verdades” cuando son lineales, que tienen una causa y un efecto, que pueden ser medidas. Sin embargo, ha naufragado siempre cuando ha tenido que ocuparse de fenómenos circulares, como por ejemplo las relaciones entre individuos, la relación entre mente y mente, la relación entre el individuo y la sociedad, porque en estos casos no existe una causa y un efecto único, no existe una evolución lineal del pasado al futuro. Existe una evolución circular, en las que el efecto se convierte en causa, la causa en efecto y se van retroalimentando estableciéndose una espiral evolutiva. Los sistemas de interacción humana son circulares, no hay comienzo ni fin, sino que son sistemas que se retroalimentan. Este fenómeno requiere una lógica diferente las tradicionales lineales.

**La lógica no ordinaria o paraconsistente** es una lógica tolerante a la inconsistencia y su principal objetivo es reconocer las contradicciones, las ambivalencias y trabajar con ellas. Esta lógica no tradicional, complementa la lógica tradicional. El modelo estratégico evolucionado supera la dicotomía entre verdadero-falso y tercero excluido, porque parte del presupuesto de que, en la relación con nosotros mismos, con los demás y con el mundo, la ambivalencia es la re-

gla y no la excepción. Una cosa puede ser verdadera y falsa al mismo tiempo, la contradicción es algo que se observa constantemente en el ser humano, así como la incongruencia, la incoherencia. Todos somos constantemente ambivalentes con nosotros mismos y con los demás. ¿Cuántas veces decimos, debería hacer esto y después lo hacemos de otra manera?, ¿cuántas veces ponemos el logos por delante del pathos y frecuentemente vence el pathos?, ¿cuántas veces pensamos que frente a determinada persona debería reaccionar así y después reaccionamos de otra manera? Estas son pruebas empíricas de nuestra propia ambivalencia, de nuestra capacidad continua de construir autoengaños. Vemos en la realidad lo que queremos ver de la realidad y no lo que es. Como decía William James, el ser humano está siempre proclive a buscar orden en la realidad sólo para sentirse seguro. La ilusión de que hay orden le hace sentir seguridad.

Si analizamos la mayoría de las patologías o realidades disfuncionales, vemos que funcionan sobre criterios no ordinarios. P. ej. el paranoico que ha de defenderse, que tiene miedo porque ha recibido amenazas, utiliza aparentemente una lógica ordinaria, pero su percepción es que cualquiera puede ser su agresor, por lo que comienza a tomar toda una serie de medidas para evitar ser víctima de un “atentado” (p. ej, vigilar si alguien le sigue, tomar medidas de seguridad en casa, evitar salir por zonas oscuras...). Entra en otro nivel lógico: una obsesión fóbica se transforma en una creencia que construye una realidad percibida que conduce a la reacción patológica. Para intervenir eficazmente es necesario utilizar la misma lógica: lógica no ordinaria.

Por tanto, respecto a los fenómenos que tienen que ver con el ser humano, su realidad, sus problemas, no nos podemos referir a una lógica tradicional, debemos contemplar el autoengaño, la ambivalencia, las creencias, las paradojas, contradicciones.

- ✓ **Paradoja:** es una contradicción en la cual los factores contradictorios se expresan en simultáneo Digo/Hago dos cosas al mismo tiempo. En un acto de comunicación hay un mensaje ambivalente. Contemporaneidad de verdad y falso. Ej. Obsesivo: intenta no pensar en su obsesión y cuanto más intenta no pensar, más piensa.
- ✓ **Contradicción:** es una ambivalencia expresada en sucesión. Digo/Hago dos cosas en una secuencia temporal. Hay un antes y un después. Ej. Fóbico: evita afrontar las situaciones que le dan miedo, y en el momento se encuentra mejor porque no ha tenido que enfrentarse a ellas, pero luego empeora porque nuevamente no ha sido capaz.
- ✓ **Creencia:** Criterio lógico que hace referencia a todo lo que uno puede estructurar como algo que se cree, como algo verdadero. Autoengaño. Distorsiones perceptivas. Profecía que se autocumple. Ej. TOC con rituales preventivos, que pone en marcha bajo la creencia de que haciendo el ritual previene que las cosas vayan mal.

Un modelo estratégico evolucionado, utiliza todos estos criterios lógicos para trabajar en lugar de negarlos, transforma todo lo que ve la lógica tradicional como límites, en recursos en sí mismos. Se utilizan a través de la comunicación, para crear una nueva realidad, y de estratagemas que sigan los mismos criterios lógicos no ordinarios, para que se adapten a la estructura del problema, permitiendo así cambiar la percepción que las personas tienen de su realidad en una dirección estratégica, llevándolas a descubrir qué deben hacer para resolver su problema.

### Formación y persistencia de los problemas

Cuando surge un problema, existe la tendencia a aplicar intervenciones que han tenido éxito en situaciones pasadas. Si estas estrategias no funcionan, en lugar de aplicar otras alternativas, se da la tendencia a aplicar la estrategia inicial con más “vigor”, con la ilusión de que reiterar y hacer más de lo mismo con más “fuerza” y ahínco, será más efectivo. Pero el resultado es que no sólo el problema no se resuelve, sino que se mantiene inmutable e incluso empeora. Podríamos decir que las soluciones intentadas se convierten en el problema.

Desde el punto de vista de la terapia estratégica, es importantísimo hacer una distinción entre dificultad y problema (P. Watzlawick et al, 1992). A nivel léxico, dificultad y problema son dos términos análogos, pero técnicamente son diferentes y da explicación a la causalidad circular que crea y mantiene los problemas: los intentos de solución.

**Dificultad:** estado de malestar, de cosas indeseables, que pueden resolverse por sentido común, sin precisar de capacidades especiales para resolver problemas (p. ej., hace frío, encender la calefacción; o sea, cambio tipo<sup>1</sup>); o bien, situaciones de la vida indeseables pero naturales, comunes, que hay que conllevar, al menos durante un tiempo (p. ej, un despido, el fallecimiento de un ser querido...).

<sup>1</sup> Cambio-1 o cambio de primer orden: un cambio desde dentro del sistema. Es de naturaleza cuantitativa y funciona según el principio de hacer “más de lo mismo”. P. ej. una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro del sueño: correr, esconderse, luchar, gritar, etc. Pero ningún de estos cambios harán finalizar la pesadilla (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

**Problema:** estado de malestar, callejones sin salida, situaciones insolubles, crisis, etc., creados y mantenidos al afrontar mal las dificultades (intentar solucionar, por acción o inacción, equivocadamente, o sea, los intentos de solución).

**¿Cómo se pasa de la dificultad al problema?** (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

“1) Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad: es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.” P. ej., los padres que ven que su hijo adolescente anda muy desmejorado, no come, ojos inyectados de sangre, pupilas muy dilatadas, irritable, somnolencia, malos resultados académicos, absentismo escolar, sisas... y todo eso lo achacan a la adolescencia y no hacen nada.

“2) Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable [...] o bien inexistente: se emprende una acción cuando no se debería emprender.” P. ej., una madre “hiperprotectora” de sus hijos que les resuelve los problemas, les sustituye así que percibe la mínima dificultad, limitando la formación y proceso de su autonomía.

“3) Se comete un error de tipificación lógica y se establece un «juego sin fin» cuando se intenta un Cambio<sup>1</sup> en una situación que tan solo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior [...] o bien, se intenta un Cambio<sup>2</sup> cuando resultaría adecuado un Cambio<sup>1</sup> [...]: la acción es emprendida a un nivel equivocado.” P. ej., Una persona que tiene miedo a hablar en público y no quiere que los demás se den cuenta. El comportamiento adoptado es controlar sus “síntomas” (impedir que la voz y mano tiemble, que la voz sea firme, intentar relajarse, que el corazón vaya a un ritmo normal, etc.). Pero cuanto más intenta ocultar los síntomas del miedo, más se manifiestan. Si conseguimos bloquear las SI, que son las que han formado problema, interrumpimos el círculo vicioso que alimenta el problema, abriendo el camino a un cambio real y alternativo. En este punto, el cambio resulta inevitable: la ruptura del equilibrio disfuncional conduce a establecer otro nuevo basado en nuevas percepciones de la realidad.

---

<sup>2</sup> Cambio-2 o cambio de segundo orden: un cambio que se realiza desde fuera del sistema. Es claramente cualitativo y se “salta” las leyes de la lógica ordinaria. P. ej., Despertar es el único modo de salir de la pesadilla. El despertar no constituye ya parte del sueño, sino que es un cambio a un estado completamente distinto (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

# Ficha 1.

## Desarrollo de la terapia breve estratégica

### El individuo como sistema

De acuerdo con la epistemología sistémico-constructivista expuesta, retomamos algunos conceptos básicos desarrollados por el grupo de Palo Alto (Watzlawick, 1979): no existe una realidad absoluta sino visiones o concepciones subjetivas de la realidad

- ✓ La construcción de cada realidad individual se realiza a través de un intercambio con el medio social y conforma escalas de valores, pautas de interacción, normas, inherentes a cada persona, que constituye una realidad de segundo orden que atribuye significados a la realidad de primer orden (objetiva, con propiedades físicas comprobables).
- ✓ La realidad de segundo orden es consecuencia de la necesidad de imprimir una organización a la confusión.
- ✓ El lenguaje se conforma como un reestructurador de realidades, que son siempre resultado de la comunicación.
- ✓ Cuando el individuo ha construido su orden (su realidad) tiende a percibirlo de manera constante (leyes de la gestalt).
- ✓ La realidad se percibe según la perspectiva que se asume, los instrumentos cognoscitivos que se utilizan, y el lenguaje que se emplea. Todo ello determina su modo de reaccionar sobre la realidad.

El individuo es pues un sistema que interactúa consigo mismo, con los demás o con el mundo, en función de su propio sistema perceptivo-reactivo. De acuerdo con ello son aplicables las leyes que rigen los sistemas (Teoría general de los sistemas, Von Bertalanffy), de las que entresacamos la ley de homeostasis y transformación:

**“Homeostasis y transformación: procesos simultáneos y contrapuestos: el Sistema tiende a la transformación y a la complejificación en su intercambio de información sobre el medio, al tiempo que tiende a mantener un equilibrio interno para asegurar su supervivencia, desarrollando mecanismos de resistencia al cambio.”**

Este principio es especialmente relevante en el desarrollo de cualquier intervención terapéutica porque implica la dinámica que se establece entre el sujeto que demanda ayuda, y por tanto percibe la necesidad de un cambio, y los fenómenos de resistencia que se erigen simultáneamente al percibir el cambio como una amenaza al equilibrio del sistema perceptivo-reactivo.

### Objetivo de la terapia breve estratégica

La intervención estratégica tiene como objetivo modificar la modalidad con la cual la persona ha construido su *realidad de segundo orden*, es decir, **cambiar su sistema perceptivo-reactivo**. En otras palabras, y desde una perspectiva constructivista, se trata de sustituir un autoengaño disfuncional por un autoengaño funcional.

Por otra parte, el individuo tiende a resolver los problemas de acuerdo con su propio SPR, de modo que la solución acaba formando parte del problema. Desde este punto de vista el sistema sigue su propia lógica no ordinaria, de modo que la intervención basada en el método hipotético-deductivo ignora precisamente la circularidad sistémica de los procesos psicológicos. Esto explica que muchos modelos psicoterapéuticos fracasen, ya que, partiendo de una teoría, pretenden que la solución se adapte a esta teoría. En la mayor parte de los casos la teoría se enfoca sobre algún proceso concreto: conductual, cognitivo, emocional, buscando el “porqué”, circunstancia que explica el fracaso de un gran número de intervenciones, ya que ignoran la interacción del proceso que se estudia con el resto de las variables.

### La diagnosis operacional (Nardone, Watzlawick, 1992).

El enfoque estratégico se basa en una rama de la matemática, la lógica estratégica, que contrariamente a la lógica aristotélica, lineal y cartesiana, de tipo hipotético-deductivo, pretende “conocer el problema a través del cambio”. Se trata de llevar a cabo un diagnóstico operativo, en contraposición a los diagnósticos descriptivos característicos de las clasificaciones clásicas de los trastornos mentales, tipo CIE o DSM.

Desde el punto de vista estratégico, una clasificación es un intento de hacer que los pacientes encajen en su teoría de referencia, además de no proporcionar valor operativo sobre cómo funciona el problema o cómo puede ser resuelto. De ahí que cuando definimos un problema, en lugar de realizar un mero diagnóstico “descriptivo/explicativo” que nos da un concepto estático del problema, una fotografía con todas las características esenciales del problema, se rea-

liza un diagnóstico operativo: cómo funciona el problema, cómo el problema se alimenta a sí mismo a través de una red compleja de retroalimentaciones perceptivas y reactivas entre la persona y su realidad personal e interpersonal. Es decir, el enfoque estratégico va más allá de las clasificaciones nosográficas al adoptar un modelo de caracterización de los problemas.

Indagar sobre las diversas soluciones intentadas aplicadas de forma redundante por el sujeto, las estrategias que la persona pone en marcha y no funcionan, permite comprender la estructura y dinámica del problema, cómo el problema persiste y se mantiene. En otras palabras, la investigación sobre las SI nos van a permitir definir el SPR del sujeto y a desarrollar maniobras adaptadas a las características del problema, de modo que el sujeto experimente una percepción diferente de la realidad (experiencia emocional correctiva) que desencadena simultáneamente cambios a nivel emocional, conductual y cognitivo. Por tanto, la intervención irá dirigida a bloquear e interrumpir las SI y sustituirlas por soluciones funcionales.

El diagnóstico operativo consiste en determinar:

- ✓ **CUÁL** es el problema: ¿qué identifica el paciente como problema?, ¿qué pautas de comportamiento se observan?...
- ✓ **DÓNDE**: ¿dónde se presenta?, ¿en qué situaciones o contexto?...
- ✓ **CUÁNDO**: ¿cuándo se presenta?, ¿en qué momento?, ¿hace cuánto tiempo?, ¿con qué frecuencia?...
- ✓ **CÓMO**: ¿cómo se presenta?, ¿de qué forma?, ¿con qué intensidad?...
- ✓ **QUIÉN**: ¿quién está implicado?, ¿a quién afecta?, ¿con quién aparece el problema o se enmascara o no aparece?...
- ✓ **QUÉ**: ¿qué se ha hecho y ha funcionado (o no)?, ¿quién ha hecho algo y con qué resultados?, ¿qué ha producido un empeoramiento?, ¿qué ha funcionado parcialmente o en una situación semejante?...

La diagnosis operacional estratégica

- Un problema necesita de una solución, no de una explicación.
- Para resolver un problema, estudiamos cómo funciona.
- Indagar acerca de las soluciones intentadas, permite comprender la estructura y la dinámica del problema: ¿Qué lo mantiene vivo?
- La intervención está orientada a interrumpir las soluciones intentadas y a sustituirlas por soluciones funcionales.

### Los niveles de intervención estratégica (Nardone, Balbi, 2009)

La terapia estratégica implica tres niveles de actuación que deben ser minuciosamente tenidos en cuenta por el terapeuta:

- 1. Nivel de relación:** Implica la posición que asume el terapeuta para poder dirigir el proceso hacia el objetivo. Algunos pacientes requieren de una posición *one-up* por parte del terapeuta, es decir, de un modo explícitamente directo y asertivo. Otros en cambio de una posición *one-down*, en que el terapeuta aparentemente hace sentir al paciente que es él quien dirige el proceso. O finalmente el terapeuta se sitúa en una posición simétrica con el paciente. Pero en cualquiera de estos casos se trata de una estrategia relacional planificada por el terapeuta sin que el paciente sea consciente de ello, y siempre con el fin de lograr el objetivo propuesto en el tiempo más breve posible, eludiendo la resistencia del paciente
- 2. Nivel de comunicación:** El elemento fundamental del enfoque estratégico es la utilización deliberada y consciente de la **comunicación persuasiva**, vehículo principal para producir cambios y efectos positivos (resolución de problemas o logro de objetivos) en la realidad en la que se está interviniendo. Para ello se utilizan dos tipos de lenguaje:
  - a. Lenguaje descriptivo-indicativo:** explica, describe y transmite informaciones.
  - b. Lenguaje performativo-conminatorio:** persuade y prescribe, guiando al otro para aprender, para actuar y para cambiar.



### Comunicación Estratégica (Nardone, 2012)

- Preguntar antes que afirmar
- Pedir confirmación antes que sentenciar
- Evocar antes que explicar
- Actuar antes que pensar

**3. Estrategia:** El terapeuta selecciona y utiliza las estratagemas adecuadas para conseguir que el paciente cambie su percepción del problema a través de una experiencia emocional correctiva

**Las fases de la terapia estratégica** (Nardone, Watzlawick, 1992)

#### 1. Primera fase: Captura

##### Objetivos:

- ✓ Definición del problema a través de la identificación del sistema perceptivo-reactivo y de las soluciones intentadas.
- ✓ Construir una relación funcional con el paciente mediante una comunicación sugestiva que eluda la resistencia al cambio, y le haga sentir que es el director de su propio tratamiento y el que plantea los objetivos.
- ✓ Identificar la resistencia al cambio.

##### La resistencia al cambio:

Todo sistema perceptivo-reactivo mantiene un equilibrio (homeostasis) que incluye al problema. Es por ello que cualquier intento de cambio representa una amenaza para el sistema (Teoría General de los Sistemas). El modelo de terapia breve estratégica debe vencer la resistencia al cambio propia del sistema perceptivo-reactivo del paciente rígido e incapaz de ser modificado por la razón, ya que las soluciones intentadas por el Sujeto han sido eficaces como alivio inmediato del miedo y se han convertido en reacciones espontáneas e incontroladas. Para ello debe proporcionar al Sujeto experiencias concretas de cambio en la percepción y reacción frente a la realidad concreta.

#### Resistencia al cambio terapéutico

**Tarea principal de la terapia: influir sobre el paciente para que afronte de un modo distinto su problema.**

**El cómo influir depende de la resistencia al cambio: el sujeto puede adoptar distintas formas**

1. Aparentemente Colaborador
2. Quiere colaborar pero No Puede
3. Opositor
4. No Capaz de colaborar ni de oponerse

**1.-Sujeto aparentemente colaborador:** Necesita cambiar, está motivado y aparenta poseer todos los recursos emotivos y racionales para poder cambiar. En este caso el paciente se muestra colaborador, con comunicación fluida y cumple con las prescripciones. Pero debemos estar atentos a lo largo de la terapia. La resistencia es un proceso inherente al cambio, y puede ir transformándose a lo largo del proceso.

✓ **Táctica:** Aceptar la colaboración pero midiéndola poco a poco (tiene que demostrar con hechos que realmente es colaborador).

**2.-Sujeto quiere colaborar pero no puede:** Comprenden que han de cambiar, están motivados, pero no consiguen poner en práctica el cambio debido a fuertes bloqueos emotivo-conductuales.

- ✓ **Táctica:** Maniobras veladas, indirectas y con una gran carga sugestiva, con el objetivo de llevar a la persona al cambio sin que se dé cuenta.
- 3.-**Opositor:** Descalifica, no sigue las indicaciones, se opone. Oposición al terapeuta o al cambio que se está intentando producir.
- ✓ **Táctica:** Prescribir paradójicamente la misma resistencia, creando un doble vínculo:
  - a) la resistencia pasa a ser un cumplimento prescrito.
  - b) se anula la función principal de la resistencia: si el paciente se resiste está cumpliendo la prescripción del terapeuta. Si no obedece, la resistencia desaparece.
- 4.-**Sujeto ni quiere ni puede colaborar:** Rigidez mental tan fuerte que le impide salir de su visión de la realidad y ponerse en juego. Propio de pacientes muy cronificados, o de estructura psicótica
- ✓ **Táctica:** Entrar en su rígida lógica disfuncional e introducir elementos que no la contradigan ni descalifiquen, sino que le orienten hacia nuevas direcciones hasta la completa reestructuración.

## 2. Segunda fase: Desbloqueo

- ✓ Se consigue la primera experiencia emocional correctiva a través de un lenguaje sugestivo.
- ✓ Se aplican las estrategias y se evalúan los efectos para verificar si se están consiguiendo los objetivos, y en su caso corregir la intervención.

## 3. Tercera fase: Consolidación

- ✓ **Objetivo:** consolidar el cambio y trabajar en el nivel de conciencia de la persona sobre cómo se ha producido el cambio; se redefine el cambio.
- ✓ El lenguaje cambia: se transforma en más explicativo-descriptivo.
- ✓ Fase más larga y menos original.

## 4. Cuarta fase: Cierre

- ✓ **Objetivo:** completa asunción de la autonomía del paciente.
- ✓ Énfasis en los recursos del paciente para solucionar el problema.

# Ficha 2.

## Maniobras terapéuticas

Como hemos visto en apartados anteriores, la TBE tiene como objetivo cambiar el SPR del individuo para permitirle aplicar soluciones adecuadas para resolver el problema. Para ello el terapeuta debe controlar los aspectos de relación y de comunicación, pero asimismo debe indicar unas prescripciones que permitan al sujeto experimentar una nueva percepción del problema y una experiencia de cambio a través del cumplimiento de las mismas en el intervalo entre una sesión y la siguiente. Dichas prescripciones se basan en *estratagemas* que se ajustan a la lógica del problema, que no es una lógica ordinaria, sino una lógica de la *ambivalencia*, propia de los procesos psicológicos, basados en una interacción circular.



Las prescripciones se estructuran en forma de tareas que, al ser realizadas, sitúan al sujeto en posición de cambio, acarreamo cambios perceptivos y cognitivos.

Enunciamos a continuación las principales estratagemas que dan lugar a diversas prescripciones (Watzlawick, Nardone, 1992):

**Reestructuración:** Se trata de una técnica fundamental de persuasión. Está dirigida a cambiar la percepción de la realidad del individuo sin cambiar el significado, pero sí la estructura, permitiéndole abrir horizontes al colocarle en un punto de vista diferente. No se trata de interpretar la realidad del paciente, pero sí de cambiar el marco de dicha realidad. Un ejemplo clásico es el del miedo a la ayuda del paciente fóbico. Éste suele pedir ayuda a su entorno para afrontar la situación que le produce pánico (p. ej., espacios cerrados). La reestructuración sería una comunicación de este tipo: *“Sin duda ahora necesitas y no puedes prescindir de la ayuda de los demás. Pero piensa que cuanto más ayuda pides, más inseguro te sientes. Al principio esta ayuda te alivia, pero después te sientes cada vez más incapaz y más necesitado de ayuda.”*

Una comunicación de este tipo desplaza el miedo a una situación concreta: al intento de solución del paciente que se convierte en amenazadora ya que se le induce a percibir cómo él mismo está complicando su problema. Se introduce así una duda que debilita la rigidez de su SPR y abre la puerta a ensayar otras soluciones sin oponer resistencia. Se trata de una estratagema basada en la lógica de la contradicción

**Prescripciones indirectas:** Se prescribe una tarea enmascarando el verdadero objetivo. El paciente es llevado a realizar una acción en la que tiene que centrar toda su atención, de modo que desplaza la atención del síntoma a la preocupación por llevar a cabo la acción prescrita. Un ejemplo clásico es el de pedirle al paciente fóbico una especie de registro de sus sensaciones y pensamientos en el momento en que aparece el miedo para luego presentarlo al terapeuta. El paciente se esfuerza en llevar a cabo la tarea pero extrañamente la sintomatología disminuye ya que se ha desplazado la atención del síntoma a la tarea. En otras ocasiones se prescribe al paciente la realización de una acción ritualizada cuando aparece el miedo. Se trata de una prescripción basada en la lógica de la creencia, ya que el paciente cree que el miedo desaparece si se lleva a cabo el ritual. Y es así, pero porque la atención se ha desplazado en otra dirección.

**Prescripciones paradójicas:** Ante un problema que se presenta como espontáneo e irrefrenable se prescribe el comportamiento sintomático del mismo. El sujeto es llevado a realizar voluntariamente algo que siempre ha percibido como involuntario. Es una técnica básica en los pacientes compulsivos que llevan a cabo rituales: se prescribe la realización del ritual con un número fijo de repeticiones. El sujeto, al percibir que realiza voluntariamente algo percibido como involuntario e irrefrenable, también puede rechazarlo voluntariamente.

Otro ejemplo aplicable fundamentalmente en los ataques de pánico consiste en pedirle al sujeto que invoque a diario, y en un tiempo prefijado, sus peores fantasías sobre la situación ansiógena experimentando el miedo. De modo que el sujeto debe aumentar de forma voluntaria una reacción espontánea que teme. Y comprueba que esta reacción disminuye el resto del día, o desaparece, ya que el sujeto controla la situación, y deja de percibirse como controlado por ella.

**Estrategias de cambio**

- **Reestructuración**  
Recodificación de la percepción de la realidad sin cambiar el significado de las cosas en sí pero sí su estructura (no el valor semántico, pero sí el marco). Se introduce la duda en el sistema lógico del sujeto.
- **Prescripciones de comportamiento**
  1. Directas = indicaciones directas y claras de acciones con vistas a lograr alguno de los objetivos. Útil en personas colaboradoras y con poca resistencia.
  2. Indirectas = enmascaran su verdadero objetivo. Desplazan la atención del síntoma a la tarea, evitan la resistencia al cambio.
  3. Prescripciones paradójicas = se prescribe al sujeto el comportamiento sintomático situándole en la posición paradójica de realizar voluntariamente algo que se percibe como involuntario.
- **Uso de la resistencia**  
Se prescribe para utilizar su energía contra ella misma.

En todos los casos, y después de haber realizado las prescripciones, el terapeuta redefine el resultado y felicita al paciente por el resultado conseguido. De modo que el sujeto experimenta el hecho de que ha podido resolver problemas que le parecían invencibles. Se refuerza así la capacidad personal del paciente para combatir su problema.

**APLICACIÓN EN DIVERSOS SPR (Nardone, 2014)**  
**Sistema perceptivo-reactivo Fóbico**

**Sistema Perceptivo-Reactivo Fóbico**

- Miedo a morir de miedo
- Soluciones intentadas:
  - Evitación
  - Demanda de protección
  - Control que hace perder el control
  - Hablar del problema
  - Todo ello aumenta su sensación de inseguridad y le hace percibir cada vez más peligros y más irremontables

**Maniobras terapéuticas:**

**Peor fantasía**

*“Cuando nos enfrentamos al miedo éste se convierte en coraje. Cuando evitamos el miedo, éste se convierte en pánico”.*

El sujeto debe sumergirse voluntariamente en sus peores imágenes mentales como si evocara un fantasma para luego tocarlo y hacer que se desvanezca.

**Sistema perceptivo-reactivo Obsesivo**

**Sistema Perceptivo-Reactivo Obsesivo**

- Miedo a perder el control y enloquecer
- Tenerlo todo bajo control, que lo conduce a perder el control
- Planificación de acontecimientos futuros para controlarlos
- Someter todo a un razonamiento lógico perfecto
- Soluciones Intentadas:
  - Controlar
  - Hiperracionalizar
  - Evitar pensar

**Maniobras terapéuticas:**

**Pequeño descontrol que haga mantener el control**

El obsesivo debe someterse a pequeños cambios graduales que le permitan cambiar de forma exponencial introduciendo una cuña en la rigidez de su SPR.

**Sistema perceptivo-reactivo Compulsivo**

**Sistema Perceptivo-Reactivo Compulsivo**

- Control tan conseguido que no puede dejar de hacerlo
- Percepción de la realidad basada en una fobia (miedo)
- Rituales propiciatorios, preventivos o reparatorios para reducir el miedo
- Soluciones Intentadas:
  - Evitación
  - Demanda de protección y ayuda
  - Puesta en marcha de actos y pensamientos ritualizados como forma de control
- Con ello no mitigan el miedo sino que lo agravan
- Se refuerzan las creencias irracionales

### Maniobras terapéuticas

#### Prescripción del síntoma con ilusión de alternativas

Se trata de seguir la lógica del paciente que es una lógica irracional según la cual el control funciona. De ahí que eludimos la resistencia al cambio que es muy fuerte en estos casos.

Y se le pide que realice "mejor" el ritual, prescribiendo que lo realice un número programado de veces, ni una más, ni una menos.

## Sistema perceptivo-reactivo Depresión

### Sistema Perceptivo-Reactivo Depresión

- El depresivo **renuncia, se rinde**
- Delega en los demás la responsabilidad de sentirse bien, con el peligro de chantaje emocional
- Contar sus penas o silencio
- Soluciones Intentadas:**
  - Renuncia
  - Hacerse la víctima

### Maniobras terapéuticas

- Técnica del púlpito: Hablar todos los días en un tiempo y horario programado de sus quejas ante sus familiares que deben escucharle, sin contestar
- Conjura del silencio: No hablar del problema por parte de personas del entorno del paciente
- Esplendor de los desastres: Escribir una relación de todas las decepciones y sufrimientos experimentados durante la vida por el paciente, deteniéndose minuciosamente en los sentimientos experimentados, para afrontar el dolor

## BIBLIOGRAFIA

- Alexander, Franz; French, Thomas Morton (1980), *Psychoanalytic therapy: principles and application*, Lincoln: University of Nebraska Press.
- Austin, J. (1982). *Cómo hacer cosas con las palabras*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Bertalanffy, L. v. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fish, R., Weakland, J., & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- Lewin, K. (1988). *La teoría del campo en la ciencia social*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Meireles, P. et al. (2016). *Trabajo en Alta Performance – Pragmática y Problem Solving en la senda de la Escuela de Palo Alto*. Valencia: Tirant Humanidades.

- Nardone, G. Balbi, E. (2009). *Surcar el mar sin que el cielo lo sepa*. Barcelona: Editorial Herder.
- Nardone G., Portelli C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- Nardone, G. (2012). *Corrígeme si me equivoco*. Barcelona: Editorial Herder
- Nardone G. (2014). *Psicotrampas*. Barcelona: Paidós.
- O`Hanlon, W.H. (1993). *Raíces profundas: principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidos Iberica.
- Popper, K. R. (1974): *Conocimiento objetivo*. Madrid: Tecnos.
- Sirigatti, S. et al. (2011) . *El descubrimiento y los hallazgos de la Psicología*. Barcelona: Paidós.
- Von Glaserfeld, E. (1990). *Introducción al constructivismo radical*. En P. Watzlawick y otros, *La realidad inventada* (pp. 20–37). Barcelona: Gedisa.
- Von Glaserfeld, E. (1991). *Constructivism in Education*. En Lewy, A. *The International Encyclopedia of Curriculum*. Oxford: Pergamon Press.
- Watzlawick, P (1979). *¿Es real la realidad?* Barcelona; Editorial Herder
- Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., & Jackson, D. D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Editorial Herder.
- Watzlawick P. et al. (1981). *La Realidad Inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1992). *Cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- Watzlawick P., Nardone G (1993). *El arte del cambio*, 2ª ed. Barcelona: Editorial Herder.
- Watzlawick P, Nardone G. 1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Editorial Herder.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Editorial Herder.
- Zeig, J. and Geary, B. (Eds.) (2000). *The Letters of Milton H. Erickson*. Phoenix: Zeig, Tucker &Theisen.