

ABORDAJE E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN PSICOTERAPIA BREVE CIBERNÉTICO -CONSTRUCTIVISTA.

De la Cruz Gil, Ricardo.

Cita:

De la Cruz Gil, Ricardo (2023). *ABORDAJE E INTERVENCIÓN
TERAPÉUTICA EN PSICOTERAPIA BREVE CIBERNÉTICO
-CONSTRUCTIVISTA*. *Retos de la Ciencia*, 7 (15), 74-86.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ricardo.de.la.cruz.gil/14>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pe4N/q09>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ABORDAJE E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN PSICOTERAPIA BREVE CIBERNÉTICO – CONSTRUCTIVISTA

APPROACH AND THERAPEUTIC INTERVENTION IN BRIEF CYBERNETIC-CONSTRUCTIVIST PSYCHOTHERAPY

Ricardo De La Cruz Gil¹

Recibido: 2023-04-05 / Revisado: 2023-04-22 / Aceptado: 2023-05-15 / Publicado: 2023-07-01

Forma sugerida de citar: De-La-Cruz-Gil, R. (2023). Abordaje e intervención terapéutica en psicoterapia breve cibernético - constructivista. (2023). *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 7(15). 74-86. <https://doi.org/10.53877/rc.7.15.2023070108>

RESUMEN

En el presente artículo se realiza una revisión de las estrategias de abordaje e intervención terapéutica de la psicoterapia breve estratégica de epistemología cibernético constructivista. La psicoterapia breve estratégica ha demostrado gran eficacia y eficiencia en el tratamiento de una gran variedad de trastornos emocionales. Su probada eficacia, así como la corta duración de sus intervenciones trasciende los aspectos clínico terapéuticos y le dan relevancia a nivel de salud pública. Los aportes epistemológicos teóricos y filosóficos del constructivismo y la cibernética, así como la gran influencia del pensamiento de Humberto Maturana imprimen una forma particular de abordar e intervenir terapéuticamente, distinta a otras escuelas psicoterapéuticas. El cuestionamiento de la objetividad y la certeza, el foco en lo interaccional, la autopoiesis, la causalidad circular y la incorporación de la dimensión cognitiva imprimen su influencia en la praxis clínica de la psicoterapia breve. Se describen las pautas para la intervención y abordaje terapéutico.

Palabras clave: psicoterapia, terapia breve estratégica, constructivismo, cibernética.

ABSTRACT

In the present article, a review of the strategies of approach and therapeutic intervention of strategic brief psychotherapy of constructivist cybernetic epistemology is carried out. Strategic brief psychotherapy has shown great efficacy and efficiency in the treatment of a wide variety of emotional disorders. Its proven efficacy, as well as the short duration of its interventions, transcend clinical-therapeutic aspects and give it relevance at the public health level. The theoretical and philosophical epistemological contributions of constructivism and cybernetics, as well as the great influence of Humberto Maturana's thought, print a particular way of approaching and intervening therapeutically, different from other psychotherapeutic schools. The questioning of objectivity and certainty, the focus on the interactional, autopoiesis, circular causality and the incorporation of the cognitive dimension imprint its influence on the clinical

¹ Doctor en Humanidades. Magister en Ciencias. Director Académico. Centro de Psicoterapia Breve Estratégica. Perú. ps.ricardodelacruzgil@gmail.com / <https://orcid.org/0000-0002-8235-1028>

praxis of brief psychotherapy. Guidelines for intervention and therapeutic approach are described.

Keywords: Psychotherapy, Strategic Brief Therapy, Constructivism, Cybernetics.

INTRODUCCIÓN

El siglo pasado, la psicología y las investigaciones psicológicas habían estado enfocadas en comprender la naturaleza de la patología emocional, conductual y psicológica. Nuevas corrientes como la psicología positiva, plantean que, por el contrario, se deberían estudiar a los mejores individuos para conocer más respecto a las estrategias utilizadas para lograr la excelencia y para conocer más sobre la salud y el bienestar humano (Seligman, 2003). En una línea similar, la psicoterapia no fue la excepción y se enfocó durante la mayor parte de su historia a estudiar e intentar eliminar los problemas y la patología emocional de la gente. Centrándose más en los problemas que en las soluciones a los problemas.

Con el surgimiento en la década de los años cincuenta del Mental Research Institute (MRI), en Palo Alto California, se consolida una nueva forma de hacer psicoterapia. Que influye en el resto de modelos de psicoterapéuticos (Nardone, 2000; Nardone, 2004; Fisch y Schlanger, 2012; Bartoli y De la Cruz, 2023). La psicoterapia cambia de foco, deja de centrarse exclusivamente en el problema, en sus características intrapsíquicas, en el pasado, y en la búsqueda de las causas que originaron la patología. Se abre paso una psicoterapia de corta duración, enfocada en la solución, los recursos del consultante, los patrones e interacciones, interesada en el presente y el futuro.

Con la evolución del modelo inicial del Mental Research Institute (MRI), la incorporación de la segunda cibernética y la influencia del constructivismo de Humberto Maturana. Se consolida una nueva forma de psicoterapia breve, cuyas bases epistemológicas se sustentan en la cibernética y en el constructivismo. Que además tiene una característica incorpora no solo la dimensión relacional, sino también la dimensión cognitiva.

Desde su posición epistemológica, no es posible una objetividad absoluta, ni existe una sola realidad y un solo universo (De la Cruz Gil, 2021a). Solo es posible conocer una parte de la realidad en su interacción directa (Varela, 1990; Maturana, 1998; Von Foerster, 1991; Nardone, 2008). Incorpora el multiverso, desde esta perspectiva el observador es el constructor del universo. Existiendo una diversidad de universos como observadores existen (Maturana, 1993). Desde esta mirada cada consultante construye su modelo particular del mundo. Cada consultante es único y requiere de una intervención específica alineada a su cosmovisión del mundo (De la Cruz Gil, 2021a). Por ello, la psicoterapia breve cibernético constructivista, no responde a una teoría normativa que pretenda brindar a priori la información sobre la realidad, o sobre el trastorno. Solo es posible tener conocimiento de la realidad del consultante, en su interacción con este. Aquí marca distancia con el modelo original del MRI, sobre todo con el modelo sistémico de la terapia familiar.

A nivel de causalidad, utiliza la causalidad final, la causalidad descendente y la causalidad circular. Con el foco en el presente y en el futuro. Deja de prestar atención al pasado, no busca las causas del problema. Por lo tanto, deja la causalidad eficiente. Bajo una causalidad final, permite construir una nueva realidad, generando una expectativa de cambio y sanación desde el futuro (De la Cruz Gil, 2022). Con gran respeto por el consultante, su sistema de creencias, su cosmovisión y modelo del mundo. Centrándose en los recursos del consultante, se analiza cómo funciona y se mantiene el síntoma en el presente y co-construyen con el consultante un futuro distinto. Analizando las excepciones al problema, las circunstancias en las que el consultante de forma natural no presenta el problema o no manifiesta el comportamiento sintomático. Desde una perspectiva de cooperación entre el consultante y el terapeuta, se asume que cada consultante tiene todos los recursos para resolver el problema, se asume también que el consultante desea y quiere cambiar. De esta manera ambos co-construyen un futuro libre del problema, utilizando todos los recursos del consultante y su cosmovisión del mundo para generar el cambio. Desarrollando, amplificando y fortaleciendo, los recursos del consultante, las soluciones, las excepciones y sus patrones

recursivos, cognitivos e interaccionales. La psicoterapia breve no se centra en la cerradura y su naturaleza sino en la llave que abre la puerta (Nardone, 2010).

Terapeuta y consultante crean una nueva realidad, transformando la estructura de la realidad clínica, por una nueva estructura que le permite una nueva realidad más funcional. Cambiando la epistemología del consultante. La psicoterapia desde esta perspectiva es un proceso de cambio conjunto. Un encuentro interaccional donde terapeuta y consultante danzan juntos en el encuentro conversacional. Tanto el terapeuta como el consultante se transforman juntos como resultado del encuentro interaccional sinérgico. Se convierte en una nueva totalidad, un nuevo sistema, superior a ambos en lo individual. El cambio por lo tanto es un proceso emergente, producto de la sinergia generada entre ambos. El consultante cambia y aprende en compañía del terapeuta. El cambio y el aprendizaje surgen como un proceso recursivo y sinérgico del encuentro entre terapeuta y consultante. Se trata de un cambio en las conversaciones, las percepciones y las emociones.

La psicoterapia se constituye en un encuentro en la aceptación y legitimación del otro como legítimo otro en la convivencia del encuentro terapéutico. El terapeuta respeta, acepta y legitima al otro, respetando su modelo del mundo, entendiéndolo, comprendiéndolo y acogiéndolo como ser humano, único y singular. Con una cosmovisión propia y un particular modelo del mundo. De esta manera el espacio psicoterapéutico se constituye en un espacio de encuentro humano fundado en el amor, el amor entendido desde la perspectiva biológica de Maturana (Maturana, 2019). Desde esta perspectiva a través del emocionar de las conversaciones sustentadas en el amor del encuentro terapéutico se posibilita lograr el equilibrio y bienestar emocional. El amor facilita ese encuentro de legitimación y respeto por el otro (Maturana, 1994). La psicoterapia por lo tanto es un proceso de transformación humana que se hace posible gracias a la convivencia de la aceptación del otro como legítimo otro, en el respeto y en el amor.

DESARROLLO

Abordaje e intervención

En la psicoterapia breve cibernético constructivista el proceso de intervención terapéutica sigue las siguientes etapas o fases:

1. Generar contexto
2. Diagnóstico operativo
3. Diseño y plan terapéutico
4. Ejecución
 - a. Eliminar el patrón del comportamiento sintomático
 - b. Construir nuevo patrón. Desarrollo de soluciones.
 - c. Mantener y consolidar el cambio
 - d. Desarrollo y consolidación de la autonomía
5. Evaluación
6. Cierre

Desarrollaremos a continuación cada una de estas etapas.

1.1. Generación de contexto

Es la primera fase del proceso terapéutico, es una fase muy importante ya que involucra poner las bases y cimientos sobre los que se consolidará todo el proceso de abordaje e intervención. Involucra crear la alianza terapéutica entre el terapeuta y su consultante. Implica también crear las condiciones para legitimar y validar al otro. Permitiendo conocer la cosmovisión y modelo del mundo del consultante. El terapeuta transmite a nivel verbal y no verbal, a través de la prosodia, su tono de voz, el movimiento corporal, sus gestos, su mirada. Comunica seguridad, confianza, escucha, atención, interés, comprensión, acogida. Watzlawick, recalca la enorme importancia de hablar el lenguaje del paciente (Watzlawick,

2007; Watzlawick, 2012). Debe empezar a seguir el ritmo y tiempo del consultante, armonizando, danzando a su mismo ritmo, en sintonía y con mucho rapport. Que le permitan empezar a conocer la cosmovisión y el modelo del mundo del consultante. Hablando el mismo lenguaje que su consultante y construyendo una relación intensa y llena de emoción (Nardone, 2013; Nardone y Milanese, 2019; Nardone, 2020b; Nardone, 2021). Co- construye con el consultante una comunicación terapéutica que metacomunique el reconocimiento, la validación y legitimación del otro en la relación. Basado en el respeto de su modelo del mundo, de su diversidad y de su dolor. Generando un encuentro amoroso en términos de Maturana (Maturana, 1998). Es muy importante para el éxito de la terapia fortalecer la relación terapéutica, ya que todo el proceso se construye sobre estas bases, sustentados en la empatía y la compasión (Nardone, 2008; Nardone, 2014; Nardone, 2021). Estos cimientos del proceso terapéutico que se construyen en el fluir de las primeras interacciones, se deben de mantener a lo largo de toda la terapia hasta su conclusión.

1.1.1. Exploración y fase social:

El proceso terapéutico en la primera sesión puede iniciar con una breve fase social y luego podemos darle un tiempo al consultante para que nos detalle mayor información sobre el motivo de consulta. Algunos consultantes empezarán comentando respecto a cómo inició el síntoma, algunos datos de su historia personal, etc. Dependiendo del caso podemos dejar el espacio para que nos narre su historia, las emociones asociadas y aprovechar ese espacio en cimentar la relación, identificar la cosmovisión e ir conociendo más al consultante (De la Cruz, 2003). Respetando al consultante y su modo de relacionamiento, este espacio puede durar desde unos pocos minutos o extenderse un poco más. Es importante la flexibilidad del terapeuta de adecuarse a las necesidades del consultante. Sin perder el foco de la terapia ni en sus objetivos.

1.1.2. Motivo de consulta:

Es importante identificar el motivo que llevó al consultante a terapia. Los motivos pueden variar y ser diversos. Pueden involucrar desde situaciones emocionales que ya no podía manejar, hasta verse obligado a buscar terapia presionado por los padres o la pareja. Sin embargo, es de suma importancia identificar el problema a trabajar, este muchas veces puede estar relacionado con el motivo de consulta, pero no siempre es así (De la Cruz, 2008, De la Cruz, 2013). Por lo tanto, hay una distinción entre el motivo de consulta y la identificación del problema o la queja a resolver. No siempre son lo mismo.

1.1.3. Identificación del problema

Identificar adecuadamente el problema tiene una gran importancia ya que nos permite delimitar un posible camino para su resolución. Nos permite tener un foco. También nos ayuda a identificar aquello que el consultante espera se pueda resolver en terapia. En este punto, puede que el consultante refiera varios “problemas” y no solo uno. Ante lo cual podemos solicitar que identifique con qué problema podemos empezar. El terapeuta puede ayudar al consultante a priorizar sus quejas o problemas. Es importante para el modelo tener claridad sobre aquello con lo que vamos a trabajar. Siempre es mejor empezar focalizándonos sobre un tema específico. Es posible que los otros “problemas” se encuentren relacionados y por lo tanto, como generalmente ocurre, al cambiar el problema principal, por efectos de las leyes sistémicas, se modifica la estructura y tiene impacto en el resto del sistema (Von Bertalanffy, 1989). De esta manera existe un efecto dominó que resuelve los otros problemas sin necesidad de que el terapeuta tenga que haber intervenido directamente en su resolución. En caso no sea así, una vez resuelto el problema principal, se puede acordar con el consultante, tratar los siguientes problemas, siempre uno a la vez.

A nivel de comunicación terapéutica podemos mencionarle al consultante alguno de estos mensajes:

“¿Cuál de todos estos problemas que me ha comentado tiene mayor importancia para Usted?”

“¿Con cuál de todos estos problemas desea empezar a trabajar?”

“¿Cuál consideras que es el principal problema/tema que deseas empezar a trabajar en estas sesiones?”

El camino que seguirá el proceso terapéutico se activa a partir de la adecuada delimitación del problema a resolver. Por ello es muy importante identificarlo adecuadamente y además poner el foco en su correcta delimitación. Las otras fases del proceso se alinean y responden a una adecuada identificación del problema a resolver. De no hacerlo el proceso terapéutico no tendrá una buena dirección.

1.1.4. Definir la meta terapéutica a lograr

Es importante para el proceso terapéutico que se identifique la meta terapéutica a lograr. Sin una meta identificada, la terapia no tiene dirección. Esta meta permite tener un norte, que facilitará darle dirección al proceso terapéutico. La meta influye en la dirección que tomará el proceso terapéutico. Así como en la elaboración del diseño y el plan terapéutico.

Ambos terapeuta y consultante definen la meta a lograr. Establecen un acuerdo respecto a cuál es la finalidad de la terapia. Esto permite incrementar la cooperación del consultante respecto al proceso. Al establecer la meta, el proceso terapéutico empieza a centrarse en la solución a lograr. Deja de focalizarse en las causas del problema, para poner atención en la meta. Ayuda además a comenzar la terapia con el final en la mente, es decir con el destino que se quiere alcanzar (Nardone, 2010; Nardone, 2020a). El terapeuta al facilitar el proceso y permitir que el consultante defina la meta, lo invita a participar y a co- construir el proceso. Cuando el consultante define su meta como por ejemplo “sentirme tranquilo” o “estar en paz conmigo misma”, se genera un cambio importante, el proceso deja de centrarse en la patología y en el diagnóstico a resolver. Ejemplo la “depresión”, “la ansiedad” para poner foco en la meta. Restamos fuerza al trastorno, despatologizamos el proceso terapéutico. La terapia deja de enfocarse en el trastorno y sus características para poner foco en el estado positivo de bienestar, equilibrio y salud.

Terapeuta y consultante al enfocarse en la meta, establecen una visión conjunta de la solución, de todo aquello que quieren lograr. Están imaginándose un escenario más allá del problema (Nardone, 2013). Empiezan a explorar de esta manera la solución. La meta deja de ser solo del consultante, para también involucrar al terapeuta. Es una meta de los dos. Representa una visión conjunta del futuro.

1.1.5. Características de la meta terapéutica

- Deben ser específicas y precisas
- Deben de ser realistas y alcanzables
- Formulados en positivo, enunciados en términos de comportamientos observables
- Formulados en el tiempo, es decir debe tener fecha de ejecución
- Debe estar identificada la conducta o resultado a lograr

Preguntas que puede realizar el terapeuta

- ¿Qué quiere lograr?
- ¿Cómo sabrá que lo ha logrado?
- ¿Qué sucederá en los otros ámbitos de su vida cuando el problema ya no lo aqueje?
- ¿Qué es lo que espera que suceda en su vida cuando hayamos tenido éxito?
- ¿Qué verá, escuchará y sentirá cuando haya logrado su meta?
- ¿Cómo se darán cuenta los otros que Usted ha cambiado? ¿Cómo lo sabrá Usted?

Se incorporan también indicadores al proceso terapéutico, es importante establecer indicadores de medición, que permitan conocer los avances que se van teniendo con la terapia. Establecer una unidad de medida, la meta será nuestro 100% a lograr. Se debe establecer e identificar en cada sesión el nivel de avance que va teniendo el consultante respecto a ese 100%. Así mismo terapeuta y consultante establecen un primer paso, un pequeño cambio, un pequeño obstáculo a vencer o un escalón a subir dentro de todo ese proceso, esto los llevará en la dirección acordada. También ayudará a cimentar la confianza del consultante en el proceso terapéutico. El mensaje que podemos darle puede ser el siguiente:

“Si pudiéramos definir un primer objetivo, un objetivo pequeño a lograr ¿Cuál sería?”

“Teniendo en cuenta que este es nuestro 100% ¿Cuál sería un primer pequeño objetivo que podríamos lograr alcanzar?”

Terapeuta y consultante al incorporar los indicadores, permiten identificar el avance del proceso, comunica progreso y brinda confianza de que se están logrando resultados. Pequeños objetivos se pueden ir alcanzando sesión tras sesión y ser fácilmente medibles por el terapeuta y consultante.

1.1.6. Información del proceso y establecimiento de acuerdos

El terapeuta informa sobre el procedimiento a seguir, la duración de la terapia, la frecuencia de las sesiones y resalta la importancia de la realización de las tareas que se dejen en las sesiones.

Mensaje:

“Juan Carlos, estamos acordando que vamos a trabajar (indicar la meta a lograr), tendremos diez sesiones en promedio para trabajar juntos, las sesiones serán una vez a la semana y algunas veces cada quince días, dependiendo de los avances que vayamos teniendo. Las sesiones tendrán una duración de una hora, durante las sesiones realizaremos algunos ejercicios, al finalizar cada sesión te dejaremos algunas tareas, es muy importante que realices las tareas, necesitamos tu compromiso para el éxito de todo el proceso y de tu tratamiento.”

Establecer un espacio para absolver preguntas y/o dudas que tenga el consultante.

Al empezar con la intervención puede que algunas variables y dimensiones del problema principal no se hayan explorado o no sean del todo claras. Es posible que en la primera sesión el terapeuta no haya podido realizar todo el diagnóstico operativo y le falte completar algunos pasos. Cada consultante es único, así como sus particulares dinámicos relacionales. Puede que no tengamos todas las condiciones ideales para iniciar con la terapia. Sin embargo, el proceso terapéutico puede empezar incluso en esas circunstancias. Siempre que se tenga en cuenta retomar el rumbo y seguir con el protocolo. La flexibilidad del terapeuta y del proceso aquí son muy importantes. La psicoterapia es un arte, en el que el artista se moldea junto con su objeto de estudio.

1.2. Diagnóstico operativo:

En el modelo de psicoterapia breve, cibernético constructivista, no se realiza un diagnóstico tradicional basado en la descripción de síntomas y signos. Se busca conocer cómo funciona el problema, se centra en identificar los patrones de la estructura del síntoma, las excepciones, la cosmovisión del consultante y la identificación de los recursos y capacidades.

El comportamiento sintomático presenta una estructura. Dicha estructura son los patrones cognitivos e interaccionales que a través del tiempo han constituido la estructura del síntoma y lo mantienen. Se identifican los patrones cognitivos e interaccionales con la finalidad de posteriormente modificarlos. Los patrones son:

Patrones cognitivos: El comportamiento sintomático presenta un conjunto de patrones cognitivos constituido por los pensamientos, percepciones, imágenes visuales, sensaciones y emociones relacionados al problema.

Patrones interaccionales: Son los patrones de comunicación y comportamiento que se han establecido a lo largo del tiempo. Dichos patrones siguen una compleja red conversacional recursiva. Una súper carretera por la cual transitan las interacciones comunicacionales y comportamentales del consultante con otros miembros del sistema y que mantienen el problema.

En el diagnóstico operativo se analizan toda la ecología del síntoma. Constituida por otras dimensiones que se encuentran relacionadas directa o indirectamente al mantenimiento y reproducción del síntoma o permiten su resolución. En ese sentido se incorporan también las soluciones que el consultante ha buscado implementar para solucionar el problema. Teniendo en cuenta que las soluciones fallidas mantienen el problema y lo alimentan (Watzlawick, et al., 1991; Nardone y Watzlawick, 2018). Es importante identificarlas para evitar que se siga reproduciendo el ciclo recursivo que alimenta el problema. Se analizan también las excepciones al problema, las situaciones, circunstancias y momentos en los que el problema o el comportamiento sintomático no se encuentran presentes. Así mismo se identifica los recursos con los que cuenta el consultante y que pueden ser útiles para la resolución del tema a trabajar.

1.2.1. Identificación de los patrones relacionados al síntoma:

La estructura presenta ciertas dimensiones que nos permiten identificarla (Ver figura 1). El terapeuta por lo tanto debe poner foco en la correcta identificación de la estructura del síntoma:

1. Identificar la frecuencia del síntoma.
2. Identificar los días de aparición del síntoma (día, semana, mes, año).
3. Identificar la duración e intensidad del síntoma.
4. Identificar el contexto de aparición del síntoma.
5. Identificar la secuencia (orden) del síntoma.
6. Identificar los intentos de solución
7. Identificar las excepciones

Figura 2.

Dimensiones de la estructura del comportamiento sintomático



Para identificar los patrones que constituyen la estructura del síntoma el terapeuta realiza las siguientes preguntas:

¿Cuándo se produce? En qué momentos específicos el comportamiento sintomático se presenta. Por las mañanas, el fin de semana, en las noches, etc.

¿Con que frecuencia? Dos veces por semana, todos los días, tres veces al día.

¿Dónde? Hace referencia al contexto, todo comportamiento se da en un contexto, es importante identificar en qué contexto se da. El dormitorio, el salón de clases, la oficina del jefe, el salón de juntas, el comedor, la sala.

¿Con quién? ¿Quiénes participan? ¿El comportamiento sintomático involucra a otras personas? Identificar el aspecto interaccional del comportamiento sintomático a trabajar. Las personas que están involucradas cada vez que el síntoma se presenta.

¿Cuál es la secuencia interaccional? ¿Qué hacen?, ¿Cómo se comportan? ¿Qué dicen?

¿Qué intensidad tiene? Medimos la intensidad del problema. Ahí se utiliza el ISE (Indicador subjetivo de estrés): Mide el grado de percepción de estrés, malestar o conflicto que el consultante manifiesta respecto al problema, conducta sintomática, la meta, tarea, acción o situación relacionada que le genera conflicto. La medimos de 0: inexistencia del malestar o conflicto a 10: grado máximo de conflicto, estrés o malestar. A nivel psicoterapéutico se convierte en un indicador que también nos permite evaluar la efectividad del proceso terapéutico.

Identificar las excepciones. ¿En qué circunstancias no se presenta el comportamiento sintomático?, momentos, lugares, contextos, personas, circunstancias en las que no se presenta? Identificar las excepciones posibilita gestionarlas. El terapeuta puede buscar reproducirlas y fomentar que se produzcan más y por más tiempo.

1.2.2. Soluciones intentadas

Evaluación de las soluciones intentadas: el terapeuta analiza y evalúa en conjunto con el consultante, todos los intentos de solución que ha realizado para tratar de resolver el problema. Aquí el terapeuta y consultante evalúan juntos aquellas soluciones que han funcionado y las que han resultado ineficaces. Una vez identificadas buscamos que realice más de aquellas soluciones que han funcionado. Evaluamos si hay circunstancias que impidan que esta solución no se realice frecuentemente. Se las podemos prescribir para que continúe con aquello que funciona. Identificamos también aquellas que no han funcionado. Una vez identificadas intervenimos solicitando que el consultante deje de realizarlas y haga algo diferente.

1.3. Diseño y plan terapéutico

Una vez conocida la estructura y el funcionamiento del comportamiento sintomático. Definida la meta a lograr, así como los recursos y cosmovisión del consultante. Se procede a realizar y establecer el diseño y el plan terapéutico. El terapeuta se convierte en un sastre especializado que, en base a las medidas y preferencias de su consultante, co- construye junto con él, el nuevo traje que reemplazará al anterior. Tomando en cuenta en todo momento, sus gustos, preferencias respecto al color, la forma y el modelo. Una co- construcción conjunta. Que se basa en la cooperación. En base a toda la información, el terapeuta selecciona las técnicas y estrategias más idóneas y las que considera se adaptan mejor a las características del problema a trabajar y la meta a lograr. Es decir, en esta etapa el terapeuta realiza el diseño del “traje a la medida” del consultante.

El plan terapéutico tiene objetivos, que plantea el terapeuta, alineados a la mirada conjunta que tiene con el consultante. Los objetivos terapéuticos ayudan a precisar y describir lo que se espera del proceso terapéutico. Representan el resultado a lograr desde la mirada especializada del terapeuta. Evidencia la estrategia que seguirá el terapeuta para abordar el caso. Conjuga la meta, el diagnóstico operativo, el diseño y el plan terapéutico.

1.3.1. Objetivos del plan terapéutico

Involucran dos áreas: la relacionada a la disminución o eliminación del trastorno sintomático y la relacionada al desarrollo de capacidades.

1. Objetivos relacionados con la disminución o eliminación del trastorno sintomático. Estos objetivos buscan la remisión del síntoma, el cambio de la estructura del comportamiento sintomático, y de todos los aspectos relacionados a este, que posibiliten la modificación de los síntomas clínicos asociados.

Ejemplos:

- Reducir /Eliminar los síntomas clínicos asociados al trastorno sintomático (depresión, ansiedad, etc).
- Eliminar la estructura/patrón del comportamiento sintomático
- Modificar el patrón sintomático de los pensamientos recurrentes.
- Eliminar el sistema perceptivo reactivo en relación al síntoma
- Eliminar las soluciones intentadas fallidas en relación al trastorno sintomático
- Modificar las percepciones y actitudes en relación a su familia/padres/Esposa(o)/Jefe

2. Objetivos relacionados al desarrollo de capacidades

La mirada de la terapia breve no solo se centra en el síntoma sino también en el desarrollo de recursos y soluciones. En ese sentido, desde una visión de la psicología positiva se centra en el desarrollo de recursos. Estos objetivos por lo tanto buscan el desarrollo de nuevos comportamientos, habilidades, capacidades, creencias, recursos etc. Que ayuden al consultante a consolidar su autonomía e independencia.

Ejemplos:

- Potenciar los recursos personales que le permitan alcanzar el bienestar y equilibrio emocional
- Fortalecer la autoestima personal
- Desarrollar las capacidades de autodominio y autocontrol

1.3.2. Plan terapéutico

El plan terapéutico es el resultado del proceso de conocimiento, análisis y evaluación que ha realizado el terapeuta sobre el caso. Producto de un diseño meticuloso que ha incorporado al consultante, sus recursos, su cosmovisión y modelo del mundo, así como los recursos, cosmovisión y epistemología del terapeuta. Representa las estrategias y el curso de acciones que el terapeuta pretende implementar para dar solución al caso. Es el resultado sinérgico de la interacción entre ambos. En el diseño el terapeuta identifica las áreas de la ecología del síntoma, las metas y las soluciones que incorporará en el plan. Definiendo y estableciendo prioridades, enfocándose en algunas y dejando otras. Siempre enfocándose en las metas a lograr.

Dimensiones del plan terapéutico

- Estructura del comportamiento sintomático
 - Interaccional
 - Cognitiva
- Dinámica familiar.
- Relaciones interpersonales
- Síntomas clínicos asociados
- Sistema perceptivo
- Emociones
- Creencias
- Pensamientos

- Actitudes
- Hábitos
- Desarrollo de autonomía y empoderamiento
- Fortalecimiento de capacidades
- Desarrollo de nuevos comportamientos y habilidades

Una vez identificadas las áreas de la ecología del síntoma que constituirán e incorporarán al plan terapéutico. No todas las áreas se incorporan al plan terapéutico. El terapeuta selecciona las técnicas y prescripciones más idóneas que se alinean mejor al problema o tema a trabajar, las soluciones a construir, la cosmovisión del consultante. Así mismo selecciona y establece una estrategia a seguir, el plan de acción que pondrá en ejecución sesión tras sesión, los pasos y acciones que lo ayudarán a lograr la meta establecida. Esta implica absolver las siguientes preguntas ¿Por cuál dimensión empezará? ¿Se enfocará en el problema y la solución? ¿Qué técnicas empleará? ¿Con cuál técnica empezará? ¿Qué prescripciones utilizará? Etc.

1.4. Ejecución del plan terapéutico:

En esta fase se aplica el diseño del plan terapéutico previamente planificado, ejecutando las técnicas con el cliente, todo el proceso es flexible y puede adaptarse y modificarse de acuerdo al avance del consultante y los cambios generados durante el proceso. El terapeuta puede modificar el plan adecuándolo a las respuestas del consultante y el trastorno. Cada sesión tiene un espacio para evaluar los cambios suscitados, se miden los avances, tanto cualitativa como cuantitativamente. Identificando el porcentaje de avance. Se analiza la cooperación del consultante respecto a las prescripciones que se le han dejado. El terapeuta refuerza y felicita los avances que va teniendo el consultante, se orienta a las soluciones, identificando las acciones y comportamientos que van funcionando. En base a ello el terapeuta puede realizar ajustes al plan terapéutico. Reflexiona sobre la idoneidad de las técnicas y prescripciones que está empleando para ese caso en particular. Ajusta también la estrategia en caso sea necesario. Es con el contacto y conocimiento de la realidad particular del consultante, que el plan terapéutico y el diseño se adaptan. Por ello ambos son flexibles. Se alimentan y reorientan en base a los cambios e interacciones que se van suscitando entre terapeuta y consultante a lo largo de las sesiones. En la fase de ejecución el protocolo de intervención consta de las siguientes etapas. Ver Tabla 1.

1. Eliminar el patrón del comportamiento sintomático
2. Desarrollar recursos. Construir un nuevo patrón cognitivo e interaccional
3. Mantener y consolidar el cambio
4. Desarrollo y consolidación de la autonomía

Tabla 1

Fases del proceso de ejecución

Proceso	Descripción	Estrategia
Eliminar el patrón del comportamiento sintomático	Modificar y eliminar la estructura cognitiva e interaccional del comportamiento sintomático	Prescripciones directas, indirectas. Paradojales. Reencuadre. Técnicas para eliminar la estructura cognitiva. Hipnosis.
Construir un nuevo patrón y desarrollar recursos y soluciones	Construir nuevas perspectivas, nuevos comportamientos. Nuevos patrones cognitivos de pensamiento, emociones y nuevas formas de percibir la realidad. Alineado a la meta, recursos y las soluciones.	Prescripciones directas indirectas. Técnicas de hipnosis sin trance. Hipnosis con trance.

Mantener y consolidar el cambio	Consolidar los recursos, el desarrollo de las soluciones. Mantener y fortalecer los cambios. Identificar los nuevos aprendizajes.	Hipnosis con y sin trance. Técnica del como sí. Prescripciones directas.
Desarrollo y consolidación de la autonomía	Consolidación de la autonomía y nuevas capacidades	Prescripciones directas relacionadas al desarrollo de la autonomía y confianza.

1.5. Evaluación

Es el proceso continuo mediante el cual el terapeuta valora el logro de los objetivos terapéuticos y las metas establecidas entre terapeuta y consultante. Va recogiendo, analizando y midiendo el impacto de las intervenciones. Identificando los cambios que se van suscitando a nivel de comportamiento, emociones y actitudes. Conjuntamente con el consultante evalúan los avances que van sucediendo de una sesión a otra, respecto a la meta establecida. Modificando y adecuando la intervención durante todo el proceso, ajustándola al consultante y su trastorno. En cada sesión se realiza la evaluación, teniendo en cuenta que es un proceso continuo. Sin embargo, al culminar el proceso se evalúan los resultados finales alcanzados, el logro de los objetivos terapéuticos y el cambio en la estructura del comportamiento sintomático y el desarrollo de capacidades. Dependiendo del tema tratado y las características específicas del comportamiento sintomático puede variar las dimensiones a evaluar. Entre las preguntas que ayudan a la evaluación para el terapeuta tenemos:

¿Qué diferencias encontramos entre la primera sesión y la última? ¿Cómo inicio el tratamiento y cómo lo está concluyendo? ¿Qué cambios se han presentado? En las creencias, pensamientos, emociones, hábitos, comportamientos, percepciones, relaciones. Nuevos aprendizajes, etc. ¿Qué evidencias tenemos de esos cambios? Cambios en la frecuencia del síntoma, en la duración, en su intensidad, cambios en el indicador subjetivo de estrés (ISE). Indagamos también sobre ¿Qué percepción tiene el consultante respecto a los cambios y la remisión del síntoma? ¿Qué nuevas capacidades y aprendizajes considera que ha logrado? De ser el caso ¿Qué percepción tienen los familiares de los cambios? En general, las áreas que se evalúan tienen que ver con la ecología del síntoma, como se puede apreciar en la tabla N.2.

Tabla 2.
Evaluación del proceso terapéutico

Dimensiones a Evaluar
Modificación en la dinámica familiar disfuncional
Mejora en las relaciones interpersonales con miembros dentro de la familia.
Relaciones interpersonales con personas fuera del entorno familiar (Trabajo, escuela, comunidad)
Modificación de la estructura del comportamiento sintomático:
○ Modificación de la estructura cognitiva del comportamiento sintomático
○ Modificación en la estructura interaccional
Modificación/disminución/remisión de los síntomas clínicos
Logro de los objetivos terapéuticos
Logro de las metas terapéuticas conjuntas
• Porcentaje de avance
Cambios en el Indicador subjetivo de estrés (ISE)
Modificación en las emociones
Cambio en las percepciones
Modificación en las creencias/pensamientos/actitudes/hábitos
Desarrollo de mayor autonomía y empoderamiento
Fortalecimiento de capacidades
Nuevos comportamientos, habilidades y aprendizajes

2.6. Cierre y culminación del proceso:

Es la última etapa. Se da por concluido el proceso terapéutico. El terapeuta, en coordinación con el consultante dan por finalizada la terapia, habiendo realizado la evaluación y alcanzado los objetivos terapéuticos propuestos.

2. Conclusiones:

La psicoterapia breve estratégica presenta una base epistemológica sustentada en la cibernética de segundo orden, el constructivismo y el pensamiento de Humberto Maturana. Cuestiona la existencia de una realidad objetiva independiente del observador.

Deja la causalidad eficiente para enfocarse en la causalidad final, circular y descendente. Estos cimientos epistemológicos influyen en la praxis clínica, incorporando estrategias y técnicas alineadas con su filosofía.

Desde una perspectiva constructivista. Cuestiona la existencia de una sola realidad y un solo universo. Incorpora el concepto de multiverso. Desde ahí, considera que cada consultante es singular, que cada uno tiene su particular modelo del mundo. Por ello, en su praxis clínica realiza un diseño y plan terapéutico singular para cada consultante.

Cuestiona toda teoría que pretenda conocer a priori la realidad. No responde a ninguna teoría que pretenda explicar y conocer previamente la realidad. Marca distancia del modelo sistémico de la terapia familiar.

El cambio terapéutico y el aprendizaje son el resultado de un proceso emergente, producto de la sinergia generada entre terapeuta y consultante.

La psicoterapia se constituye en un encuentro conversacional entre terapeuta y consultante, sustentado en la emoción del amor. que busca el equilibrio y bienestar emocional a través de la transformación humana en la aceptación del otro, el respeto por el otro y el amor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartoli, S., y De la Cruz, R. (2023). Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. El Modelo de Giorgio Nardone. Papeles del Psicólogo, 44(1), 36-44. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3009>
- De la Cruz, R. (2003). *Drogodependencias. Familia, terapia y epistemología*. Devida.
- De la Cruz, R. (2008). *Violencia intrafamiliar. Enfoque sistémico*. Trillas.
- De la Cruz, R. (2013). *El docente como orientador. Estrategias para el manejo de problemas familiares y sociales*. Trillas.
- De la Cruz Gil, R. (2021a). Epistemología Sofista y su influencia en la terapia Breve Estratégica. Modelo Nardone. *Límite Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 16 (1), 1 – 9. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-0652021000100201>
- De La Cruz Gil, R. (2021b). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Revista Científica Retos De La Ciencia*, 5(11), 77–85.
- De la Cruz Gil, R. (2022). El modelo de Psicoterapia Breve Estratégica de Giorgio Nardone. *Ciencia y Psique*, 1(1), 67–80. <https://n9.cl/rg053>
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2012). *Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes*. Ed. Herder.
- Maturana, H. (1993). *Desde la biología a la psicología*. Synthesis.
- Maturana, H. (1998). *La objetividad*. Dolmen ediciones.
- Maturana, H. (2019). *Amor y juego*. Granica.
- Maturana, H. (1994). *Emociones y lenguaje en educación y política*. CED.
- Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Paidós.
- Nardone, G. (2004). Historic Notes on Brief Strategic Therapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, (1) 65- 73.

- Nardone, G. (2008). *No hay noche que no vea el día: la terapia breve para los ataques de pánico*. Herder.
- Nardone, G. (2010). *Problem solving estratégico: El arte de encontrar soluciones a problemas irresolubles*. Herder.
- Nardone, G. (2013). *El arte de la estratagema. Cómo resolver problemas difíciles mediante soluciones simples*. Herder.
- Nardone, G. (2014). *Psicotrampas: Identifica las trampas psicológicas que te amargan la vida y encuentra las psic soluciones para vivir mejor*. Paidós Ibérica.
- Nardone, G. y Milanese, R. (2019). *El cambio estratégico. Cómo hacer que las personas cambien su modo de sentir y actuar*. Herder.
- Nardone, G. (2020a). *Miedo, pánico, fobias: La terapia breve*. Herder.
- Nardone, G. (2020b). *Emociones. Instrucciones de uso*. Herder.
- Nardone, G. (2021). *La soledad: comprenderla y gestionarla para no sentirse solo*. Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2018). *Terapia breve: filosofía y arte*. Herder.
- Seligman, M. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. *The Psychologist*, 16 (3), 126 – 127.
- Varela, F. (1990). *Conocer. Las ciencias cognitivas: Tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas actuales*. Gedisa.
- Von Bertalanffy, L. (1989). *Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollos, aplicaciones*. Fondo de Cultura Económica.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Gedisa.
- Watzlawick, P. (2007). *Cambio*. Herder.
- Watzlawick, P. (2012). *El lenguaje del cambio: Técnica de comunicación Terapéutica*. Herder.
- Watzlawick, P; Beavin, J y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Herder.