



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES:
UNA COSMOVISIÓN POSTMODERNA DENTRO DEL
QUEHACER TERAPÉUTICO.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

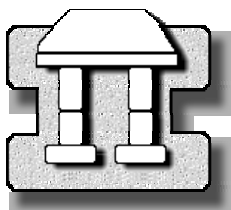
**TERESITA MARTÍNEZ JIMÉNEZ
JACKELINE VERÓNICA RAMÍREZ HERNÁNDEZ**

D I R E C T O R A :

DRA. PATRICIA TRUJANO RUÍZ

D I C T A M I N A D O R E S :

**DR. GILBERTO LIMÓN ARCE
MTRA. MARIA ROSARIO ESPINOZA SALCIDO**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

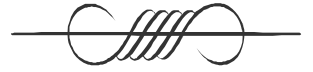
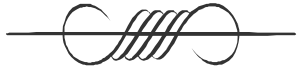


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



A D is

Por demostrarnos a cada momento su presencia, y lo importante que somos para él. Brindándonos: Una familia, que lo único que demuestra es el gran amor que nos tienen; por darnos la dicha de contar con facultades y recursos necesarios para lograr esta formación; por encontrar a personas que se preocupan y nos entregan lo más bonito que él puede crear, la amistad, que sin condiciones esta siempre presente; por haber hecho que nos hayamos encontrado para poder llegar hasta aquí y escribir lo que ahora se lee.

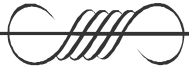
A miF amia.

Agradezco y dedico en especial esta tesis, a mi familia. Por estar siempre conmigo, apoyándome, animándome, escuchándome, comprendiéndome, acompañándome en cada desvelo, y sobre todo, soportándome en las buenas y en las malas, haciéndome sentir que cuento con lo más valioso de mi vida, el amor y la amistad de unos padres, y más aún, de un hermano, que sin los cuales no lo hubiera logrado. Mamá, Papá, Fredy, esto es para ustedes. GRACIAS

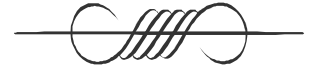
A J adye

Por ser la personita que compartió conmigo la mayor parte de esta importante etapa, pero sobre todo, por permitirme ser tu amiga, por compartir juntas momentos tan especiales que nunca se olvidan; por apoyarme, y hacerme sentir que Dios, envía a la tierra angelitos que nos ayudan a ser mejores y crecer cada día. Gracias por ser quien eres, pero principalmente, por ser mi amiga, y ser parte importante en mi vida.

T ee



Agradecimientos y Dedicaciones



Esta tesis no es solamente el arduo trabajo que durante varios meses llevamos a cabo, detrás hay muchos días de batalla que con cada uno de mis seres queridos viví, este regalo es para mí y para ustedes.

A D ís

Por permitirme después de todo el camino recorrido llegar a realizar una de mis metas. Porque estas presente durante todo momento, en mis alegrías y triunfos, en mis angustias y tristezas, en mis sueños y deseos. Por darme una vida, con los padres que tengo, en el lugar en que estoy y en el momento en que vivo. Por permitirme tener lo que tengo y permitir la ausencia de otras cosas. Te pido que así como me has acompañado a lo largo de mi vida, lo sigas haciendo para que sea un buen ser humano y una buena Psicóloga. Que tu presencia me siga acompañando en cada uno de los pasos que dé dentro de mi vida y de mi quehacer como profesional.

Gracias por dejarme ser tus manos, tus ojos, tus oídos y tu voz.

A quienes han estado conmigo desde el primer segundo de mi vida y estarán más allá del último segundo de mi existencia:

Mis Padres y Dios

Que desde antes de nacer han sido mis ángeles de la guarda, quienes me enseñaron a dar mis primeros pasos, y quienes han reído, jugado y llorado conmigo.

Papá y mamá, dedico a ustedes este logro, porque me han enseñados con su ejemplo que la lucha diaria es la que nos ayuda a ser mejores; y sobretodo, me han enseñado a amar todo lo que hacemos. A ustedes porque nunca me dejaron y sé que no me dejarán darme por vencida ante cada sueño.

Gracias a ambos por sus rezos ofrecidos a Dios para que no nos falte nada

Esto no es todo lo que quisiera darles, sin embargo, con mi más grande amor dedico a ustedes este triunfo como agradecimiento a su cansancio, sus desvelos, preocupaciones, anhelos, alegrías, angustias, tristezas, sus abrazos, sus ejemplos, su paciencia, sus consejos, su amor, sus regaños, por apoyarme y motivarme en mis proyectos, por entregarse a nosotros sus hijos no importando el dolor, la enfermedad, ni el sufrimiento.

Gracias y los Quiero Mucho.
A mis hermanos Juan Pablo y Sandra

Porque pese a todo siempre hemos y seguiremos estando juntos. Gracias por las noches de platica, por su apoyo incondicional, por los secretos guardados, por las risas, las peleas y los regaños compartidos. Gracias hermanos por existir, por su compañía desde la infancia, por sus consejos, por reír y por llorar conmigo.

Los Quiero.

A A drian

Por ser parte de este paso, pues tu comprensión, apoyo y amor, me ayudo a concretizar una satisfacción personal que no solo es mía, sino de los dos. Gracias por cada uno de los momentos que hemos compartido, momentos de risas, de lagrimas, de angustias, de sueños, etc.. Gracias por todo y espero que sigamos juntos caminando a la par para cosechar nuevos triunfos. Gracias por creer en mí, por hacerme saber y sentir que sí puedo y por animarme a nunca dejar a un lado mis sueños .

Te Amo.

A mi familia

Quien de una u otra manera me ha apoyado con su confianza y con sus palabras de aliento y su amor. Por enseñarme que el amor no se acaba con la distancia y porque seguimos y seguiremos siendo familia

A Tere

A ti amiga, con quien he compartido muchos de los momentos más bellos de mi vida tanto de la escuela como fuera de ella. Hemos compartido sueños irrealizables ¿recuerdas?, angustias, trabajos, desvelos, alegrías, risas, lagrimas, etc. Gracias por tu amistad, por tus consejos, tu paciencia por ser y por estar siempre conmigo. Gracias porque sé que siempre estaremos juntas. Te Quiero.

Y

A todos aquellas personas que de alguna manera han formado parte de mi vida personal y profesional, y que han sido especiales para mí, entre ellas, todos mis amigos de la Pastoral Juvenil con quienes he compartido grandes momentos que han llenado mi vida, gracias por dejarme ser una con ustedes.

A los que estuvieron, a los que están y a los que estarán

J adriana



Agradezco mis y D editorías



A la UNAM, quien nos abrió sus puertas y nos brindó un lugar para nuestra formación, y por ofrecernos la oportunidad de superación no solo como profesionales sino también como seres humanos.

Por ser parte de una excelente Institución, rica en valores humanos, educación y conocimiento.....

Y tener el orgullo de ser universitarias

“Por mi raza hablará el espíritu”

Nuestro más grande reconocimiento a:

La Dra. Paty Trujano, por la confianza que nos brindaste al realizar este trabajo, por tu compromiso y entrega con el mismo. Por tu empeño en la labor docente. Y sobretodo, por ser la persona quien durante nuestra formación nos mostró una nueva visión de la vida y de nuestro quehacer como psicólogos. A ti, por regalarnos tu tiempo y sabiduría

Al Dr. Gilberto Limón; por creer y confiar en nosotras, por guiar nuestro trabajo y por sus muy acertados comentarios que hicieron que esta tesis fuera mejor.

A la Mtra. Rosario Espinoza; por su confianza, su compromiso y sus correcciones muy acertadas. Por su asesoría tan significativa para la realización de este trabajo.

A cada uno de nuestros maestros, que con su paciencia y tolerancia fueron parte importante para nuestra formación. Especialmente a Rosendo Hernández Castro, Esteban Cortes, Joaquín Pérez Chico, Francisco Landa, Fernando Herrera, Olga Mejía, Margarita Chávez, Lucina Jiménez, Joselina Ibáñez.

A las personas que siempre estuvieron con nosotras a lo largo de este camino. Especialmente a cada uno de los PEGAJOSOS, con quienes compartimos momentos de alegría, de entrega, tristeza, angustia, desvelos, etc. Pero sobre todo, quienes nos permitieron ser parte de su vida, y hacernos ver que la amistad que construimos, es el mejor tesoro que Dios nos dio al permitirnos conocerlos.

A Denisse, por tu gran y valiosa amistad que nos demostraste a cada momento, por todas las ocurrencias que tenías y que nos hacían tener momentos divertidos, hasta en los momentos tristes; y por enseñarnos que el abrazar una idea es lo que nos hace ser únicos y trascender en esta vida

A Mapache (Isaac), por tu compromiso y entrega con la vida, porque con cada palabra y con cada gesto tuyo nos enseñaste que esta vida está llena de alegría y de sueños que realizar. Y sobretodo, porque en todo momento estuviste con nosotras brindándonos lo mejor de ti.

A JAVI, por brindarnos siempre una sonrisa, por hacernos sentir que podíamos contar con alguien, ya sea en los momentos más alegres, hasta en los más difíciles. Por hacernos sentir que hemos formamos parte en su vida. Gracias por enseñarnos que la vida es para disfrutarse, vivirla y entregarnos a ella.

A ANITA, por escuchar siempre una sonrisa que nos contagiaba, por compartir con todos nosotros esa alegría y entusiasmo que ni hasta el más enojado o triste se escapaba para reír junto contigo. Por enseñarnos que hasta en los momentos más difíciles, siempre hay por que reír.

A EVELIN, por compartir tu ternura y tranquilidad, por demostrarnos que siempre teníamos un hombro en que apoyarnos, y que pase lo que pase encontraremos a esa personita que sabe luchar y seguir adelante, pero siempre pensando en los demás.

A LETY, por ubicarnos en la realidad, por tu fuerza y dedicación para lo que haces, por tu compañía en todo momento, por tus deseos de superación y por nunca darte por vencida. Y porque ante todo momento tenías una palabrea de aliento y una sonrisa para todos nosotros.

A ABRAHAM, que desde que lo conocimos nos ha brindado la confianza para poder platicar y reír, pero sobretodo que siempre nos brindaba un gesto de apoyo, y más aún, algunas palabras que nos hacían animarnos y seguirle echando ganas.

A GABY, quien nos dio una lección muy importante. El amar a la vida a pesar de lo difícil que esta parezca, pues siempre hay una lucecita encendida a pesar de lo oscuro que parezca. Gracias por compartir con nosotros momentos significativos para ti.

A ADRIANA, por tu compañía constante y por cada uno de los momentos que pasamos juntas.

A MARISOL, por tu alegría de vivir, por tu empeño en lo que realizas y por compartir con nosotras momentos que nunca olvidaremos.

A QUIQUE, por tu valiosísima amistad, por nunca te cansabas de decirnos ¡mujeres, mujeres! . Por compartir con nosotras momentos chuscos y de angustia en los trabajos, por tu sinceridad y apoyo incondicional. Por expresarnos la tranquilidad y el disfrutar la vida.

A LUPITA, por compartir con nosotras diferentes momentos a lo largo de nuestra carrera.

T eeyJ adye



ÍNDICE

	PAG.
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
CAP.1. Del Renacimiento a la Postmodernidad y el Construccinismo Social en Psicología	7
1.1. Construccinismo Social.....	2
CAP.2. Una construcción de cosmovisiones en Psicoterapia	31
2.1. Una mirada a la concepción de psicoterapia.....	32
2.2. Diferentes perspectivas dentro de la psicoterapia como antecedentes de las terapias de corte narrativo o postmoderno.....	34
2.2.1.Terapia del MRI de Palo Alto.....	43
2.2.2.Terapia del grupo de Milán.....	50
2.2.3.Terapia Estructural.....	55
2.2.4.Terapia Estratégica.....	59
CAP.3. El lenguaje del cambio: terapias posmodernas y narrativas	65
3.1. Un nuevo lenguaje en la psicoterapia.....	65
3.2. La cosmovisión de las terapias de corte narrativo y postmoderno.....	73
CAP.4. Los diversos estilos terapéuticos de las terapias de corte narrativo o postmoderno	88



CAP.5. La Terapia Centrada en Soluciones. La propuesta de O’Hanlon y Weiner – Davis.....	107
5.1. Presupuestos de la terapia centrada en las soluciones.....	107
5.2. Un lenguaje de cambio dentro del quehacer terapéutico.....	122
CAP.6. El diseño de intervenciones centradas en las soluciones como un proceso de cambio: el transcurso de la terapia.....	127
6.1. La primera entrevista: co-crear un contexto para el cambio.....	127
6.2. Ampliar y mantener el cambio: prescripciones para la segunda sesión y las subsiguientes.....	171
6.3. El desarrollo de la terapia centrada en las soluciones.....	188
6.4. La investigación sobre terapia centrada en las soluciones.....	190
CONCLUSIONES.....	207
BIBLIOGRAFÍA.....	213
ANEXOS	



RESUMEN

El objetivo principal de esta tesis es presentar a la terapia centrada en las soluciones como una nueva cosmovisión dentro del quehacer terapéutico, ya que se postula como una alternativa terapéutica eficaz y muy promisoría dentro de las llamadas terapias narrativas o postmodernas.

Esta aproximación terapéutica se aparta de las explicaciones, los problemas y las patologías, para dirigirse hacia las soluciones, competencias y capacidades de los clientes, creando expectativas de cambio y orientándose hacia el futuro.

Dentro de esta nueva cosmovisión, se co-construye un nuevo sistema de significados de la experiencia de la vida de los clientes; en otras palabras, se co-crea una nueva “realidad” para el cliente, una realidad que lo lleve a vivir su vida de manera más satisfactoria, lo que se logra junto con el terapeuta abriendo las ventanas de posibilidades y alternativas que tiene y que sólo hace falta que las descubra.

Este enfoque parte de la idea de que si la solución es más importante que el problema, ¿por qué no centrarse más en los aspectos de la situación relacionados con la solución?.

Para lograr nuestro propósito, hemos reseñado en esta presentación las características de la terapia centrada en soluciones. Hemos expuesto también, sus presupuestos teóricos fundamentales, los cuales giran en torno a las ideas postmodernas derivadas del construccionismo social, retomado y adaptando en su caso, algunas de las prácticas terapéuticas de la terapia familiar. Y a fin de mostrar de qué forma esta propuesta puede trasladarse a la práctica clínica, hemos dado una visión global del proceso terapéutico, ofreciendo también, una descripción detallada con ejemplos de casos clínicos acerca de las prácticas de conversación que permiten centrar la terapia sobre las soluciones.



INTRODUCCIÓN.

Actualmente el quehacer terapéutico está atravesando por todo un conjunto de profundas transformaciones, tanto desde el cómo se conceptualiza el abordaje terapéutico de las problemáticas humanas, hasta el desarrollo de todo el proceso terapéutico, abarcando por tanto, la postura que asume el terapeuta, el cómo se concibe a la persona que acude a terapia, en torno a qué gira la labor del profesional, lo que se persigue a través de la terapia, etcétera.

En este sentido, la presente tesis ofrece una nueva forma de plantearse y enfocar la labor terapéutica. Hablamos de la terapia centrada en las soluciones, cuya visión está claramente influida por las ideas derivadas del postmodernismo y del construccionismo social a través del uso del lenguaje y del sistema de significados culturalmente contruidos. Asimismo, podemos ubicarla como una de las grandes propuestas de corte narrativo para el quehacer terapéutico, pues se trata de una tendencia que se aparta de las explicaciones, los problemas y las patologías, para dirigirse hacia las soluciones, competencias y capacidades de quien acude a terapia (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993); para ello, abandona el énfasis que otras propuestas dan a la búsqueda y explicación sobre el origen y mantenimiento de los "problemas", para ubicarlos más bien, en un contexto de "situaciones difíciles", lo que los hace más manejables y menos patológicos.

A la manera de Rouse (1985; en O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit) podemos decir que la terapia centrada en soluciones es una forma de pensar que no empieza atacando el problema, sino buscando soluciones (por grandes o lejanas que parezcan) y pensando luego en cómo llegar a ellas. Es un planteamiento que suscita imágenes de lo que podría ser, y ayuda así a la gente a ver potenciales que de otra forma no serían entendidos, evocando acciones que de otro modo podrían no ocurrir. Estas imágenes generan energía y evitan compromisos precipitados con resultados inferiores. Pues con frecuencia se desprecian estas imágenes como utópicas y no prácticas, desde una mentalidad



tradicional, rígida y cerrada que es una de las lacras de nuestra sociedad. Es una mentalidad que parte de la premisa de que no pueden ocurrir, ni ocurrirán, cambios significativos; es también una mentalidad que inhibe el avance hacia metas válidas e importantes al descartarlas por anticipado como inalcanzables. Y finalmente, es una mentalidad que, con demasiada frecuencia, nos mantiene encadenados al presente o incluso al pasado como si fuera casi lo mejor que podemos esperar.

Es por ello, que la presente tesis alcanza una notable relevancia para el quehacer terapéutico de los psicólogos, pues esta nueva cosmovisión centrada en las soluciones se postula como una alternativa terapéutica efectiva y con resultados que prueban que este tipo de terapia permite al paciente o cliente la co-construcción de nuevos significados hacia sí mismo y hacia su realidad, permitiéndole diseñar proyectos de vida más promisorios a partir de sus recursos y posibilidades, más que sus déficits o limitaciones. Se considera también a esta propuesta terapéutica como un enfoque innovador y eficaz dentro del quehacer terapéutico, ya que además de los buenos resultados que ofrece, puede tener un enorme impacto social en nuestro contexto contemporáneo.

Por otro lado, tenemos en cuenta que quizás el lector se pueda preguntar ¿Cómo se puede hacer psicoterapia sin evaluar el problema, sin conocer en profundidad la historia previa o sin hacer un diagnóstico preciso?. Estas, son solo algunas preguntas a las que también se pretende dar una respuesta en este trabajo, demostrando que no sólo es posible, sino deseable.

Para ello, en el primer capítulo abordamos históricamente las diferentes posturas que se han desarrollado desde el renacimiento, hasta las contribuciones dadas por el postmodernismo y el construccionismo social en torno a un tema tan discutido: la forma de concebir la “realidad”. De esta manera, comprendemos por qué el quehacer terapéutico no queda exento de los estos cambios y procesos sociales, favoreciéndose que se gesten orientaciones y posturas terapéuticas diferentes y más acordes con el momento de transición en que nos encontramos.



En el segundo capítulo, ofrecemos una panorámica de la construcción de cosmovisiones en psicoterapia; para ello, se presentan a grosso modo algunos aspectos de las perspectivas psicoanalítica, conductista y humanista, con el fin de que resulte más clara la evolución del quehacer terapéutico. Asimismo, se exponen las características de las diferentes escuelas de la terapia familiar, cuya importancia estriba en que se sitúan como el antecedente principal del surgimiento de las terapias de corte narrativo o postmoderno.

En el tercer capítulo se revisan las características que distinguen a las diferentes terapias de corte narrativo y postmoderno, para dar con ello paso al capítulo cuatro, en el cual, se abordan las particularidades de estos diferentes estilos y formas en el quehacer terapéutico de sus principales representantes

El quinto capítulo se centra en los presupuestos y las características generales de la terapia centrada en soluciones, propuesta por O'Hanlon y Weiner-Davis (1993).

A lo largo del sexto capítulo, mostramos a detalle cómo es el diseño de las intervenciones centradas en las soluciones, es decir, se ahonda en las diferentes prácticas y secuencias terapéuticas; asimismo, se presentan ejemplos de casos clínicos con el fin de que resulte más clara y comprensible esta cosmovisión centrada en soluciones para el lector.

Finalmente, en el capítulo siete planteamos las conclusiones a las que llegamos después de la revisión realizada para la elaboración de esta tesis.

CAPÍTULO 1

***Del Renacimiento a la
Postmodernidad y el
Construccionismo
Social en Psicología***





CAP. 1. DEL RENACIMIENTO A LA POSTMODERNIDAD Y EL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL EN PSICOLOGÍA.

“...las más grandes atrocidades siempre se han cometido en nombre de la retórica de la verdad. La verdadera religión, la verdadera divinidad, lanzó las cruzadas, creó la inquisición y masacró a los calvinistas (...) los peores peligros no vienen de los ataques de la verdad, sino de la creencia en la verdad, independientemente del metanivel donde la supuesta verdad se localiza, sea religión o ciencia” (Ibáñez, 1993; citado en Limón, 1997; pp. 56-57)

Un recorrido por la historia , nos permite observar como la terapia se fue gestando en un mar de diferentes disciplinas, con afluentes de la psicología, la medicina y la filosofía; sin embargo, éstas han tenido la influencia de las construcciones sociales e históricas que en su época predominaban. De tal modo que, si conocemos un poco más estas etapas por las que ha pasado la humanidad, entenderemos por qué el quehacer terapéutico toma formas y caminos particulares, hasta llegar a las distintas orientaciones terapéuticas que actualmente conocemos.

De esta manera, en el presente capítulo trataremos de conocer las diferentes visiones que se han tenido acerca de la “realidad”, desde la visión renacentista, pasando por el romanticismo y la modernidad, hasta llegar a lo que actualmente conocemos como postmodernidad y construccionismo social. Para dicho fin, hemos decidido hacer un recorrido por una galería, en donde se exponen distintas obras pictóricas con sus matices particulares; las cuales, nos mostrarán cómo han sido estos diferentes momentos de la humanidad.

Cabe señalar, que las presentes líneas no se postulan para afirmar la “verdad de la realidad”. Porque a nuestro parecer, hablar de realidad es como hablar de arte, ya que en ambas se plasman ideas, emociones, relaciones, preocupaciones, deseos, convenciones, etc.; es así que nos preguntamos ¿por



qué no decir que “*en el arte hay vida*” en vez de: “*en la vida hay arte*”?; tal como señala Limón (1997) la pintura es creada por un sin número de manifestaciones relacionadas con una persona, con un momento histórico, con un país, con un matiz cultural, con una corriente de pensamiento o con una combinación de estas. Es así que podemos decir que en el arte no hay una verdad, ni una realidad absoluta, solo puntos de vista o perspectivas; quizás esta cosmovisión no es compartida por muchos sectores de la sociedad (comenzando por muchos psicólogos, científicos, religiosos, políticos, maestros, alumnos, etcétera), sin embargo, esto se puede comprender por los distintos momentos históricos que ha atravesado la sociedad, por lo cual Trujano (2002) menciona que estas diferentes épocas han estado caracterizadas por una peculiar manera de concebir “la realidad”, de ahí que la concepción de verdad no ha sido otra cosa que una creencia compartida que se ha venido modificando a lo largo de la historia, tanto así, que la verdad ha pasado de la preponderancia de lo divino a la razón del hombre.

Es así, que comenzaremos nuestro recorrido por esta galería, en donde la primera sala con la que nos hemos topado lleva por nombre “Renacimiento”, en el cual cobra fuerza el redescubrimiento del hombre como individuo, el redescubrimiento del mundo como armonía y realidad que rodea al hombre liberado de todas las preocupaciones religiosas. El renacimiento es ante todo, un espíritu que transforma no sólo las artes, sino también las ciencias, las letras y formas de pensamiento, puesto que divulga un tipo de pensamiento que rompe con la jerarquía universal de las cosas y sitúa al hombre como capaz de cambiar cualquier realidad enojosa, y si sufre no es por decreto de la naturaleza o de Dios, sino por su falta de esfuerzo intelectual o manual, por su estupidez o por su perversidad. Esta concepción del hombre exige un espíritu de libertad que abarca todos los campos de la actividad humana y también especialmente la esfera del pensamiento. Dicha libertad es una auténtica necesidad de estos tiempos (S. XV y XVI) y no es sorprendente que se constituyese en el centro de la axiología renacentista como valor conductor a cuyo alrededor se ordenaron todas las



demás. El hombre renacentista adopta una actitud racional ante el mundo, pero sin abandonar la fe religiosa, y pasa de ser un mero espectador en el Medievo a tener confianza en sí mismo y convertirse en artífice de sí mismo y de su destino.

El hombre deja de ser piadoso espectador de las maravillas de Dios para convertirse en un elemento activo, que desea hacerse dueño del mundo mediante el poder que le da su conocimiento; pretende poner a su servicio las fuerzas cósmicas; en un principio lo intenta mediante la magia, que ocupó un lugar central durante el Renacimiento. (<http://www.mgar.net/var/renacimi.htm>)

Podemos decir entonces que fue una época que se caracterizó por un intenso auge de las ciencias y las artes, pero principalmente por una fuerte reacción al espíritu escolástico que durante la Edad Media se había concretado a limitar el surgimiento de pensamientos alternativos; ha sido compartida la idea de que este periodo histórico ha sido de transición, pues fue una época que permitió que se establecieran las condiciones sociales para la aparición de un nuevo estilo de pensar (Limón, 1999) o de pintar la “realidad”, es así que llegamos a otra sala, la cual se denomina como “Ilustración”, o algunos otros la conocen como “Siglo de las Luces” (siglo XVIII). En esta sala encontramos argumentos sobre la concepción del mundo y del hombre vistos a la luz de la razón y la experiencia; esta sala nos muestra el énfasis que se puso en las facultades personales y en el poder de la observación, es aquí, en este importante momento histórico, en donde comienza a gestarse la idea de que sean las bases científicas quienes dirijan a la sociedad (Limón, 1999), pero para nuestra sorpresa ha irrumpido en nuestro camino un nuevo espacio pictórico: el “Romanticismo” el cual trae como leyenda:

*“La mente tiene mil ojos, y el corazón solo uno;
pero se apaga la luz de la vida cuando acaba
el amor” (Francis William Bourdillon, 1852-1921)*

En los siglos XVIII y XIX se cuestionó la supremacía de la razón y la observación, y se creó un nuevo mundo: el de la interioridad oculta. Basándose en



las primitivas imágenes cristianas, muchos románticos concibieron al alma como el habitante nodal de ese interior oculto, en una interpretación que ligaba al individuo a la vez con Dios y con el mundo natural creado por él, considerándolo así divino y natural. Para los románticos de tendencia laica, el ingrediente fundamental de la interioridad oculta era una fuerza apasionada que a la vez resultaba peligrosa, por cuanto interfería con una vida equilibrada, las emociones y el alma eran inseparables: la pasión era una expresión del alma, y ésta se hallaba imbuida de energía emocional.

A la imaginación se le consideró una posesión preciosa, porque permitía escapar de la mundanal vida cotidiana; el genio, era otro valioso morador de los recovecos internos, no el genio a la manera de entender de los modernistas, meramente señalado por un valor en extremo superior de una escala de inteligencia, sino por la capacidad de “ver el corazón” de las cosas, de inspirar, a través de las intuiciones, la voz del hombre, su arte, su música.

Estas ideas contribuyeron a producir una revolución fundamental en las manifestaciones artísticas de la época, pues tuvo especial relevancia lo que podría llamarse *la presencia de lo oculto*, en donde el discurso romántico del yo creó un sentimiento de realidad existente más allá de la conciencia sensorial inmediata; esto es, que para los románticos, el mundo de los sentidos era mucho menos importante que el mundo inmaterial escondido. Asimismo la moral, la religión y el misticismo cobraron nuevas dimensiones durante este período, los debates acerca del bien moral en los círculos religiosos, eruditos y políticos habían formado parte de la tradición.

De esta manera Gergen (1992) concluye que gran parte de nuestro vocabulario contemporáneo de la persona y de sus formas de vida asociadas tiene su origen en el Período Romántico. Es un vocabulario de la pasión, de la finalidad, de la profundidad y de la importancia del individuo: un vocabulario que genera la admiración respetuosa de los héroes, los genios y las obras inspiradas. Sitúa el amor en el proscenio de los empeños humanos y alaba a quienes renuncian a lo útil y lo funcional en aras de sus semejantes. Promueve la adhesión a la dinámica



profunda de la personalidad: el matrimonio como comunión de almas, la familia unida por el lazo del amor, la amistad como compromiso fiel para toda la vida. Por obra del romanticismo podemos depositar nuestra confianza en los valores morales y en la suprema significación de la aventura del hombre. Para muchos, la pérdida de este vocabulario implicaría el colapso de todo lo que tiene sentido en la vida; si el amor como comunión íntima, el mérito intrínseco de la persona, la inspiración creadora, los valores morales o la expresión de las pasiones fueran expresiones obsoletas de nuestro lenguaje, la vida palidecería para muchos. No obstante, como veremos, es justamente este lenguaje el que fue amenazado por la concepción modernista que lo delegó.

Gradualmente nos acercamos al final de esta sala y ahora nos topamos en el área que pertenece al “Modernismo”, lo primero que encontramos es un texto que dice lo siguiente:

“Lo que caracteriza al individuo (...), le atribuye una identidad, le impone una ley de verdad que él debe admitir y los demás han de reconocer en él (...) es una forma de poder que hace del individuo un sujeto”. (Foucault; en Gergen, 1992.)

A medida que avanzamos nos damos cuenta que esta época tuvo gran influencia a finales del siglo XIX, logrando su máxima expresión a lo largo de la primera mitad del siglo XX; esta época entró en el mundo industrializado concebido en aquel entonces como una “conciencia colectiva” o “actitud realista, eficiente, prometedora”, sobre todo por el gran poder económico que estaba generando el desarrollo del mercado, y el gran avance tecnológico, principalmente en la informática y en las telecomunicaciones. Esta época retoma el movimiento ilustrado del siglo XVIII, resalta nuevamente el poder de la razón y de la observación como base última del “conocimiento verdadero”, y como dice Gergen (1992), se comienza a cuestionar y a dejar a un lado la visión del romanticismo;



nace a la par de un conjunto de innovaciones tecnológicas que generan un nuevo modo de producción: el Capitalismo, dando así inicio a la industrialización. A mediados del siglo XX, políticos y gobernantes veían en estos principios los valores que debían perseguirse y alcanzarse, hay una sobrevalorización de la razón, la ciencia, el universalismo (Trujano, op. cit.) y la creencia en la fundamentación segura de la “verdad absoluta”. Este discurso totalizador se centró en el sujeto autónomo (anulando los determinantes socioculturales) y en el individualismo, con costos importantes para los sectores marginados que no encajan en el proceso de modernización, como los indígenas o las mujeres. Para Gergen (1992) todo esto es concebido como una saturación social que produce un cambio profundo en nuestro modo de comprender el yo*^{*}; lo cual es comprendido con el aumento masivo del conocimiento y la tecnología (televisión, radio, teléfono, transporte, transmisión vía satélite, cine, internet...), ya que estos muestran un modelo de vida al cual debemos ajustarnos; por esto, hablamos del saber *cómo*, pues es a través de estas tecnologías de saturación social, como las denomina Gergen, que aprendemos *cómo* poner en práctica tal conocimiento, *cómo* darle forma para su consumo social, *cómo* proceder para que la vida social siga su curso eficaz, y las posibilidades de transformar en acción este cúmulo de información se expanden de continuo; por ejemplo, un empresario a quien vislumbramos caminando por la calle hoy por la mañana en televisión, bien puede estar sentado frente a nosotros en la oficina la semana que viene. En tales circunstancias, ya disponemos de elementos para desplegar la “conducta apropiada”. Si a alguien su pareja le dice que está pensando en divorciarse, probablemente no se va a quedar mudo de asombro: ya que ha asistido a este drama tantas veces en la televisión, en el cine y en la vida cotidiana, que cualquier ocasión le podría generar reacciones predeterminadas, ya que sabe más o menos

* Para Gergen (Gergen, 1992), la comprensión del yo hace referencia a la manera de comprender quiénes somos y para qué estamos en el mundo; lo cual, para este mismo autor parece fundamental en todo lo que nos proponemos llevar a cabo, ya que en nuestra condición de seres humanos, nuestras formas de “pensar”, “razonar”, y “sentir” son construidas históricamente; y a su vez, esto desempeña un papel decisivo en la manera de relacionarnos con los demás.



lo que pasa, está más o menos avisado, y es así, como lo hemos visto, que nos aproximamos a un estado de aborrecimiento.

A medida que avanza la saturación social acabamos por convertirnos en pastiches, en imitaciones baratas de los demás. Llevamos en la memoria las pautas de *ser* ajenas; y si las condiciones se vuelven favorables las pondremos en acción, cada uno de nosotros se vuelve otro, solo representante o sucedáneo. Dicho en términos más generales, a medida que pasan los años el yo de cada quien se embebe cada vez más del carácter de todos los otros. Ya no somos uno, ni unos pocos, sino que “contenemos multitudes”. Nos presentamos a los demás como identidades singulares, unitarias, íntegras; pero con la saturación social, cada uno alberga una basta población de posibilidades ocultas; es decir, cada yo que adquirimos de los demás puede contribuir al diálogo interno, a los debates privados que mantenemos con nosotros mismos respecto de toda clase de sujetos, sucesos y cuestiones (Gergen, op. cit.)

Es así que la idea del poder de la razón lleva consigo la promesa de alcanzar la verdad de la existencia de un mundo objetivo y cognoscible. En este sentido, la primera cuestión que nos queda clara es que en el modernismo está el nacimiento de la psicología como “ciencia”, y de los principales sistemas psicológicos y terapéuticos que llegan hasta nuestros días. Particularmente todas las disciplinas psicológicas son consecuencia de ella; por ejemplo, la psicología diferencial, encontrando las características distintas esenciales entre sujetos, la psicología de la personalidad, con su búsqueda de lo inherente del ser humano, con la evaluación y el psicodiagnóstico y su creencia en los métodos de estudio y en la técnica para detectar los elementos básicos, diferenciales o definitorios, y la propia psicopatología y la terapia; ya que como señala Ibáñez (citado en Beltrán, 2002), el concepto de locura es consecuencia de la época modernista, así como las terapias desarrolladas, el psicoanálisis, el humanismo, la terapia de conducta, y las primeras terapias cognitivas.

Bajo este discurso modernista, es que a la psicología se le empezó a considerar como un saber científico, racional y empírico; los fundamentos del



conocimiento desarrollaron reglas con un procedimiento científico, cuyo fin era el de establecer un saber “objetivo” estructurado a través del llamado “método científico” (Trujano, op. cit.); pues el éxito de una ciencia dependía de la sistematización y rigurosidad con que se daba el proceso de la razón y la observación.

Así, el lenguaje era entendido como un medio para describir, reflejar, comunicar o almacenar el conocimiento llamado “objetivo”, de tal manera que, uno de los puntos centrales sometidos a debate, ha girado en torno a la relación entre el mundo y el lenguaje descriptivo diseñado para representarlo.

Fue así que a mediados del siglo XX las ciencias tanto humanas como sociales se encontraban en el proceso de su fundamentación científica, observándose el desarrollo de una perspectiva positivista, la cual pretendió establecer las reglas básicas para la generación del saber “objetivo”, el cual, ha tendido a ser una influencia dominante durante varios años en la práctica “científica” hasta la actualidad.

Según Mardones y Ursúa (1997; en Beltrán, op. cit.) se pueden delinear cuatro aspectos que caracterizaron inicialmente al Positivismo:

1. *El monismo metodológico*: Los objetos abordados por la investigación científica pueden ser, y son de hecho, diversos, pero hay, como diría Comte, unidad de método y homogeneidad doctrinal; es decir, sólo se puede entender de una única forma aquello que se considere como una auténtica explicación científica.

2. *El modelo o canon de las ciencias naturales exactas*. Para Comte y Mill, la unidad del método positivo, tenía un canon o ideal metodológico frente al que se confrontaban el grado de desarrollo y perfección de las demás ciencias. Este baremo lo constituía la ciencia físico-matemática.

3. *La explicación causal* como característica de la explicación científica. La cual trata de responder a la pregunta “¿por qué?” ha sucedido un hecho. Las explicaciones científicas son, por consiguiente, causalistas, y si nos remitimos a Comte y Mill, tal explicación de carácter causal viene expresada también en la



búsqueda de leyes generales hipotéticas de la naturaleza que subsuman los casos o hechos individuales.

4. *El interés dominador del conocimiento positivista.* Comte pondrá el énfasis en la predicción de los fenómenos; el interés que guía el conocimiento positivo radica en el control y dominio de la naturaleza.

De este modo, se consideraba científico sólo aquel análisis de la realidad que trabajaba con estos dos pilares: la teoría de la relación lógico – matemática y la falsación o verificación empírica. Únicamente se aceptaba como verdadero y pleno de sentido lo que expresaba un estado de cosas objetivo, capaz de ser sometido a observación directa y comprobación mediante experimentos. Se pretendía que el lenguaje científico fuera universal, hecho de signos y símbolos nuevos, neutrales, unívocos, sin lastres históricos.

En el caso de la psicología Gergen (1991; en Beltrán, op. cit.) menciona que cuando a comienzos del siglo XX se redefinió el “estudio de la mente” tildándolo de “ciencia” y sus seguidores adoptaron los métodos, metateorías y modalidades de las ciencias naturales, el horizonte se amplió de forma impresionante. En el mundo intelectual, el desarrollo estaba orientado a establecer campos de estudio especializados, cada uno con su base lógica que lo justificara. En la psicología se inició la tarea de esclarecer la naturaleza del yo básico; se aplicó de manera sistemática la razón y la observación para conocer la “naturaleza del hombre”, predominando en la psicología norteamericana la metáfora del hombre como máquina. Fue así que las reglas expuestas por el pensamiento científico podían ser adoptadas por cualquier disciplina que afirmara estar generando conocimiento.

De tal manera que durante esta época, la psicología como disciplina independiente se caracterizó por la idea de que los hechos del mundo son “reales” y “objetivos” en espera de un agente exterior que los estudie, existiendo desde siempre e independientemente de los observadores, quienes, si son racionales y siguen el método científico, podrán llegar a conocerlos tal y como son



en “realidad”. De ahí que el discurso que se maneja podría concebirse como cerrado, rígido y totalitario, el cual implica como parte de su legitimación no solo la especialización del conocimiento (La Asociación Psicológica Norteamericana, por ejemplo, enumeró 34 especialidades psicológicas en 1991), sino la divulgación de los hallazgos en publicaciones previamente avaladas por la “comunidad científica” establecida (entre 1978 y 1988 aparecieron más de 29.000 publicaciones “científicas” periódicas en E. U) (Trujano, op. cit.). Por ello no es extraño encontrar frecuentemente argumentos de quienes proclaman la existencia de una única “psicología científica”, la que sigue un método científico, claro, revestido de seriedad, formalidad y universalidad, descalificando cualquier quehacer académico o profesional que se separe del discurso de “la verdad”. En este sentido, Gergen (en Trujano, op. cit.) señala que el surgimiento de la desconfianza en el movimiento conductista en psicología está estrechamente ligada con una decadencia del fundamentalismo empirista.

En resumen, la manera de concebir la psicología y al hombre durante esta época, la enlista Parry (en Caro, 1999) con las siguientes ideas o actitudes relacionadas con la modernidad:

- ⊖ Primacía de la razón.
- ⊖ “Psicologismo”.
- ⊖ Futuro de la ciencia y la técnica.
- ⊖ Racionalización, burocratización y “cientifización” de la vida social.
- ⊖ Progreso por vía de la ciencia.
- ⊖ Sistemas universales de pensamiento.
- ⊖ Existencia de un tema central que se pretende legitimar.

Con esto terminamos un recorrido por las diferentes salas dedicadas a presentar las distintas maneras de entender la “realidad”, hasta llegar por último a una sala cuya característica principal es que realza una serie de matices diferentes que de entrada, generan una curiosidad peculiar por conocer y comprender cómo es que bajo una nueva visión se circunscriben las actividades



humanas. Esta sala lleva por título “Postmodernidad y Construccinismo Social”. Al comenzar a visitar esta sala nos encontramos con lo siguiente:

“Vernos tal como nos ven los otros puede abrirnos los ojos. Ver que los demás poseen una naturaleza semejante a la nuestra es lo menos que aconseja la decencia. Pero es mucho más difícil (vernos) entre los demás como un ejemplo de las formas que ha adoptado en este lugar la vida humana, un caso entre otros casos, un mundo entre otros mundos”. (Clifford Geertz, Local Knowledge; en Gergen, 1992.)

Desde que surgió a mediados del siglo XX la cosmovisión *postmodernista*, tanto el vocabulario romántico como el modernista corrieron peligro; y sus concepciones sobre el yo están desmoronándose por el desuso, a la par que se erosionan los cimientos sociales que lo sustentan por obra de las fuerzas de la saturación del yo; pues las tecnologías que han surgido, han saturado los ecos de la humanidad, tanto de voces que armonizan con las nuestras, como de otras que nos son ajenas; a medida que asimilamos sus variadas modulaciones y razones se han vuelto parte de nosotros, y nosotros parte de ellas. De tal manera que, la saturación social nos proporciona una multiplicidad de lenguajes del yo incoherentes y desvinculados entre si. Para cada cosa que “sabemos con certeza” sobre nosotros mismos, se levantan resonancias que dudan y hasta se burlan, incitándonos a desempeñar una variedad de roles que el concepto mismo de “yo auténtico”, dotado de características reconocibles, se esfuma. Por lo cual, al entrar a esta nueva época “postmoderna”, todas las concepciones anteriores sobre el yo corren peligro, y con ellas, las pautas de acción que alientan.



Es así que, esta nueva sala nos muestra que el postmodernismo asume que no hay una realidad única y universal, sino muchas formas de entender las conductas, las interacciones y los eventos; y el lenguaje sirve como vehículo primario para la transmisión de los significados y comprensiones (Biever, Bobele, Gardner y Franklin, en prensa)

Kenneth Gergen (op. cit.), identifica al postmodernismo como una pluralidad de voces que rivalizan por el hecho de la existencia, que compiten entre sí para ser aceptadas como expresión legítima de lo verdadero y lo bueno. A medida que esas voces amplían su poder y su presencia, se subvierte todo lo que parecía correcto, justo y lógico. En el mundo postmoderno se cobra una creciente conciencia de que los objetos de los que hablamos no están “en el mundo” sino que más bien son el producto de nuevas perspectivas particulares; procesos como la emoción y la razón dejan de ser la esencia real y significativa de las personas; a la luz del pluralismo, los concebimos como algo engañoso, resultado de nuestro modo de conceptualizarlos; en las condiciones vigentes de esta era, las personas existen en un estado de construcción y reconstrucción permanente, es un mundo en el que todo lo que puede ser negociado vale. Cada realidad del yo cede paso al cuestionamiento reflexivo, la ironía y, en última instancia, al ensayo de alguna otra realidad a modo de juego. Ya no hay ningún eje que nos sostenga. Sin embargo, cabría preguntarnos ¿por qué se habrían de prever ahora alteraciones drásticas, siendo que estamos cada vez más saturados por nuestro entorno social?. En este sentido, Gergen (op. cit.) dice que a partir del concepto del yo vigente en otras culturas y periodos históricos se puede comenzar a revelar hasta qué punto pueden ser frágiles e históricamente fluctuantes nuestras actuales concepciones y costumbres, siendo así que lo que la gente considera “evidente” acerca de sí mismas es de una variedad enorme, ya que menciona que si el lenguaje está dominado por intereses ideológicos, si su uso está regido por convenciones sociales y su contenido por el estilo literario en boga, no puede reflejar la realidad. Y si no es portador de la verdad, se vuelve vano el concepto de una descripción objetiva.



Y a pesar de que no existe un consenso respecto al término postmodernidad, al momento histórico en que pudo iniciarse (Trujano, op. cit.), ni respecto a su caracterización, no se puede negar que estamos ante la presencia de un escenario histórico diferente (Limón, 1997; 1999) en donde podemos ver cómo cada vez estamos más globalizados por una forma de pensar que cuestiona la validez de los supuestos valores universales, de las creencias absolutas, de los discursos cerrados y excluyentes, como lo “adecuado”, “deseable”, “inapropiado”, etc. Esta forma de pensar que bien puede ser transitoria, está proporcionando las condiciones para el surgimiento de nuevas y estimulantes formas terapéuticas para enfrentar de una manera diferente los problemas de las personas. Es así que se considera que estamos cada vez más inmersos en un mundo de múltiples perspectivas acerca de la “realidad” y de “otras verdades”, que implícita y explícitamente están permanentemente cuestionando la supuesta obiedad y solidez de nuestras más arraigadas creencias y valores (Limón, 1999).

Como señala el mismo autor, es aquí cuando comenzamos a ver cómo se da la lucha por el poder y el predominio social en las diferentes versiones acerca de la realidad, de esa supuesta única versión verdadera de la realidad, que tanto daño le ha causado a la humanidad, sobre todo cuando se le ha dogmatizado, y en su obstinación, se han cerrado las puertas a otras versiones o perspectivas, y sobre todo al diálogo enriquecedor que puede prever la pluralidad. Es también bajo este marco histórico que surgen los movimientos feministas que permitieron fracturar los discursos dominantes de la época, facilitando la búsqueda en la vida cotidiana de relaciones más igualitarias entre los géneros, los movimientos de estudiantes, y los cuestionadores discursos referentes a lo masculino y lo femenino (Trujano y Limón, en prensa). Por esto, vemos que esta época nos expone constantemente a otros valores, opiniones y estilos de vida, situaciones que permanentemente nos están empujando a una nueva conciencia de nosotros mismos (Limón, 1997).

Podemos resumir los puntos más importantes del postmodernismo de la misma manera en que lo hace Harlene Anderson (en prensa).



-
- a) La realidad, lo que llamamos la verdad, es vista como una construcción social y por lo tanto de naturaleza relacional. La realidad es dinámica, está en constante creación, es fluida y siempre cambiante.
 - b) El conocimiento, lo que conocemos o creemos conocer, también es visto como una construcción social; tanto el conocimiento y el que conoce son interdependientes.
 - c) El lenguaje y la comunicación tanto hablada como no verbal es vista como formativa, creadora y generadora. El lenguaje es el vehículo principal a través del cual construimos y le damos sentido a nuestro mundo. El lenguaje no refleja simplemente la realidad sino que crea la realidad social y el conocimiento.
 - d) Los significados, o el sentido que le damos a las cosas, no se localizan en las palabras mismas, sino que se van desarrollando en el modo en el que usamos las palabras unos con otros, a través de la conversación y la interacción, dentro de un contexto social y cultural más amplio.
 - e) La heterogeneidad, la multiplicidad y la divergencia de muchas voces son vistas como la semilla de lo novedoso.

Con todo lo anterior, la nueva visión que trae consigo el postmodernismo puede ser ilustrada mediante el desarrollo del arte en el último siglo, ya que históricamente los artistas se enfrentaban al problema fundamental de concebir una representación precisa de un mundo tridimensional sobre un lienzo plano, es así que los artistas dominaron las leyes de la perspectiva, el color, y la composición en un intento por dar al espectador una representación casi perfecta de la realidad. En la medida en que avanzamos hacia el siglo XX, la meta del



artista fue cambiando, ésta ya no era la representación, sino más bien la presentación de un lienzo que fuera capaz de transmitir las impresiones del mismo artista, sus interpretaciones del tema, la manera en que se sentía sobre ese tema, quizá intentado provocar en el espectador un sentimiento similar. Los artistas estaban menos absortos en el problema de representar la realidad y más fascinados por evocar realidades y experiencias en el observador (Biever, et. al., en prensa).

1.1 Construccinismo Social

Como hemos visto, el postmodernismo lleva implícitas las ideas del construccionismo social, pero ¿a qué nos referimos con esto?

Los construccionistas sociales no sólo cuestionan la idea de una verdad única, sino que hasta dudan de que la investigación social objetiva sea posible. Sostienen que no podemos saber qué es la “realidad social” y, como consecuencia, cuestionan la investigación científica tradicional, con sus tests, estadísticas y coeficientes de probabilidad, las que conciben como una expresión de anhelos, cuando no lisa y llanamente como una mentira. Naturalmente, la aceptación de esta afirmación significaría cuestionar directamente el *statu quo* de la profesión de la salud mental (McNamee y Gergen, 1996).

Un importante grupo de pensadores postmodernos, son los llamados construccionistas sociales (Biever, et. al., en prensa), y es que a mediados de los años ochenta del siglo XX, desarrollan la “teoría del construccionismo social”, la cual, para Beltrán (2002), constituye una propuesta para explorar las diversas maneras de construir y socavar realidades, de analizar los procesos mediante los cuales se consigue describir, explicar o dar cuenta del mundo en que se vive; más que una postura filosófica o epistemológica, constituye una forma de indagación. Asimismo, Ibáñez (1990; en Limón, 1999), señala que el construccionismo social es una aproximación con un estrecho vínculo en el campo de la filosofía y la sociología, aunque sus particularidades se desarrollaron en el campo de la psicología social. Esta propuesta fue emergiendo como un intento de encontrar



una metateoría que pudiera representar una alternativa válida frente al modelo empirista de la ciencia, además de que durante todo su proceso no estuvo exenta de dificultades, y por lo tanto, no se descarta la posibilidad de rectificaciones futuras.

Podemos citar algunos antecedentes respecto al surgimiento de la perspectiva socio-construccionista:

Por un lado tenemos que Potter (1998; en Beltrán, op. cit.) reconoce que filósofos e historiadores empezaron a construir una visión distinta de la ciencia, la cual se caracterizó por una ruptura de la distinción entre observación y teoría; por la noción de que las creencias científicas se vinculan entre sí mediante redes complejas (resultados experimentales, teorías establecidas, ideas sobre métodos, datos estadísticos, etc), y por el énfasis en incluir a las prácticas y las comunidades de científicos como parte del proceso de generación de conocimiento. Este es el contexto de aparición del socioconstruccionismo.

A su vez, Gergen y McNamee (en Beltrán, op. cit.) presentan este escenario como el antecedente del construccionismo social y lo organizan en tres grandes líneas críticas respecto a la concepción formal o racional del conocimiento. Estas críticas invitan a una reconsideración completa de la naturaleza del lenguaje y de su lugar en la vida social: la crítica social, la crítica ideológica y la crítica literario retórica.

◦ *La crítica social.* Este movimiento surge a partir del interés por el contexto en el que toman forma diversas ideas y los modos en que estas ideas, a su vez, dan forma a la práctica científica y a la comunidad de científicos. En este sentido, “La estructura de las revoluciones científicas” de Thomas Kuhn (en Beltrán, op. cit.) desafía la concepción de la ciencia como la poseedora de la verdad y sugiere una concepción social de la transformación de los paradigmas científicos. Asimismo, considera que la ciencia no consiste en la continua adquisición de un conocimiento acumulativo, sino en una serie de revoluciones paradigmáticas en las que un grupo de científicos intentan convencer a la comunidad profesional de



que el nuevo paradigma explica mejor las anomalías que habían emergido en el paradigma anterior.

Otros trabajos importantes para esta visión crítica del pensamiento científico lo constituye la obra de Feyerabend, “Tratado contra el método”, en el cual se cuestionó el punto de vista de que el conocimiento podía generarse a partir de cualquier conjunto predeterminado de procedimientos de investigación. Por otro lado, encontramos que las ideas de Willard van Orman Quine mostraron que ninguna observación única puede tener un efecto determinante en el tejido de las creencias científicas, lo cual puso en tela de juicio el papel de la observación como una de las bases para el conocimiento científico.

Por su parte, Berger y Luckmann (1966; en Beltrán, op. cit.), con su trabajo “La construcción social de la realidad”, establecieron los procesos de construcción social como tema central de estudio y propusieron adoptar una postura “simétrica” en relación a la verdad o falsedad de un conocimiento. Esta postura libera al investigador de tener que tomar partido por grupos determinados, cuyas creencias estén mejor establecidas que las de otros y, también, lo libera de tener que decidir qué debe de considerarse cierto y qué no. Ambos creen que la sociología del conocimiento debe ocuparse de todo aquello que se entiende por conocimiento, independientemente de la validez o nulidad de ese conocimiento.

◦ *La crítica ideológica.* Ésta se refiere a la orientación de diversos grupos sociales y académicos por revelar los propósitos ideológicos, morales o políticos de explicaciones que suponen ser objetivas o desapasionadas. Intenta poner de manifiesto los sesgos valorativos que subyacen a las afirmaciones de la verdad y la razón, principalmente aquellas que se dan por sentadas en el discurso de las instituciones dominantes: la ciencia, el gobierno, lo militar, la educación, entre otras.

Se muestra que ni la justificación racional de la ciencia, ni la confianza en la metodología empírica permiten al científico elevarse más allá de las consideraciones morales, éticas e ideológicas. Asimismo, implica que se cuestione el supuesto de que el lenguaje puede ser portador de la verdad y que la ciencia



puede proveer descripciones objetivas del mundo. Y es así, que también considera que todas las prácticas científicas, metateóricas, teóricas y metodológicas, tienen consecuencias para algún modo de vida particular.

◦ *La crítica literario-retórica.* Por un lado surge por parte de algunos teóricos literarios por desarrollar estándares fundamentales en la interpretación de textos conforme criterios realistas, y por otro, de analistas del discurso que estudian las formas a partir de las cuales se construyen realidades.

Un antecedente importante para el desarrollo de las ideas construccionistas lo constituyen los trabajos sobre la filosofía del acto discursivo expresada por John Austin en “Cómo hacer cosas con palabras” (1962; en Beltrán, 2002), en el cual ataca los puntos de vista del lenguaje que otorgaban una importancia fundamental a los aspectos referenciales de la verdad y la falsedad. Resaltó la naturaleza práctica (performativa) del lenguaje, la cual exige que la atención se centre menos en los actos lingüísticos mismos y más en las pautas más amplias de interacción en las que se producen. En su teoría de los actos discursivos, todas las expresiones realizan acciones y, al mismo tiempo, presentan rasgos dependientes de cuestiones de verdad y falsedad. El lenguaje es visto como un medio de acción.

Por otra parte, los teóricos literarios nuevamente cuestionan la noción de que el lenguaje sirva para describir y explicar la realidad, y mencionan que es con las convenciones de la descripción lingüística, no con la cognición, con las que se construye el mundo fáctico. Un antecedente importante bajo esta línea lo constituye el movimiento estructuralista (Saussure, Lévi-Strauss y Chomsky), que desafió el presupuesto del lenguaje como espejo. Posteriormente Derrida (citado en Beltrán, op. cit.) desarrolló nociones sobre el discurso, la metáfora y la retórica, las cuales tuvieron importantes repercusiones para la manera de entender la factualidad. Asimismo, ha explorado cómo se producen los “efectos de verdad” en el discurso, principalmente en su forma escrita, y ha analizado cómo se sostiene un argumento y se hace que parezca lógico o necesario. El objetivo de su programa de deconstrucción (como suele denominársele) se ha centrado



principalmente en disipar las ficciones sobre el lenguaje, la verdad y la lógica que divulgan los filósofos. Argumenta que las verdades filosóficas dependen de su realización en el discurso y que su eficacia no está generada por su lógica abstracta, sino que es producto del lenguaje en el que se expresan. Destaca que los argumentos de los hablantes no se originan en sus pensamientos individuales, sino que poseen sus propias historias culturales complejas. Los hablantes recurren a un sistema complejo de metáforas, figuras del discurso y presuposiciones organizadoras a gran escala, pero no tienen estos procesos bajo su control.

De tal manera que los estudios retóricos critican de forma más aguda el uso del lenguaje para representar la realidad, analizando los medios por los cuales diversas formas de hablar o escribir ganan fuerza persuasiva, poder, y constituyen formas narrativas o metáforas que configuran ontologías diferentes. Al respecto, Foucault (1972; en Beltrán, op. cit.) sugiere que los discursos, además de producir objetos, pueden producir sujetos; es decir, que las formas de hablar sobre los objetos se relacionan estrechamente con identidades particulares; por ejemplo, en la medida en que los discursos de la psicología y la “salud mental” generan nuevas entidades, también generan nuevas posiciones desde las cuales hablar. El hablante se puede expresar como un extrovertido, como un esquizofrénico o como alguien totalmente reprimido; en cada caso, los discursos proporcionan maneras de hablar, canales particulares y autoridades.

La relevancia de esta línea crítica, radica en que plantea problemas fundamentales a los modelos simples de la ciencia y, con ello, aporta las condiciones para reconocer no sólo los detalles de la dimensión sociohistórica de la actividad científica, sino también la naturaleza comunitaria, relacional y discursiva de las prácticas científicas.

Con lo anterior, podemos decir que para los construccionistas sociales el mundo que percibimos y los significados que creamos acerca del mundo son el resultado de interacciones sociales, es decir, hablamos con otras personas y vivimos en un contexto cultural que nos transmite significados.



Esta teoría se basa fundamentalmente en dilucidar los procesos mediante los cuales las personas consiguen describir, explicar o dar cuenta del mundo en que viven (Limón, 1999). En este sentido, McNamee y Gergen(1996) mencionan que todo lo que se puede decir acerca del mundo (incluyendo al yo y a los otros) está determinado por las convenciones del discurso. Es por esto que nuestras construcciones del mundo están limitadas por nuestra lengua, pero nosotros somos en gran medida responsables de estas limitaciones, puesto que somos quienes generamos las convenciones del discurso, tanto en la ciencia como en la vida cotidiana, y debido a que tenemos la capacidad de generar relatos aceptables, poseemos también la capacidad de alterarlos, pues es en la continua interacción comunicativa con otros, que nos creamos a nosotros mismos y al mundo. Y es también en la interacción comunicativa donde se posibilita este cambio. De esta manera, las descripciones y las explicaciones que hacemos ni se derivan del mundo *tal como es*, ni son el resultado inexorable y final de las propensiones genéticas o estructurales internas al individuo. (Shotter, 2000; en Beltrán, op. cit.). Las palabras adquieren su significado sólo en el contexto de las relaciones, y en gran medida, es también la tradición la que permite que nuestras palabras aparezcan como fundamentadas o como descripciones de lo que *la realidad* es; en efecto, lo que tomamos por lo “real y lo bueno” es, en su mayor parte, un producto de los relatos textuales que se cargan de significación a partir de la manera en que se usan dentro de las relaciones interpersonales, pues es en la experiencia humana que esta realidad es construida lingüísticamente, conversacionalmente, y es a través de este lenguaje que la realidad se produce, reproduce y cambia. En este sentido, la investigación del proceso social se circunscribe a la interacción discursiva.

Es así que la teoría del Construccinismo Social, también identificada como “socioconstruccinismo” o simplemente como “Construccinismo”, es otra forma de pensar que recientemente ha empezado a deslizarse, primero en las universidades, particularmente en el campo de la Psicología Social, para posteriormente emigrar a los escenarios de la terapia familiar. Aunque



frecuentemente se ha confundido con el constructivismo, dado que comparten algunas premisas, lo cual favorece que esta situación, además de la similitud en la palabra o por circunstancias de traducción. Lo que comparten es la premisa de la naturaleza construida del conocimiento y su escepticismo acerca de las garantías fundamentadoras para una ciencia empírica, además de que las dos se oponen a la idea modernista de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. Por otro lado, la diferencia fundamental entre estas perspectivas se encuentra en que en general las propuestas constructivistas enfatizan la construcción psicológica o cognoscitiva, y no necesariamente relacional, que el individuo elabora del mundo de experiencia. Asimismo, promueve una imagen del sistema nervioso como una máquina cerrada, y según esta idea, las percepciones y los constructos toman forma a medida que el organismo se golpea contra su entorno. Por el contrario, para los teóricos de la construcción social, ni la “mente” ni el “mundo” tienen un estatus ontológico garantizado, pues postulan que las ideas, conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Todo conocimiento, sostienen, evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del “mundo común y corriente”. Y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior (McNamee y Gergen, 1996). De tal manera que Limón (1997) menciona que son formas de pensar que tienen tendencias conceptuales y pragmáticas diferentes.

Entre las importantes aportaciones del construccionismo, encontramos:

Teoría de la acción, que preocupada por el tema de la intersubjetividad y la naturaleza social de los significados, concibe al ser humano como un ser propositivo, capaz de auto dirigir su conducta, dotado de racionalidad e implicado en la construcción y desciframiento de significado. También encontramos *la corriente etogenética* de Rom Harré, que mantiene un estrecho vínculo con la teoría de la acción de Wittgenstein, y con elementos que provienen del interaccionismo simbólico; otra aportación proviene de la *teoría de la atribución*, cuyas raíces se encuentran en la fenomenología de Heider y trabaja sobre las



formaciones y prácticas discursivas. También se encuentra *la orientación dialéctica marxista y postmarxista*, en donde, con los trabajos de Marianthi Georgoudi, se enfatiza la naturaleza histórica y relacional de los objetos, su carácter procesual y evolutivo. El contextualismo de Ralph Rosnow pone énfasis en el carácter organizado de la totalidad contextual en el que transcurren los acontecimientos humanos, resaltando que el contexto solo existe a través de los actos que constituye, y que los actos solo existen en relación al contexto que los constituye.

En el caso de la *teoría de la estructuración* de Anthony Giddens, se resalta la naturaleza hermenéutica de los significados, así como los niveles de conocimiento discursivo y práctico. Otra aportación proviene del modelo *transformacional de la actividad social* de Roy Bhaskar, quien destaca el carácter abierto de los sistemas sociales; la dimensión crítica y los posibles efectos emancipatorios de las ciencias sociales, en la medida en que permiten que las personas perciban las fuentes de determinación que actúan sobre ellas, y de esta forma se liberen de las falsas concepciones. Otra aportación proviene de la *teoría crítica* de Jurgen Habermas, con su distinción entre el interés por el control y la predicción; y el interés por la comprensión y la emancipación, los cuales subyacen en tres tipos de conocimiento diferente: el analítico, el hermenéutico y el crítico. Finalmente se encuentra la aportación de la *orientación hermenéutica*, en donde resalta el trabajo de Dilthey, Heidegger, Wittgenstein, Gadamer, Habermas, Ricoeur o Taylor, quienes destacan que el saber posa sobre presupuestos hermenéuticos y sobre las pre-interpretaciones inherentes al lenguaje, asimismo se dice que toda interpretación es relativa a sus condiciones socio históricas de producción y a los anclajes culturales y lingüísticos del sistema de significados que la articulan, esta interpretación siempre estará condicionada por nuestra posición dentro de una tradición histórica y cultural.

En resumen, el construccionismo social se aleja del interés por la predicción y control, para identificarse como lo señala Ibáñez (1990a; en Limón, 1999), por el interés en la comprensión y en la emancipación, lo cual podría favorecer la



elaboración de “teorías generativas” que contengan la capacidad de cuestionar las creencias dominantes, originando formas alternativas para la acción social.

Se trata pues, de una perspectiva que puede llegar a tener múltiples implicaciones, todas ellas importantes para la construcción científica contemporánea y, en el caso que nos ocupa, para la construcción de realidades alternativas contemporáneas (Limón, 1999); entendiéndose también como una aproximación ecléctica (por decirlo así) que además de proponer una nueva tendencia o perspectiva, deja la puerta abierta para retomar otros puntos de vista, sobre todo aquello que ha ido nutriendo a esta orientación identificada con el movimiento postmoderno. Así, contrario a las creencias de la tradición científica identificada con la modernidad, la tendencia socio-construccionista afirma que la mente no refleja el mundo, que las palabras no reflejan el contenido de la mente y, por tanto, las palabras no reflejan el mundo o la realidad. Tal como lo afirma Ibáñez (1990; en Limón, 1997) la realidad consiste en una serie de convenciones culturales históricamente situadas y mediadas a través del lenguaje; el significado de las palabras no se deriva de los procesos que supuestamente representa sino mas bien de su posición en los juegos de lenguaje, en donde el significado último de las palabras suele llegar a perderse.

Por esto, para esta orientación y para algunas otras identificadas con la postmodernidad, una historia en particular no es “falsa” ni “verdadera”, sino una construcción social como muchas otras, sin pensar en que algún discurso en particular se vuelva en el discurso privilegiado. Es un relativismo que abre las puertas para aceptar la “veracidad” de las múltiples perspectivas o discursos sin que se tenga que comprometer con ninguno de ellos en particular (Limón, 1997).

Es así que esta nueva visión dada por las ideas posmodernistas y socio-construccionistas, puede llegar a tener importantes implicaciones para la construcción del conocimiento científico contemporáneo, con lo cual, los fundamentos modernistas del saber objetivo, tan esenciales para las instituciones científicas y educativas, pierden vigencia y se desmoronan rápidamente. La creciente conciencia de la multiplicidad de perspectivas y del derecho a la



pluralidad, socava cualquier intento de establecer “lo correcto”. Por ello, saber que no hay algo determinado, a lo que debemos ajustarnos en nuestro quehacer profesional, más que amenazante, puede ser realmente liberador. Para muchos académicos, las limitaciones impuestas tradicionalmente por las diversas disciplinas (o sea, “manera correcta y científica” de hacer psicología en nuestro caso), pierden su justificación básica.

Es aquí donde terminamos nuestro recorrido por esta galería, cuyas obras nos mostraron todo un bagaje de cosmovisiones históricas, culturales y personales, dando así un matiz distinto a cada óptica que se ha tenido acerca de la “realidad”, y por lo tanto a los procesos ideológico y prácticos que a partir de ello se han desprendido. Siendo así que el quehacer terapéutico no queda exento de estos cambios y procesos, favoreciéndose de este modo que se gesten orientaciones y posturas diferentes.

De tal manera, que en el siguiente capítulo abordaremos algunas concepciones de psicoterapia, así como también, las diferentes perspectivas dentro de ésta, de modo que lleguemos a comprender el por qué las identificamos como los antecedentes de las terapias de corte narrativo o postmoderno, a las cuales pertenece la Terapia Centrada en Soluciones, propuesta por O’Hanlon y Weiner-Davis, y objetivo principal de la presente tesis.

CAPÍTULO 2

Una construcción de cosmovisiones en Psicoterapia





CAP. 2. UNA CONSTRUCCIÓN DE COSMOVISIONES EN PSICOTERAPIA.

Retomando el capítulo anterior, acerca de los cambios que se han dado desde el renacimiento a la postmodernidad, podemos decir que el quehacer psicológico no ha quedado fuera de estas transiciones, pues, como en otras disciplinas o áreas de la expresión humana, el trabajo psicoterapéutico también ha abierto sus puertas a nuevas cosmovisiones. Por decirlo de alguna manera, es como si estuviéramos hablando de un tipo de arte como lo es la Arquitectura, en la que, a pesar de que hay variadas formas de diseñar, construir, y detallar, se comparte un objetivo común que es quizá el cubrir a las personas que van a vivir o asistir en dicha construcción de las inclemencias del tiempo; o quizá, el que sólo se sientan a gusto estando ahí. Pero tal como ocurre en esta área, en la psicoterapia también al paso del tiempo se han dado algunas transformaciones, y esas distintas formas de diseñar, construir y detallar de las que hablábamos, han propiciado el surgimiento de algunas orientaciones que se postulan como opciones valiosas, pues a nuestro parecer, amplían la visión que podemos tener los psicólogos en nuestro quehacer terapéutico. Es así que empezaremos con un nuevo recorrido en donde nuestro propósito primordial es el de comprender cómo algunas perspectivas en la psicoterapia allanaron el camino para el surgimiento de otras que parecían más promisorias, de tal forma, que trataremos de presentar cómo es que se fueron dando cada una de éstas, aterrizando específicamente en la terapia familiar sistémica, a la cual podemos ver como el antecedente principal de las terapias de corte narrativo y postmoderno, de las que se hablará en el siguiente capítulo.

Si queremos comprender una nueva cosmovisión en psicoterapia, es importante conocer y comprender primero a qué nos referimos con esta palabra, utilizada tan coloquialmente por los psicólogos, y los no psicólogos.



2.1. Una mirada a la concepción de psicoterapia.

La terapia emergió en un mar de diferentes disciplinas, con afluentes de la psicología, la medicina y la filosofía. Estas disciplinas se ocupan habitualmente de explicar, diagnosticar y comprender la naturaleza humana, y aunque son disciplinas valiosas, se ha visto que la terapia implica un conjunto distinto de preocupaciones, y esto ha llevado a que a lo largo de la historia reciente, el término psicoterapia y sus prácticas asociadas han tenido explicaciones y connotaciones muy diversas, mismas que han generado gran cantidad de “formas de intervención”, tendientes en principio, a ayudar a las personas a que enfrenten sus problemas. De acuerdo con Limón (1999), el término psicoterapia, genéricamente se podría decir que se refiere a un término compuesto que vincula la idea de tratamiento (terapia) con una peculiaridad “mental” o “psíquica”, que supuestamente caracteriza al ser humano; sin embargo, también se trata de un término polisémico que contiene un sin número de implicaciones tanto teóricas como pragmáticas que se han reflejado en la gran diversidad de modalidades psicoterapéuticas; de alguna forma, es como si la psicoterapia fuera un territorio donde se hablaran muchos lenguajes (Jay y Garske, 1988).

Por su parte, White (2002) menciona que dentro del quehacer terapéutico, existe una concepción unidireccional, la cual subyace a la mayoría de las prácticas terapéuticas de las diferentes orientaciones. No importa cómo conciban estas diferentes escuelas la contribución específica del terapeuta, ni a esas prácticas terapéuticas transformadoras (sea en términos de la introducción de determinadas intervenciones, en términos de proporcionar una nueva perspectiva sobre ciertas situaciones, en términos de emprender determinados procesos educativos, en términos de la introducción de hipótesis que perturben los sistemas, o en cualquier otro); siendo así, que la interacción terapéutica es prácticamente siempre unidireccional. En esta concepción unidireccional, se entiende que el terapeuta posee un saber terapéutico que es aplicado a la vida de la persona que lo consulta.



Sin embargo, esta visión sin duda reproduce el dualismo sujeto-objeto que está tan generalizado en la estructuración de las relaciones de poder en la cultura occidental contemporánea. Un número importante de personas que buscan terapia han arribado a conclusiones magras acerca de sus vidas y sus identidades, “comprenden” que están privados de los saberes y habilidades necesarias para abordar los problemas de sus vidas; “reconocen” el hecho de que carecen del discernimiento personal para saber qué sería lo mejor para sus vidas; se han “dado cuenta” de que carecen de las cualidades personales necesarias para salir de sus dificultades, etc. Según esta concepción, a las personas se les construye como receptoras y es así que esto viene a significar un refuerzo de las conclusiones que las personas ya traían consigo al contexto terapéutico.

Por otra parte, para O’ Hanlon y Weiner-Davis (1993) la terapia implica intentos deliberados de producir cambios en los puntos de vista y/o de acción que a su vez lleven a la solución; lo cual, no quiere decir que el tener una buena explicación sobre la naturaleza y el origen del problema produzca necesariamente el resultado terapéutico deseado. Y como bien lo afirman, no existe una teoría correcta de la psicoterapia, ya que muchos enfoques, teorías y técnicas diferentes parecen producir cambios y resultados positivos, por lo tanto, no hay una fórmula instituida para producir dichos cambios.

Entonces, al parecer, la psicoterapia, al igual que una construcción, puede ser vista desde diferentes ángulos, y proporcionar diferentes perspectivas, que para quienes tienen una visión más amplia de esta, les puede parecer un tanto simple o con ausencia de detalles, así que para ellos, es posible ofrecer un paisaje más alentador.

Sin embargo, en la presente tesis tendremos que definir algunos conceptos que vamos a estar continuamente utilizando con el fin de entender bajo qué perspectiva nos vamos a estar moviendo.

En los capítulos siguientes, se utilizarán las palabras “terapia” y “psicoterapia” para referirnos a las formas y procedimientos utilizados para ayudar a las personas con problemas; las palabras “terapeuta” y “psicoterapeuta” para las



personas o especialistas que realizan esta actividad, y “cliente” para las personas que buscan ayuda en esta práctica social o profesión; y como Limón (1999) menciona, el término psicoterapia se considerará aquí como una práctica social dirigida a ayudar a personas que enfrentan problemas, pero sobre todo (y esto es importante), a quienes buscan esa ayuda; lo cual nos aleja de la tentación de ser como en el pasado, los expertos que deben decidir sobre la vida de los demás.

2.2. Diferentes perspectivas dentro de la psicoterapia como antecedentes de las terapias de corte narrativo o postmoderno.

Con sólo un siglo de existencia, la psicología se ha ramificado vigorosamente, ya que sus planteamientos hacen notar que hasta la actualidad no ha surgido una psicología unitaria, sino que actúa como una especie de foro, en donde llegan concepciones diferentes y plasman su ideología por medio de una obra de arte.

Es así que podemos empezar a ver la cosmovisión de la labor terapéutica, ubicándonos por ahora en dos ángulos distintos. La psicología profunda y la psicología conductista, conocidas también como psicoanálisis y behaviorismo, respectivamente. La primera de ellas ahonda en las interioridades de lo anímico, en tanto que la segunda mira al comportamiento externo y observable. (Ludewig, 1996).

Desde la perspectiva de su fundador Sigmund Freud, el objetivo inicial del psicoanálisis (denominado así desde 1896) era descubrir la conexión interna entre procesos anímicos y fisiológicos y explicar la psique de un modo científico. Todo cuanto ocurría en las profundidades del alma respondía a tres instancias psíquicas: había un “regulador”, que es el “yo”, una fuente de energía, el “ello” y una instancia controladora montada por la socialización, que es el “super yo”. Los procesos anímicos configuran una dinámica que no es accesible a la conciencia, o solo puede abrirse a la misma de una manera indirecta. Por ello, se entiende el psicoanálisis como una teoría del inconsciente o subconsciente. Su metodología



es de índole analítica, y la dinámica intra psíquica solo puede reconstruirse mediante la fragmentación de lo expresado en elementos.

Por otra parte, el conductismo, al igual que el psicoanálisis, es una criatura de la imagen mecanicista del mundo. El objetivo que se perseguía, era el de dar a la terapia un fundamento empírico y de probar experimentalmente su eficacia. Cualquier terapia tenía que insertarse en el campo de lo pragmático y conducir a unos resultados comprobables.

Es así, que podemos decir que tanto el psicoanálisis como la psicología conductista persiguen en definitiva, pese a las diferencias, el mismo objetivo: investigar analíticamente al hombre y establecer conexiones causales. Ambas aspiran a la validez objetiva de sus afirmaciones y conocimientos, ambas generalizan sus hallazgos clínicos o experimentales y los transfieren a la “naturaleza del hombre”. Ambas eligieron al individuo como unidad fundamental de sus sistemas mentales, en los que lo supraindividual solo juega un papel secundario, como objeto, representación, estímulo social, reforzador, etc.

Ambas concepciones llegaron a ser, a mediados del siglo XX, los pilares de la psicología. Pero su común imagen del hombre (alentada por los éxitos de las ciencias de la naturaleza en el siglo XIX) fue como un sistema mecánico, e indujo después de la segunda guerra mundial a muchos psicólogos americanos a constituirse en una “tercera fuerza”. En ese movimiento colectivo se unieron todos los especialistas que estaban insatisfechos con la concepción mecanicista (Ludewig, 1996).

Los psicólogos experimentales y de la personalidad, hasta entonces anclados por entero en el individuo, tuvieron cada vez más en cuenta el contexto y la vinculación social de sus pacientes; por lo que nace la psicología humanista, que alcanzó el punto culminante de su influencia a finales de los años sesenta y comienzos de los setenta. Sin embargo, no consiguió imponer un concepto “humanista” de la ciencia, pues se liberó sólo a medias del esquema corriente del positivismo, pues sus trabajos cuantitativos fueron justamente criticados como poco claros desde el punto de vista metodológico por parte de la psicología



académica. Además, estuvo marcada por una sutil contradicción interna entre respeto al individuo y un imperativo oculto: la diferencia entre “¡Tu puedes!” (¡ser auténtico, maduro, abierto, etc.!) y la exigencia “¡Tu debes!” era tan pequeña, que el grado de autorrealización conseguido caía por su propio peso en una jerarquía, de la cual los psicólogos humanistas, derivaban el derecho a educar “hombres mejores”; ello relativizaba drásticamente su postura humanista y los conducía a una contradicción notable.

A pesar de ello, este movimiento ha aportado entre otros, dos planteamientos de gran influencia: la terapia gestáltica y la terapia conversacional, centrada en el cliente. Ambas se basan en la idea de que una personalidad sana sólo llega a madurar cuando pueden desarrollarse libremente los potenciales de crecimiento que hay en el hombre. Una conducta anormal sería el resultado de un bloqueo del libre desarrollo, debido a unas circunstancias adversas al desarrollo individual (Ludewig, op. cit.).

Las aportaciones decisivas del planteamiento humanista al desarrollo de la psicoterapia son: el énfasis en el aquí y el ahora (orientación al presente), la concentración en las peculiaridades de quien busca ayuda (centrarse en el cliente), y en la relación entre cliente y terapeuta (enfoque de la interacción). La terapia humanista fomenta todo lo que se da en el cliente (orientarse por los recursos) y respeta su autonomía (respeto como actitud básica) (Ludewig, op. cit.).

Es así que hasta mediados del siglo XX, la concepción que la psicoterapia tenía de sí misma contemplaba los préstamos constantes de la física y la medicina; sin embargo, al mismo tiempo pero corriendo paralelamente a la psicología, la psiquiatría empezó a ocuparse con mayor interés (debido a su incremento en la década de los cuarenta) de esa “enfermedad”, hasta entonces rodeada de cierto misterio, llamada esquizofrenia, la cual ha sido históricamente un “nudo” de difícil solución, con el que se han enfrentado distintas teorías, sin que ninguna de ellas pudiera ofrecer explicaciones suficientes de su ocurrencia, desarrollo y mucho menos para su cura o solución. Inicialmente las aclaraciones



dadas en torno a ella, resultaban muy simples, porque se atribuía la enfermedad, a entidades sobrenaturales. Posteriormente con los avances de la medicina, aparecen teorías más elaboradas que explican la enfermedad por medio de disfunciones neuronales, enzimáticas, etc., ofreciendo siempre en estos casos un *locus* de control interno (Eguiluz, 2001)

A finales de los años cuarenta, el interés científico se vuelca sobre la relación madre-hijo, al descubrir de manera azarosa (observando las cintas grabadas de los pacientes dados de alta) el cambio que se operaba en el comportamiento del paciente psiquiátrico hospitalizado, ante la visita de su madre. Cuando el sujeto esquizofrénico obtenía su alta después de una temporada de comportamiento “sano”, los parientes iban a recogerlo al hospital; después de un breve intercambio verbal con su madre, el paciente presentaba nuevamente un brote psicótico, por lo que requería reanudar su internación. De esta época son los trabajos de Frieda Fromrn Reichmann (1948; en Eguiluz, op. cit.), quien apoyándose en el modelo psicoanalítico, propone las primeras hipótesis patogénicas en relación a la figura de la madre y el hijo. El concepto de “madre esquizofrenógena” se refiere a la enfermedad de la madre a quien se le adscribía carácter inductor de patología en el hijo. Posteriormente la diada patológica (madre-hijo) se va extendiendo para incluir también al padre.

Aquí es interesante notar, cómo desde dos disciplinas aparentemente ajenas (la psicología y la psiquiatría), se obtiene la conclusión de que es importante tratar con el individuo no en aislado, sino en su contexto natural, y que lo que hay que enfocar no es lo externo ni lo interno, sino la interacción. Poco a poco, los estudios sobre las interacciones familiares (sobre las pautas familiares que se asocian de manera estable a un tipo de enfermedad mental, así como sobre las técnicas orientadas a modificar modalidades interactivas que favorecen o perpetúan las conductas patológicas) van constituyendo una nueva disciplina (Boszormenyi-Nagy y Framo, 1976; en Eguiluz, 2001). Este nuevo campo comienza a desarrollarse a partir de la Segunda Guerra Mundial, principalmente en los Estados Unidos, ante el incremento de enfermos psicóticos y la proliferación



de desórdenes emocionales que fueron hallados entre los excombatientes y los miembros de sus familias.

Pero sólo hasta pasados los años cincuenta, surgieron los modelos teóricos enfocados hacia la interacción familiar, siendo así, que es aquí donde nace y desde donde se puede ver un panorama nuevo o una cosmovisión diferente dentro de la psicoterapia: había nacido la terapia familiar.

Este nuevo enfoque, surge en torno a los años 1952 a 1962 (Ochoa, 1995), y proviene de diversas teorías que abarcan distintos campos del saber: la cibernética, la antropología, la lingüística, los sistemas, la lógica matemática, la comunicación; avalados todos ellos, por una nueva fuerza en la psicología que ha dejado a un lado lo subjetivo-interno del modelo freudiano y lo objetivo-externo del modelo médico y el conductista; para concentrarse así, en el estudio de la interacción que se establece entre el individuo y su grupo primario, es decir, su familia (Eguiluz, 2001).

Los factores clínicos que desencadenan su nacimiento concurren cuando diversos terapeutas, de forma independiente, deciden entrevistar al grupo familiar para obtener más información sobre el miembro sintomático; es así, que la experiencia de observar la dinámica familiar, desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los componentes de la familia.

De tal modo que, como un largo y complejo proceso legado de importantes pensadores y de interesantes agrupaciones intelectuales, fue que en el siglo XX empezaron a surgir estas otras formas de pensar, como fruto de valiosas inquietudes, las cuales incluían una importante oposición a la perspectiva positivista que estaba dominando entonces. Se trató de una gran inquietud intelectual que se empezó a permear por todos los escenarios del conocimiento, y poco a poco llegó a abarcar los ámbitos tradicionales de la psicoterapia (Limón, 1999).

Una de sus contribuciones “quizá la más relevante”, está representada por la figura de Gregory Bateson (1904-1980), antropólogo, quien después de realizar interesantes estudios en este campo, pasó a experimentar sus investigaciones y



reflexiones al Departamento de Psiquiatría de la Universidad de California, a la Clínica Langley Porter y al Hospital de veteranos de Palo Alto, en California. En este contexto, se empezaron a aplicar las nuevas ideas que posteriormente dieron paso a lo que algunas personas identifican como una gran revolución en el campo de la psicoterapia. De ahí que un elemento importante de esta nueva forma de pensar fue la idea de concebir al problema “dentro de un sistema” y por lo tanto, como parte sustantiva del mismo, lo que derivó en un nuevo y congruente mecanismo de intervención, esto es, en la realización del trabajo terapéutico con el sistema en donde estaba inmersa la persona identificada como paciente (“el paciente identificado”) (Limón, op. cit.). Ya para 1954, Bateson se asocia con Don Jackson, quien junto con sus colegas Weakland, Haley y Watzlawick del Instituto de Investigación de Enfermedades Mentales (*Mental Research Institute, MRI*) de Palo Alto, California (equipo comandado por Gregory Bateson), se interesó en las relaciones comunicacionales entre el paciente esquizofrénico y su familia, pudiendo describir el fenómeno empírico de las secuencias que recurrentemente cambian y sin embargo se entrelazan, de los comportamientos ocurridos en familias que de alguna manera tenían correlación con un síntoma. Con estas observaciones pudieron derivar posteriormente la hipótesis de la doble atadura (también nombrada como doble vínculo), con la que el grupo fue ampliamente reconocido. (Ochoa, 1995; Eguiluz, 2001)

Es por esto, que lo que actualmente conocemos por terapia familiar “sistémica”, definitivamente puede reconocer sus inicios en los estudios antropológicos de Gregory Bateson.

Y como menciona Limón (op. cit.) sin pretender desacreditar la tan difundida creencia de que la característica más sobresaliente de la propuesta terapéutica original sea la familia, con más seguridad se podría afirmar que tenía que ver con la perspectiva, esto es, con el análisis relacional que Bateson, desde una visión o “epistemología cibernética”, había trasladado hacia el “sistema familiar”. En este sentido, es comprensible la creencia generalizada de que la terapia familiar “sistémica” solo abordaba “problemas familiares”, sobreentendiendo con esto, que



había problemas individuales y problemas familiares, y que para estos últimos había surgido la terapia familiar, pero que para los primeros, seguía funcionando la tradicional terapia individual. Lo que entonces no se entendió, es que se trataba de una diferente orientación para abordar “los mismos” problemas, aunque vistos desde la óptica de una nueva orientación.

De lo anterior Limón (1999) menciona que el rasgo más relevante de esta orientación está prioritariamente identificado con el modelo (sistémico) y no con la familia. Es en este sentido que esta novedosa orientación, no solo modificó la forma de analizar y abordar los problemas “propios” de la psicoterapia (neurosis, psicosis, esquizofrenia, anorexia, enuresis, conflictos maritales, etc.), sino que también fue un gran movimiento conceptual y epistemológico, que vino a trastocar los planteamientos de los modelos u orientaciones tradicionales en psicoterapia. Es decir, que sus aportaciones permitieron que se empezara a hablar en forma diferente sobre la psicoterapia y sobre algunos conceptos cruciales a la misma.

Se podría decir, grosso modo, que la terapia familiar sistémica colocó al paciente dentro del sistema en donde su problemática cobraba sentido, esto es, en la familia, desdibujándolo como “paciente” para empezar a hablar de comunicación y de relaciones familiares. Y aunque la perspectiva sistémica no necesariamente hacía referencia a la familia como un único sistema significativo, ésta, según Minuchin y Fishman (en Limón, op. cit.), se llegó a considerar como la matriz donde las reglas sociales se cortan a la medida de la experiencia específicamente individual.

Como ya lo mencionamos, en los estudios de Bateson, podemos encontrar los orígenes de la terapia familiar “sistémica”; y no queriendo ser exhaustivas en el tema, dado que no es éste el objeto primordial de este apartado, mencionaremos a algunos de los representantes de los diversos enfoques de la terapia familiar, Aclarando que se hablará solamente de los más connotados, entendiendo que cada uno de ellos está acompañado por un grupo de seguidores, lo que nos permite hablar de escuelas de terapia familiar.



Uno de los pioneros en el estudio de la familia fue Nathan Ackerman (en Eguiluz, 2001), quien llega a la terapia familiar desde el campo del psicoanálisis, como será un caso frecuente en muchos de los iniciadores. Ackerman es autor de una de las primeras publicaciones sobre el tema, que sale a fines de los años treinta, *Time Family as a Social and Emotional Unit* (1937), en ella concibe a la familia como unidad biosocio-emocional. Posteriormente en su libro: *The Psychodynamics of Family Life* (1958), permite resaltar la importancia que tiene la participación de la familia en el tratamiento de los desórdenes emocionales. Ackerman señala que mientras los psiquiatras han cobrado fama por los estudios retrospectivos de familias para explicar desórdenes mentales, han descuidado el estudio del proceso familiar aquí y ahora. Una de las recomendaciones del autor en este libro, es la de estudiar al grupo familiar completo, con lo que a su modo de ver, el investigador podría adquirir una nueva dimensión del problema (Eguiluz, 2001); es así, que sostiene que existe una continua interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social dentro del cual interactúa, y que el conflicto interpersonal precede al conflicto intrapsíquico, que no es, sino el resultado de conflictos interpersonales interiorizados (Ochoa, 1995)

En 1965, Ackerman funda en New York el Instituto de la Familia, cuyo objeto era proporcionar atención a bajo costo a familias de pocos recursos y contar con una clínica donde poder practicar la terapia familiar (entrenando también a terapeutas noveles). Después de la muerte de su fundador, la clínica cambia el nombre por Instituto Ackerman de la Familia, con el que es conocido actualmente (Guerin, 1976; en Eguiluz, op. cit.).

Otro de los grandes iniciadores es Carl Whitaker, quien trabaja junto con Thomas Malone en co-terapia, enfocándose en pacientes esquizofrénicos y sus familias. Ambos tratan de desarrollar una nueva práctica terapéutica, más que una teoría propiamente dicha. Whitaker es conocido como “el terapeuta del absurdo” por sus ideas y métodos muchas veces asombrosos, otros escandalosas y fuera de toda norma. Este apodo fue seleccionado por él mismo, quien estaba orgulloso



y seguro de que lo que hacía, no solamente era original, sino que daba buenos resultados; porque según el, su estilo de terapia constituía “un esfuerzo deliberado por romper las viejas pautas de pensamiento y comportamiento” (Hoffman, 1987; en Eguiluz, op. cit.)

Murray Bowen también psiquiatra, fue junto con Lyman Wynne uno de los primeros en hospitalizar a toda la familia, con objeto de estudiar las relaciones del paciente esquizofrénico con el resto de su grupo primario. Durante el período de 1946 a 1959 trabajó en la Clínica Menninger en Washington con pacientes esquizofrénicos. Bowen pensaba que el problema del paciente tenía correspondencia con un nexo simbiótico no resuelto en la relación con su madre. Con estos trabajos clínicos desarrolló una hipótesis trigeneracional para explicar la esquizofrenia, de la que derivó posteriormente, la idea de que muchas de las enfermedades emocionales se desarrollan en tres generaciones donde existe una interdependencia estrecha entre sus miembros (Bowen, 1984; en Eguiluz, op. cit.). Estas ideas, sobre las multigeneraciones, dieron pie al “estudio de la familia del terapeuta”; campo inexplorado hasta entonces, del que se encontraron correlaciones de lo que el terapeuta hace en sesión con sus propios pacientes.

En los años sesenta se destaca Salvador Minuchin, psiquiatra y psicoanalista infantil de origen argentino quien se distingue por su trabajo con los grupos de familias de niños delincuentes, de las “grandes minorías” (negros y latinos) al Este de la Unión Americana, en su trabajo en la escuela *Wiltwyck* de New York, desarrolla no sólo la parte teórica sino la tecnología para el cambio en la estructura de los sistemas familiares.

Por otro lado, Milton Erickson, famoso terapeuta de Arizona que trabaja bajo un concepto nuevo de hipnosis, y que destaca por las “curas milagrosas” (logra resultados satisfactorios donde otros tipos de terapia habían fracasado) y la originalidad de sus planteamientos que parecen estar “cortados a la medida” del paciente. Es reconocido en muchos países por el empleo de “la paradoja terapéutica”, técnica donde el terapeuta “fomenta un síntoma mientras sutilmente introduce un cambio” (Hoffman, 1990; en Eguiluz, op. cit.).



Como de alguna manera ya lo hemos mencionado, esta nueva cosmovisión o esta manera de ver el panorama de la psicoterapia, no se dio por sí sola, sino que tuvieron que haber intervenido diversas propuestas y pensamientos con respecto a nuestro quehacer terapéutico, sirviendo así, para que el número de ángulos desde donde se ve la psicoterapia se ampliara, y de esta manera se generen más opciones para ella, para los terapeutas y para los clientes; por lo cual, de esta manera, como bien lo resume Limón (1999), algunos de los principales promotores de la terapia familiar son: Paul Watzlawick, Don D. Jackson, Jay Haley, Carl Whitaker, Boszormeny Nagy, Nathan Ackerman, John H. Weakland, Richard Fisch, Bradford Keeney, Janet Beavin Bavelas, Carlos Sluzki, Lynn Hoffman, Olga Silverstein, Peggy Papp, Peggy Pen, Salvador Minuchin, Charles Fishman, Virginia Satir, Mauricio Andolfi, y los colaboradores de Mara Selvini Palazzoli en la primera escuela de Milán, como Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giulliana Prata.

El núcleo de la terapia familiar recién configurada lo constituyeron los planteamientos estratégico, estructural y sistémico. Entre estos se dan varios rasgos conceptuales y metodológicos comunes. Orientados pragmáticamente a la eficacia, entienden a las familias como sistemas sociales abiertos, que estructuralmente se dejan cambiar de forma adecuada mediante ciertas intervenciones (Ludewig, op. cit.).

En el siguiente apartado mencionaremos algunos enfoques de la terapia familiar, con el fin de exponer su presupuestos y su metodología.

2.2.1. Terapia del MRI de Palo Alto

Se trata de un enfoque de terapia breve creado en torno al año 1968, después de la muerte de Don D. Jackson, quien fundó el Grupo del MRI en 1959. Actualmente Pul Watzlawick, John Weakland, Richard Fisch y Segal integran el Brief Therapy Center del Mental Research Institute, de Palo Alto (Ochoa, 1995). Su trabajo se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los



pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas. Apuestan por una terapia breve, cuya duración no sobrepase las diez sesiones, basada en estrategias eficaces para evitar que sigan vigentes los factores mantenedores del problema que motiva la consulta. Las estrategias se apoyan en una hábil utilización de la postura del paciente y de sus familiares ante el problema, la terapia y el terapeuta; con la finalidad de evitar confrontaciones que dificulten el desarrollo del tratamiento. En este sentido es notoria la influencia de Milton Erickson (Ochoa, op. cit.), pues de acuerdo con su visión, la terapia se funda en el supuesto de que la personalidad tiene una fuerte tendencia a amoldarse si se le da la oportunidad para ello.

Según De Shazer, (1989), los principios que durante mucho tiempo fueron evidentes en la manera de trabajar de Erickson son los siguientes:

- o Unirse al paciente en la situación en que se encuentra, y establecer un buen vínculo (rapport) con él.
- o Modificar las producciones del paciente y controlar la situación.
- o Utilizar el control así establecido a fin de estructurar la situación para que el cambio, cuando sobrevenga, lo haga de acuerdo con los deseos del paciente y con sus anhelos e impulsos internos

Dentro de esta tendencia se propone que no hay necesariamente una conducta acertada o equivocada que cualquier individuo deba acatar, y asumen una postura sin normatividad con respecto a la familia. Se mantiene la premisa de que todo comportamiento, bueno o malo, es delineado y mantenido por el sistema en el cual aparece.

Este modelo de la terapia familiar fue uno de los primeros dentro de la psicoterapia, con el cual se comenzó a conceder mayor importancia al rol que desempeña la comunicación entre las personas. Es así en los años 60's se empieza a romper con el paradigma de la energía intrapsíquica y se comienza a abrir la puerta al concepto del intercambio de información, a partir del cual



emergerían nuevas y diferentes escuelas de psicoterapia. Y este intercambio de información, según Ochoa (op. cit.) se considera uno de los fundamentos teóricos de las actuales corrientes llamadas narrativas o conversacionales.

Para los seguidores de este modelo de terapia familiar, el síntoma se origina por un cambio en la vida del paciente y/o de su familia, al que los autores denominan “dificultad” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1994; Watzlawick, 1980), que precisa de un nuevo tipo de respuesta. En su trabajo original, el Brief Therapy Center del MRI consideró los problemas ligados al ciclo vital como elementos importantísimos en la gestación de los síntomas. Sin embargo, en escritos más recientes esas cuestiones parecen haber perdido significación. Por ejemplo, en 1974, Weakland y colaboradores afirman que interpretan los pasos transicionales normales en la vida familiar como las “dificultades cotidianas” más comunes e importantes que pueden derivar en problemas. Posteriormente, en 1983 Fish deja de asignar a las transiciones del ciclo vital una importancia mayor que la concedida a otros cambios.

Es especialmente significativa su opción por una tecnología del cambio y una ausencia de investigación sobre el origen de los problemas familiares. Únicamente se interesan por entender el modo en que las familias mantienen sus problemas con sus intentos bien intencionados, pero desafortunados por superarlos. Consideran que una dificultad se convierte en problema (en algo patológico) cuando se intenta resolverla de manera equivocada y, después del fracaso, se aplica una dosis más elevada de la misma solución ineficaz. La persistencia en una solución intentada ineficaz lleva al agravamiento y al mantenimiento del problema. Contrariamente a las expectativas de la familia, los intentos de solución generan más pautas similares a aquellas que ocasionaron el problema e imposibilitan los cambios de organización o de reglas, en el seno del sistema necesarios para solventarlo.

Los integrantes del MRI han establecido una tipología de las soluciones intentadas por los pacientes y sus familias: forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente; dominar un acontecimiento temido aplazándolo; llegar a un



acuerdo mediante coacción; conseguir sumisión a través de la libre aceptación; y confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa. (Ochoa, op. cit.)

Presuponen que alterando las soluciones intentadas se rompe la secuencia sintomática, produciéndose así el cambio terapéutico. La secuencia está regulada por una causalidad circular, de manera que el síntoma mantiene los intentos de solución al mismo tiempo que es mantenido por ellos. No obstante, en ocasiones es posible que el síntoma no aparezca como acostumbra, por lo cual durante la fase de evaluación se recomienda preguntar a la familia y al paciente sobre las excepciones al problema y las circunstancias que las rodean. Dicha información aporta soluciones eficaces para cambiar la conducta sintomática, soluciones que a pesar de existir suelen pasar inadvertidas para los clientes que a menudo desestiman su importancia, aumentando con ello su sentimiento de impotencia para superar el problema.

El objetivo terapéutico que se busca a través de este modelo terapéutico es alcanzar un “cambio 2” en relación a la clase de solución intentada. Los integrantes del MRI distinguen entre cambio 1 y cambio 2. El primero de ellos comprende cambios dentro de la misma clase de soluciones intentadas, que únicamente contribuyen al mantenimiento del síntoma. Por el contrario, el cambio 2 supone la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que reduce y/o hace desaparecer la sintomatología.

El MRI pide a los pacientes y a sus familias que definan las metas concretas que quieren conseguir con el tratamiento, de forma que el trabajo terapéutico se oriente tanto por parte del terapeuta como por parte de los pacientes, a la consecución de dichos objetivos. Por otro lado, la concreción permite que ambas partes sepan cuándo finalizar la terapia (cuando se alcancen las metas) y tengan una referencia de su eficacia.

A continuación citamos las estrategias que debe seguir el terapeuta:

1. Definición operativa de los objetivos que se pretende lograr con el tratamiento, con lo que se especifican los referentes conductuales que posibilitan la consecución y evaluación de los cambios.



2. Elección de un cambio mínimo (también definido en términos de conductas concretas) seguido de una planificación que facilite el inicio de un efecto de irradiación. Dicho efecto supone una generalización del cambio mínimo a otras conductas pertenecientes a la nueva clase de soluciones promovidas por la intervención terapéutica. El terapeuta pregunta: “¿Qué es lo que usted consideraría como primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo, aunque sea pequeño?”.

3. La estrategia efectiva se aparta ciento ochenta grados del impulso básico o clase de soluciones intentadas hasta entonces. Por ejemplo, si el intento de solución consiste en exigir obediencia, la intervención debe orientarse a exigir desobediencia. Es importante destacar que nunca se debe pedir a los pacientes que no hagan nada, sino que hagan algo diferente, en general lo opuesto a lo que venían haciendo.

4. Utilización de la postura del paciente (su lenguaje, sistema de valores, actitud ante el problema, la terapia y el terapeuta) para persuadirle de que lleve a cabo la intervención sugerida por el equipo, pues al encuadrar una sugerencia dentro de la postura de los clientes se aumenta la probabilidad de que la acepten.

5. El terapeuta busca permanentemente una posición “inferior”, evitando la confrontación que le posibilite intervenir en cualquier condición que presente el paciente. Los autores sostienen que el profesional de la psicoterapia, por el mero hecho de serlo, ya se encuentra en una posición superior a la familia y al paciente cuando éstos solicitan sus servicios (Fisch, Weakland y Segal, 1985). Al mismo tiempo, propugnan que remarcar la superioridad del terapeuta favorece la creación de resistencias en la generalidad de los clientes, razón por la cual insisten en la conveniencia de asumir una posición igualitaria e incluso inferior. Aun cuando la situación haga necesario adoptar una postura de superioridad porque el paciente responda mejor así, siempre es más fácil pasar de una posición inferior a una superior que a la inversa.

El Grupo del MRI ha desarrollado un gran número de técnicas de intervención, algunas en términos de programas para problemas específicos. La



eficacia de este enfoque no reside sólo en los recursos técnicos directamente relacionados con el cambio de la solución intentada, sino también en un conjunto de estrategias dirigidas a persuadir al paciente y a la familia para que lleven a cabo las prescripciones del equipo; la intervención se ubica al final de la entrevista y consta fundamentalmente de una redefinición de la situación, a la que se suman tareas para realizar en casa (Ochoa, 1985).

Los recursos técnicos para promover el cambio comprenden redefiniciones, tareas directas y paradójicas, técnicas de persuasión para que el paciente “compre” la tarea, metáforas, ordalías —pacto del diablo— y técnicas hipnóticas derivadas de la hipnoterapia de Milton Erickson (Watzlawick, 1980).

Las redefiniciones son técnicas cognitivas que evitan aquellas “etiquetas” que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio. Por ejemplo, se puede redefinir una conducta rotulada como “depresión” como de “necesidad de tomarse un respiro en un ritmo de vida agotador”, no porque la nueva definición sea verdad, sino porque así será más fácil suscitar la solución del problema.

Las tareas directas son intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún/os componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma, proponiendo directamente la realización de otra conducta alternativa.

Las tareas paradójicas también son intervenciones conductuales. Se diferencian de las directas en que no se propone una conducta diferente a la sintomática, sino que se prescribe la continuidad de ésta durante un tiempo fijado, que suele ser el intervalo entre sesiones. Lógicamente, la aparición del síntoma tiene que sufrir alguna pequeña modificación, como puede ser la necesidad de provocarlo sin esperar a que surja espontáneamente, cambiar la duración o el lugar en el que acontece, etc. En consecuencia, es necesario que estas tareas vayan precedidas por una redefinición del síntoma, y acompañadas de técnicas de persuasión que justifiquen su recomendación. Por ejemplo, se puede pedir al paciente que haga surgir el síntoma y tome nota de las circunstancias que rodean su aparición. Se le insiste en que de esta forma en la próxima entrevista aportará



datos más concretos, lo cual posibilitará una evaluación más rigurosa y, por tanto, mejorará la eficacia del tratamiento. Los autores suponen que cuando el paciente provoca el síntoma lo somete a un control voluntario, incrementando su capacidad para hacerlo desaparecer.

Las intervenciones metafóricas son intervenciones cognitivas que se emplean para transmitir un mensaje, no relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales y se confía en que ejerza su acción por vía analógica (Watzlawick, 1980). El mensaje puede ser una nueva definición del problema, una solución al mismo o ambas cosas a la vez. En cualquier caso, se espera que los componentes de la familia extraigan de la historia contada una consecuencia que les ayudará a resolver la situación problemática. Por ejemplo, a un paciente cuyo problema sea un perfeccionismo excesivo se le puede relatar la historia de un hombre que se quería edificar una casa, pero que nunca lograba hacerlo, ya que cada vez que excavaba más hondo de lo recomendado por los constructores para hacer los cimientos, encontraba una construcción anterior que le obligaba a cavar más profundo todavía, y así sucesivamente (Fisch, Weakland y Segal, 1985).

El «pacto con el diablo» es una ordalía aplicable a pacientes con quienes se mantiene una buena alianza terapéutica que, encontrándose en las últimas sesiones del tratamiento, consiguen poco o ningún cambio. El terapeuta les explica que conoce un modo de resolver su problema, pero que sólo se lo revelará si se comprometen firmemente a cumplir la prescripción, en caso contrario, no podrán continuar la terapia (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1994). La intervención propone una tarea directa cuyo incumplimiento conduce a otra alternativa peor para estas personas, cual es la imposibilidad de seguir con las entrevistas.

Por último, las técnicas hipnóticas pueden formar parte de intervenciones metafóricas y se utilizan para diseminar un mensaje relacionado con el problema a lo largo de un discurso aparentemente neutro.



Cabe señalar que el MRI ha desarrollado también algunas intervenciones específicas o generales, las cuales no serán señaladas en este apartado por no ser el objetivo principal del mismo.

2.2.2. Terapia del grupo de Milán.

Otra de las orientaciones dentro de la terapia familiar es la llamada terapia del grupo de Milán, la cual se gestó en el Centro de Estudios de la Familia en Milán y estuvo compuesta por Mara Selvini Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Prata y Luigi Boscolo. Este enfoque terapéutico se aplica preferentemente en casos de “anorexia y psicosis” (Ochoa, 1995; Martorell, 1996)

El grupo parte de una orientación psicoanalítica en el año 1967, cuando sus componentes comenzaron a tratar familias con pacientes anoréxicos y psicóticos. En 1971 adoptan el enfoque de Palo Alto y desarrollan la intervención contraparádójica, diseñada para anular el doble vínculo patológico. Influidos por Bateson, en el año 1975 modifican su concepción de los sistemas familiares de predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes, y diferencian entre el nivel de significado (creencias) y nivel de acción (patrones conductuales).

El enfoque del grupo de Milán desarrolla una terapia breve, de un máximo de diez sesiones con un intervalo aproximado de un mes entre las diferentes entrevistas, esto con la intención de que se permita un espacio temporal lo suficientemente amplio para que la familia ponga en juego sus alternativas de cambio y se puedan generar los ordenamientos (o cuestionamientos) necesarios para favorecer la solución a las conductas problemáticas (Ochoa, op. cit.).

La piedra angular de todos los componentes del antiguo Grupo de Milán ha sido y sigue siendo el “juego familiar”, concepto ciertamente abstracto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto. Por tanto, la evaluación tiene por objeto conocer cuál es el juego familiar (sobre el que establece una hipótesis



inicial de trabajo), juego que en los sistemas que presentan una patología deja de ser adaptativo para facilitar un buen funcionamiento familiar como sucede en las familias no patológicas. Lógicamente, las diversas técnicas de intervención se dirigen a alterar dicho juego, cambiando las reglas rígidas y constreñidas por otras más flexibles y complejas.

Su evaluación se basa en una causalidad circular que proporciona un punto de vista más complejo del síntoma y su contexto que la causalidad lineal. El pensamiento lineal puede ser un precursor necesario del salto discontinuo al pensamiento circular, ya que describe un segmento restringido del contexto más amplio. Con objeto de facilitar la orientación relacional o circular cuando describen conductas o interacciones sustituyen el verbo “ser” por el verbo “mostrar” (De Shazer, 1989; Ochoa, 1995; Martorell, 1996); así, por ejemplo, la afirmación “la esposa se muestra triste” en lugar de “la esposa es depresiva o triste” permite examinar qué está sucediendo en las relaciones de la mujer que pueda explicar esa conducta. La definición “se muestra triste” sugiere una diferencia interpersonal con respecto a otra persona más alegre, indicando que la tristeza no es algo inherente a la esposa, sino una forma de respuesta ante determinadas circunstancias. Por el contrario, afirmar que “es triste” separa a la mujer de su contexto e implica buscar causas intrapsíquicas para esa expresión conductual.

El juego familiar, sirve para regular el funcionamiento de este sistema y se desarrolla a lo largo de muchos años antes de consolidarse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones de la familia y puede incluso heredarse de generaciones anteriores. El juego deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan

Los principales objetivos de la evaluación son: determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia, dentro de los cuales aparece el síntoma, y determinar el papel que éste desempeña dentro de ese sistema relacional. El síntoma puede servir para no enfrentar un cambio que amenaza con



desequilibrar el sistema familiar o para reclamar la necesidad de que se produzca. Con el fin de obtener información sobre el juego, el Grupo de Milán se interesa por saber entre otras cuestiones: ¿Cómo ve cada miembro de la familia el problema? ¿Cómo percibe las relaciones entre otros integrantes del sistema en el momento actual y en momentos pasados o futuros importantes, en torno a los cuales tuvieron lugar (o podrían producirse) variaciones en la conducta sintomática o en las alianzas familiares? ¿Por qué surge el problema ahora en la familia? ¿Qué hechos y conductas preceden la aparición inicial del problema? ¿Cuál es la secuencia de conductas en torno al síntoma? ¿Qué le ocurrirá a la familia si el problema sigue existiendo en el futuro? ¿Y si desaparece?

A principios de los años 80's tuvo lugar la famosa revolución silenciosa de Milán, que dio lugar al desarrollo del interrogatorio circular, convirtiéndose éste en parte integral de la terapia sistémica, pues es una herramienta valiosa para la entrevista en la terapia familiar, denominada "entrevista circular", la cual obedece a los principios de hipótesis, neutralidad y circularidad (Boscolo y Cecchin, 1989;González, 1998, Ochoa,1995).

Las hipótesis siguen una epistemología circular y ordenan la recogida de información durante la sesión y teniendo en cuenta que las hipótesis iniciales son necesariamente especulativas, el terapeuta puede modificarlas a medida que obtiene nueva información por parte de la familia. Al explorar distinciones y nexos relacionales en las conductas y creencias de los miembros de la familia se hace explícita la información implícita, lo cual puede ayudarles a elaborar el problema y a encontrar por sí mismos soluciones eficaces.

El principio de neutralidad, como concepto general, reside en la adopción por parte del terapeuta de una posición que toma partido por nadie, y en la que acepte las ideas, valores, metas y creencias de todos los componentes de la familia (Ochoa, op. cit.; Martorell, 1996).

Las preguntas circulares, como ya lo mencionamos, son el aporte principal de este modelo al mundo terapéutico. La circularidad es una actitud de investigación no lineal en la entrevista con la familia, las ideas, creencias y



sistemas de significados que les pertenecen y la generación de posibles cambios a raíz de la pregunta misma; consisten en establecer distinciones y conexiones de acuerdo al espacio, al tiempo y a las personas con el ¿cuándo?, ¿qué?, ¿cómo?, ¿dónde? Y las combinaciones con las dimensiones anteriores. Se persigue, de esta forma, generar un nuevo discurso. (González, op. cit.) Este concepto se basa, a partir de las investigaciones de Bateson, en que la información es diferencia, y la diferencia es una relación (o un cambio en la relación) (Martorell, op. cit.).

El Grupo de Milán postula la no directividad del terapeuta con respecto al cambio, por lo que el objetivo terapéutico consiste en liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, para que después sea ella misma la que encuentre el cambio más conveniente. Este cambio se produce cuando se reemplaza el juego familiar por otro juego menos perjudicial, ya que, según ellos, todo grupo familiar necesita de un juego que regule su vida como sistema. Aunque afecta a los dominios afectivo, cognoscitivo y conductual, el cambio más profundo se produce en las percepciones y creencias de la familia.

Es así, que la modificación del sistema de creencias familiar posibilita alterar el mapa de relaciones, cambiar la secuencia familiar de conductas y conseguir una metarregla del cambio, que permita cambiar las reglas que regulan el funcionamiento del sistema.

No se definen objetivos concretos con la familia, de tal manera que éstos tiendan un puente hacia la consecución de un cambio específico más deseable. El Grupo de Milán manifiesta que el terapeuta no puede conducir a la familia hacia una normalidad establecida, sino que ha de ser ella misma la que encuentre una solución que le resulte adecuada. El equipo terapéutico se mantiene neutral con respecto al cambio, en parte porque considera que el sistema familiar será más creativo que él. (Ochoa, op. cit.)

Los recursos técnicos propuestos para el cambio han ido variando paralelamente a la evolución histórica del Grupo de Milán. La intervención paradójica se ha ido abandonando en favor de intervenciones ritualizadas. Además de las intervenciones conductuales directas se siguen manteniendo las



intervenciones cognoscitivas, entre las que destacan la redefinición y la connotación positiva, aunque en determinados casos se emplean metáforas.

La *redefinición*, modifica la percepción cognoscitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia.

La *connotación positiva* es un mensaje por medio del cual los terapeutas comunican a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto; es decir, se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles. El síntoma se presenta como debido a razones altruistas (sacrificio o amor) por parte del paciente identificado y por parte del resto de los componentes del sistema familiar. Así se resalta que la familia tiene un alto grado de cohesión y se restituye la credibilidad en sí misma para que intente resolver sus problemas de una forma más satisfactoria.

De entre los dos grandes apartados de intervenciones conductuales, las directas y las paradójicas, el Grupo de Milán empleó (en su primera época) las segundas con gran profusión, las cuales prescriben la secuencia patológica connotada positivamente. Se emplean cuando la situación es de orden y secuencialidad rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias.

Al calificar como positivos los comportamientos sintomáticos, se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no las personas, ubicando a todos sus miembros en un mismo plano (Selvin-Palazzoli, Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1990). Así se provoca paradójicamente la capacidad de transformación del sistema familiar, ya que si están unidos por lazos afectivos tan fuertes, ¿por qué necesitan que el síntoma siga vigente para mantenerlos unidos?.

En lo que concierne a las *prescripciones ritualizadas*, estas consisten en la prescripción de una secuencia estructurada de conductas que introducen nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. Se emplean cuando la situación es confusa o ambigua para introducir orden y secuencialidad. Cuando las nuevas conductas y reglas se incorporan al sistema



familiar, se supone que la familia necesariamente ha de responder a ese nuevo elemento creando un cambio.

2.2.3. Terapia Estructural

Este enfoque está liderado principalmente por Salvador Minuchin, argentino de origen, quien tras laborar en el nuevo Estado de Israel, llegó a los Estados Unidos para trabajar con familias de escasos recursos y de minorías raciales. Entre sus colaboradores encontramos a Braulio Montalvo, Harry Aponte, Edgar Averswald y Charles Fishman (González, 1998).

Entre los años 1965 y 1970, Minuchin tras estar desarrollando su trabajo como director en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, crea un enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar, defendiendo que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras. Las variables estructurales específicas en las que se centra son los límites, que implican reglas de participación, y las jerarquías, que encierran reglas de poder. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites (Ochoa, 1995; Martorell, 1996). La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías, impacta profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas.

Con fines estrictamente pedagógicos podemos considerar que el proceso terapéutico se desarrolla fundamentalmente en tres etapas: en la primera el terapeuta se “une” a la familia desde una posición de liderazgo; en la segunda se “desliga” y evalúa la estructura familiar subyacente, y, en la tercera, crea las circunstancias que permitirán transformar dicha estructura.

La terapia estructural es un tratamiento breve, que se suele desarrollar a lo largo de tres o seis meses con entrevistas semanales, sin embargo, el terapeuta



resulta muy directivo en su tarea de desequilibrar las pautas disfuncionales y conducir a la familia hacia otras nuevas más adaptativas, como ya se verá en los apartados que siguen (Ochoa, op. cit.).

La terapia estructural se fundamenta en el concepto de “estructura”, que alude al conjunto de demandas de los miembros de una familia reflejo de los procesos de interacción familiar en un momento dado. Minuchin defiende que no se puede evaluar el sistema familiar como si se tratara de una entidad estática, sino que el centro de la experiencia diagnóstica debe ser el proceso de interacción de la familia con el terapeuta como agente del cambio, de modo que en ese proceso se susciten las estructuras, tanto manifiestas como latentes, que gobiernan la vida familiar. Por ello, la evaluación parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de sus miembros individuales, y continúa poniendo a prueba dichas hipótesis mediante un proceso interaccional del terapeuta con la familia denominado “coparticipación”, que permite además crear una fuerte relación terapéutica.

La coparticipación se inicia tomando contacto con los miembros individuales; en este proceso los integrantes del grupo familiar responden al contacto de acuerdo a sus pautas de conducta habituales, aceptando o resistiendo la aproximación del clínico. De esta forma, el terapeuta puede percibir y experimentar las modalidades particulares con que la familia admite el cambio en su vida, pudiendo identificar cómo los componentes del sistema contribuyen a mantener los patrones disfuncionales, el poder relativo de los diferentes subsistemas y los límites existentes entre los mismos. La coparticipación implica que, más avanzada la entrevista, el terapeuta intente alterar las reglas familiares y observe las reacciones de cada una de las personas a la modificación (Minuchin y Fishman, 1984).

Las variables que el terapeuta evalúa son: el momento del ciclo evolutivo que está atravesando el sistema familiar y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio; las interacciones que sus integrantes despliegan en la entrevista;



las alianzas y coaliciones familiares; los problemas de la distribución jerárquica del poder; el tipo de límites intra y extrafamiliares; las pautas de transacción alternativas disponibles de acuerdo a la flexibilidad del sistema al cambio; las fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar, y, finalmente, la forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener sus pautas transaccionales.

Las relaciones familiares se consideran patológicas cuando existe un patrón de desviación del conflicto y cuando se crean coaliciones intergeneracionales permanentes (Minuchin y Fishman, 1984). En el primer caso se observa una triangulación de desviación, de forma que los dos padres manifiestan ausencia de conflicto entre ellos y se muestran sólidamente unidos contra un hijo individual o una subunidad de hijos a los que utilizan como “chivo expiatorio”. En el segundo caso, se observa una triangulación en la que dos miembros de distintas generaciones se unen en contra de un tercer componente de la familia; así, por ejemplo, dos progenitores en conflicto manifiesto o encubierto pueden intentar ganar la simpatía o el apoyo del hijo en contra del otro cónyuge.

Finalmente, la terapia estructural postula que el síntoma se mantiene por la tendencia homeostática del sistema familiar a permanecer en el *statu quo*. Esto no quiere decir que los estados homeostáticos sean nocivos en sí mismos, sino que empiezan a serlo cuando no dejan espacio para el crecimiento y el cambio necesarios en el devenir vital de personas y familias.

Y conceptualizado el síntoma como una falta de adecuación entre la estructura que presenta la familia y el requerimiento de su desarrollo, la intervención se dirige a provocar una crisis, un desequilibrio, en la estructura familiar, pues se supone que la consiguiente transformación estructural permitirá un funcionamiento distinto que posibilite la superación del problema, es decir, la adaptación a las nuevas exigencias evolutivas o contextuales.

La intervención tiene lugar a lo largo de toda la sesión, haciéndose difícil distinguir los momentos de evaluación de los momentos de intervención. En este



sentido, es notorio que el terapeuta se interesa desde un principio por conocer la disposición de la familia para efectuar un cambio.

El cambio se produce cuando la familia se “reequilibra” sobre una nueva estructura adecuada a la etapa del ciclo evolutivo que le corresponde. El objetivo terapéutico es cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico. (Ochoa, 1995)

Para que el proceso terapéutico tenga éxito, el terapeuta y la familia deben llegar a un acuerdo sobre los objetivos que desean alcanzar con el tratamiento. Por otro lado, las metas terapéuticas no sólo se dirigen a disminuir o hacer desaparecer los síntomas del paciente identificado, sino también a cambiar la estructura y la cosmovisión familiar. El acento se sitúa más en los problemas estructurales que en el problema presentado, salvo en situaciones que ponen en peligro la vida de alguien como sucede en los casos de anorexia y de coma diabético (Minuchin, 1978; en Ochoa, op. cit.).

El terapeuta emplea estrategias de coparticipación que le posibilitan establecer una fuerte alianza terapéutica, algo de capital importancia ya que las técnicas de intervención se basan principalmente en el desafío. Con la finalidad de aumentar su capacidad de maniobra puede adoptar una posición cercana, intermedia o distante con la familia. En la posición de cercanía se conviene en fuente de autoestima y apoyo cuando confirma algún aspecto positivo de las personas o cuando detecta el sufrimiento y la tensión familiar, y transmite que no pretende evitarlos, pero que responderá a ellos con delicadeza. Existen tres modos de confirmar (Minuchin y Fishman, op. cit.):

- a) Constatar un estado afectivo (“se le ve preocupado”).
- b) Describir una interacción familiar (“cuando usted habla, él permanece callado”)



c) Enunciar un rasgo negativo de un miembro, al tiempo que “se le absuelve” de responsabilidad por esa conducta (“pareces demasiado infantil, ¿cómo hacen tus padres para conservarte tan pequeñito?”).

En esta posición, el terapeuta corre el riesgo de quedar preso en las reglas de la familia, por lo que deberá tener la capacidad de “desengancharse” de ellas con rapidez. En la posición intermedia, denominada “rastreo”, el terapeuta escucha de manera activa y neutral, ayudando con su atención a que la familia cuente lo que pasa, al mismo tiempo que redefine las interacciones penosas como fruto de una actitud de consideración recíproca. En tercer lugar, cuando asume una posición distante adopta una postura de neutralidad emocional. Así se convierte en observador de la cosmovisión familiar y del modo en que cada persona encuadra su experiencia, lo cual le permitirá “ajustarse” a estos constructos cognoscitivos para promover el cambio apoyándose en ellos (“como ustedes son padres solícitos, dejarán a su hijo espacio para crecer”).

2.2.4. Terapia Estratégica.

Esta escuela nos remite a una terapia de corta duración centrada en los problemas, que depende de un terapeuta directivo (González, 1998)

Es en este terreno que, Jay Haley y Cloe Madanes dirigen el Instituto de terapia familiar de Washington y han desarrollado un enfoque de terapia familiar estratégica muy influido por la terapia de Milton Erickson. El rasgo dominante es que el terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del paciente. Esto es, el terapeuta debe establecer objetivos claros y debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica, basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad, la cual permita resolver los problemas del paciente. Es así que en este tipo de terapia, el terapeuta forma parte del problema, ya que como lo mencionamos él define el problema de tal modo que sea posible solucionarlo, o por otro lado, de generarlo



con las etiquetas que le asigna; por ejemplo, eliminar una “depresión” es más difícil que eliminar un problema de “pereza”, de alguna forma, se inicia la convicción de que nos relacionamos con el mundo de la manera en lo que lo denominamos. En el sentido más estricto, Haley ve la clasificación del diagnóstico tradicional como dañina para la empresa terapéutica, ya que la forma en que uno clasifique un dilema humano puede cristalizar un problema y hacerlo crónico (González, op. cit.)

Asimismo, Haley (1980) constata que una de las aportaciones más importantes de la orientación de la terapia familiar en sus inicios (en los años cincuenta) fue destacar que el síntoma podía considerarse como una conducta adaptativa a la situación social en que se ubicaba, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado. Afirma que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por esta razón, también se debe evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado (Haley, 1974; en Ochoa, op. cit.). Así mismo, manifiesta que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. Paralelamente, defiende que la organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas, integradas en la secuencia sintomática (Ochoa, 1995; Martorell, 1996; González, 1998); por ejemplo, en una secuencia en la que el niño no quiere ir a la escuela y el padre insiste en que vaya, el niño manifiesta angustia, enferma, tiene vómitos o se escapa, en ese momento interviene la madre insistiendo en que su marido es demasiado duro con el pequeño, tras ello, el padre se echa atrás y nuevamente se repite el ciclo de conductas; se puede observar una coalición entre la madre y el niño contra el padre, de forma que



aunque el chico ocupa una posición inferior en la jerarquía por su pertenencia al subsistema filial, al coaligarse con la madre mina la autoridad del padre y se sitúa por encima de éste (Ochoa, op. cit.).

De ahí que la escuela estratégica de Haley pone énfasis tanto en la jerarquía (como los estructurales, afirma que los padres deben hacerse cargo y mantener el control sobre sus hijos), como en el poder (quién tiene el control y bajo qué condiciones cambiará de amo). Así, se centra en los intentos de control y poder dentro de una familia, así como en la forma en que cada miembro busca constantemente definir sus relaciones interpersonales. Bajo este ángulo, veremos que el desamparo, la incompetencia y la enfermedad proveen una posición de poder en la familia (González, op. cit.)

Madanes (1984) también se centra en las incongruencias jerárquicas, en las que dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente en la familia, enfatizando los niveles de organización frente a los niveles de comunicación. Sostiene que los síntomas son actos comunicativos analógicos, que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales; por ello busca la especificidad de cada síntoma, es decir, las razones por las que se ha elegido. Agrega que aunque los integrantes de una familia se dañen entre sí, su motivación básica es ayudarse, manifestando que probablemente como partes de un organismo más amplio (el sistema familiar) reaccionen frente a las señales de dolor que se presentan en cualquier lugar del mismo.

Tras la descripción de cómo concibe el enfoque estratégico la patología y su mantenimiento, a continuación exponemos el modelo de entrevista que emplea Haley. La entrevista comprende cuatro etapas: la fase social, el planteamiento del problema, la fase de interacción y el establecimiento de metas.

En la primera sesión, el terapeuta comienza presentándose y saludando a los miembros de la familia a quienes pregunta sus nombres, comportándose como un anfitrión que recibe a sus invitados procurando que se sientan cómodos. Les transmite que todos son igualmente importantes en la tarea de ayudar al paciente identificado, y se interesa por conocer qué piensa sobre el problema cada



componente de la familia, razón por la cual el terapeuta menciona tras la fase de saludos que los ha citado a todos para recabar sus opiniones.

Durante el planteamiento del problema, el terapeuta no debe hacer ninguna interpretación o comentario para ayudar a las personas a ver la situación de forma diferente. Tampoco debe aportar ningún tipo de orientación aunque la familia se la pida, en cuyo caso les dejará claro que ahora no es el momento adecuado, ya que para hacerlo necesita más información. Por otro lado, es frecuente que aparezcan discrepancias en las respuestas, pero a pesar de ello se debe evitar el diálogo entre dos personas, impidiendo que alguien interrumpa cuando otro responde al terapeuta. La finalidad de esta etapa es recabar la opinión de todos los presentes acerca del problema, y para lograrlo el terapeuta será quien dirija directamente la conversación, dando el turno correspondiente a cada uno.

Durante la fase de interacción, el terapeuta debe formular hipótesis en torno a la posible función del síntoma, que irá completando y modificando a medida que se desarrolle la entrevista. Además recogerá información sobre la secuencia sintomática y establecerá cómo están delineadas las jerarquías dentro de la familia, tanto a través de preguntas y observaciones de las interacciones entre las personas a lo largo de la sesión.

Además el terapeuta se sitúa en un plano secundario, desde el cual estimula a los miembros de la familia para que conversen entre sí sobre las discrepancias surgidas (Haley, 1987; en Ochoa, op. cit.). Por ejemplo, si la madre dice que la hija miente, el terapeuta puede pedirle que elija una de las mentiras y hable de ella con su hija. Mientras discuten observará la interacción entre ambas, así como la conducta del resto de la familia. El diálogo servirá para que el clínico determine qué tipo de secuencia existe en el sistema familiar, fundamentalmente en términos de alianzas y posiciones de poder.

Cabe mencionar que el objetivo del tratamiento no se limita al problema presentado en la primera sesión, sino que incluye los que vayan apareciendo a medida que se estreche la relación entre familia y terapeuta.



La finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conducta inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteran dichas secuencias. Por consiguiente, el terapeuta debe impedir que se formen coaliciones que traspasen los límites generacionales y que el síntoma se utilice para regular encubiertamente el reparto de poder familiar. Es así, que este enfoque se basa en una clara definición de aquello que la familia quiere lograr con el tratamiento. A ello se suma la necesidad de que el terapeuta se trace la meta de alcanzar una definición congruente del poder dentro de la familia, con la finalidad de hacer remitir la conducta sintomática.

En su carácter como responsable del mejoramiento del paciente, se tiene presente que los integrantes de la familia pueden tratar de manipular, engañar, excluir o controlar al terapeuta para mantener el equilibrio homeostático que habían logrado, aun si es a expensas de un comportamiento sintomático de uno de los miembros. Por lo cual entre las técnicas utilizadas en esta terapia se incluyen en el trabajo con la resistencia del paciente, el uso de metáforas que cambien las metáfora que ya trae el usuario, el énfasis en lo positivo (re-etiquetando comportamientos disfuncionales como razonables y entendibles), ofreciendo una alternativa peor o rechazando la posibilidad de cambio, alentar las recaídas, sembrar ideas para después construir algo sobre ellas, amplificación de la desviación, amnesia y control de la información, exageración del síntoma, etc., y en general, cualquier técnica que pueda generar un cambio conductual en las secuencias. (González, 1998).

Una vez que hemos dado un paseo por el largo camino de la psicoterapia, podemos apreciar que ha tenido cambios significativos; por lo cual, en el presente capítulo, consideramos la importancia de presentar a grosso modo algunas características de las perspectivas psicoanalítica, conductista y humanista, pues de esta manera, resulta mas clara esta evolución y los cambios que trajo; sin embargo, estas escuelas mantuvieron algunas características en común, pues no



se apartan de un modelo que subraya el concebir a la persona como “paciente”, se caracterizan por centrarse en los problemas y por tratar de poner una norma de vida o un estado ideal, que es el que -según esas orientaciones- se debe de alcanzar durante el proceso terapéutico. Posteriormente, hicimos énfasis en las diferentes escuelas de la terapia familiar, las cuales, a pesar de que continúan centrándose en el problema, se diferencian de los modelos tradicionales en tanto que ofrecen nuevas posibilidades para los umbrales de una cosmovisión postmoderna, pues es a partir de estas nuevas orientaciones terapéuticas, que se comienza a dar importancia al trabajo con grupos, a los aspectos psicosociales, a la comunicación y al lenguaje, entre otros; de tal modo, que la terapia familiar sistémica favoreció el desarrollo de lo que se conoce como “terapias de corte narrativo o postmoderno”.

Es así que hemos dedicado el siguiente capítulo para hablar de este tipo de terapias; sus postulados y sobre todo, los beneficios que proponen para poder apreciar un panorama quizá llamativo o seductor, ante los ojos deseosos de encontrar en nuestro camino, un paisaje que llene las expectativas que buscamos en nuestro quehacer. Nos acercamos así, a un nuevo estilo de sentir, percibir y expresar. Nos referimos al escenario de las narrativas.

CAPÍTULO 3

***El lenguaje del cambio:
terapias posmodernas
y narrativas***





CAP. 3. EL LENGUAJE DEL CAMBIO: TERAPIAS POSMODERNAS Y NARRATIVAS.

A partir del capítulo anterior, hemos podido ver cómo la psicoterapia es una ejecución de movimientos estilizados, sujetos a una melodía particular, la cual las hace ser atractivas; recordando además que para cada época hay un estilo de cosmovisión, y por consiguiente, un nuevo estilo de psicoterapia que se enriquece cada vez más de las anteriores.

Y como pudimos ver, con el cambio de pensamiento y tecnología, se fueron dando cambios significativos en el quehacer terapéutico, hasta llegar a lo que es la terapia familiar sistémica, considerándose como un antecedente importante de las terapias de corte narrativo, cuyas características son acordes a las necesidades o particularidades de nuestra época. Por ello, durante este capítulo trataremos de conocer y comprender cómo el espíritu postmoderno matiza y da forma, espacio, movimiento, sonido, color y relieve a sus propuestas, llegando así, a adentrarnos y movernos dentro de las danzas narrativas y postmodernas, con el fin de ir conociendo el impacto que éstas tienen y pueden seguir teniendo en nuestro contexto actual, como una cosmovisión diferente y muy promisoría en nuestro quehacer terapéutico.

3.1. Un nuevo lenguaje en la psicoterapia.

El término postmoderno, como algunas otras épocas, se ha vinculado a una serie de movimientos intelectuales teóricos y pragmáticos en la última mitad de este siglo; todos ellos pueden ser vistos como intentos por dar cuenta de la creciente diversidad y complejidad con la que nos enfrentamos en nuestras vidas cotidianas como profesionales. El postmodernismo se expresa de muchas maneras en la práctica de la psicoterapia, y hay una tendencia a enfatizar la importancia del lenguaje, las metáforas y las historias que llegan a adoptar los



pacientes, comunidades y culturas específicas, y a pesar de ello, con frecuencia, el movimiento postmoderno ha sido simplificado y descrito como una forma de nihilismo; pero la perspectiva postmoderna no niega la existencia de una realidad externa, la experiencia que podemos tener de ella, más bien, cuestiona si nuestras habilidades preceptuales y cognoscitivas pueden aprehender tal realidad de una manera objetiva. Es así que, a partir de esta influencia postmoderna en la terapia familiar, las técnicas terapéuticas comenzaron a redireccionarse; los terapeutas se interesan más por los significados que son creados, por las historias que rodean a las conductas, a los sentimientos y pensamientos (Biever, Bovele, Gardner y Franklin, en prensa).

Es como si los terapeutas estuvieran escuchando una melodía diferente a las anteriores, que les hace sentir que no hay pasos correctos o incorrectos, sino que cada quien va construyendo su propia coreografía a partir de cómo siente y vive ésta; pero hay un detalle, esto no lo pueden llevar a cabo solos, sino que para que puedan cumplir sus objetivos o metas, es necesario un acompañante (persona) o acompañamiento (familia), lo cual va a permitir co-crear nuevos pasos (significados), coreografías (historias), y un nuevo sentido a lo que hacen; de tal manera, que si consideramos a la psicoterapia como algo que no se da sólo con una persona, sino que es necesario que participen al menos dos o más, podemos decir, que esto va a permitir que se pueda dar una conversación, en donde se tiene que priorizar sus aspectos interaccionales, y sobre todo, centrarse en el lenguaje, pues es lo que utilizamos para mantener conversaciones y por lo tanto, es un medio a través del cual construimos los significados de nuestras experiencias.

Pero, si compartimos estas ideas, quiere decir que debemos tener pleno conocimiento de lo que es nuestro lenguaje; pues encontramos diversas interpretaciones de lo que implica éste; por ejemplo lo que refiere el sentido común, el cual se basa en una concepción ingenua del lenguaje, que lo considera transparente y verdadero, sostiene que el lenguaje es un medio fidedigno que expresa hechos preexistentes, lo cual implica que el cambio nunca se produce en



el lenguaje. Se supone que el lenguaje siempre refleja cambios anteriores a los que ocurren en el dicho lenguaje, pero hay al menos otras tres maneras diferentes de conceptualizar el funcionamiento del lenguaje.

El pensamiento occidental tradicional, considera que de un modo u otro, el lenguaje representa a la realidad, se basa en la idea de que hay una realidad externa para ser representada; por lo tanto, el estudio del lenguaje puede consistir en determinar en qué medida éste representa la realidad. Es evidente que esta creencia se basa en la idea de que el lenguaje es capaz de representar la "realidad". Además, esta creencia conduce a la idea de que para desarrollar una ciencia del significado, es necesario escrutar lo que hay detrás y debajo de las palabras, enfoque conocido como estructuralismo, que fue explícitamente utilizado por Bandler y Grinder (1975; en Kim y De Shazer, 2001) para estudiar la hipnoterapia y la psicoterapia. Toda la historia de la psicoterapia, desde Freud hasta Selvini Palazzoli o Minuchin, contiene un pensamiento estructuralista, pues existe el interés en lo que hay detrás y debajo de la superficie de lo que se investiga.

Los budistas, por otra parte, dirían que el lenguaje bloquea nuestro acceso a la realidad; y como también piensan que existe una realidad externa, utilizan la práctica de la meditación para desactivar el lenguaje y conectarse con dicha realidad.

No obstante, todo el proyecto estructural se desploma cuando alguien propone la pregunta wittgensteiniana "¿Pero qué sucede si no hay nada detrás y debajo?" "¿Qué sucede si sólo tenemos lo que tenemos y no existe nada más?" Una vez que hemos simplificado y abandonado la teoría, nos vemos obligados a aceptar que lo que lo que tenemos, aunque contradictorio y críptico, es todo lo que se puede tener. Todo está allí, en la superficie de las cosas, donde siempre estuvo.

Por lo cual, Kim y De Shazer (op. cit). mencionan que existe otra concepción, generalmente llamada posestructuralismo, que sostiene que el lenguaje es la realidad construida a través de él y remite a una perspectiva



vinculada con lo que se llama construccionismo, el cual, como ya lo hemos mencionado, sugiere que debemos observar el modo como hemos ordenado el mundo en el lenguaje, y el modo como el lenguaje ha ordenado nuestro mundo; es decir, que en vez de escrutar por detrás y debajo del lenguaje que usan el terapeuta y los clientes, esta perspectiva sostiene que lo único que se tiene para trabajar, es precisamente, el lenguaje que ellos usan.

Esto genera un cambio en cómo se concibe a dicho lenguaje, pues el tradicional énfasis en la consideración de éste como una exteriorización de pensamientos y sentimientos externos está siendo abandonado. Por ello, el énfasis se pone más bien en el lenguaje, en tanto da forma a las relaciones humanas y es a su vez modelado por éstas. La lente analítica se enfoca ahora hacia afuera, hacia el lenguaje en uso, alejándose del cliente y acercándose a las relaciones sociales, tomando distancia de la “interioridad” y volcándose a lo “interpersonal”, la preocupación central del enfoque es el modo en que el lenguaje construye el mundo, estableciendo la ontología y el conjunto de valores que las personas le imprimen a su vida (Friedman, 2001).

En este sentido Limón (1997) refiere que no es la valoración de la verdad lo que le da sentido a las palabras, sino su posibilidad para ayudar a coordinar las acciones y emociones de las personas que están involucradas en diversas actividades dentro de un contexto histórico y social, pues las palabras, antes que otra cosa, son “ayudas ilocutivas” para la interacción social y, en el caso que nos ocupa, para tratar de comprender y afrontar los problemas individuales y sociales que profesionalmente abordamos.

De tal manera que la perspectiva posestructuralista, considera que el cambio sucede dentro del lenguaje, pues el contenido de lo que hablamos y el modo como lo hacemos marca una diferencia.

Es así que Kim y De Shazer (2001) mencionan que en los últimos veinte años, el trabajo con los clientes ha llevado de una visión occidental tradicional a una visión posestructuralista, por el camino del contacto con una versión de la concepción oriental tradicional. Es decir, que se ha llegado a entender que los



significados que se consiguen en una conversación terapéutica se generan por medio de un proceso más parecido a una negociación, que al desarrollo de una comprensión o un desenmascaramiento de lo que “en realidad” sucede; dado que, en lo concerniente a los significados, toda conversación entraña incertidumbre, el malentendido es mucho más probable que la comprensión. De tal manera, que estos autores consideran que la tarea del terapeuta consiste en utilizar creativamente este malentendido y generar, junto con el cliente, un malentendido lo más fructífero posible (Kim y De Shazer, op. cit.).

Asimismo, Limón (1997) menciona que para algunas teorías identificadas con la postmodernidad, como es el caso de la teoría del construccionismo social, una historia en particular, no es “falsa” ni “verdadera”, sino una construcción social como muchas otras, lo cual relativiza todas nuestras concepciones previas acerca de la “verdad”, y al mismo tiempo, le da sentido y coherencia al planteamiento del “todo vale” de Jean-Francois Lyotard y Paul Feyerabend; dos planteamientos que invitan a aceptar la viabilidad de los “múltiples relatos”, sin pensar en que ningún discurso en particular se convierta en el discurso privilegiado; es un relativismo que nos invita a aceptar la “veracidad” de las múltiples perspectivas o discursos, sin que tengamos que comprometernos necesariamente con alguna creencia o discurso en particular. Se trata pues, de una perspectiva que, como se puede preveer, puede llegar a tener importantes implicaciones para la construcción del conocimiento científico contemporáneo, y en el caso que nos ocupa, para la construcción de “realidades alternativas” en el ámbito de la psicoterapia (Limón, op. cit.).

Así que, Limón (op. cit.), hace al respecto un analogía que vale la pena mencionar:

“...al igual que en la pintura, pienso que un discurso identifica estilos, técnicas, emociones, intenciones, fuerza interpretativa...y un sinnúmero de manifestaciones relacionadas con una persona, con un momento histórico, con un país, con un matiz cultural, con una corriente de pensamiento o con una combinación de éstas. Y es en este sentido mi consideración de que toda narrativa o discurso no es otra cosa que una actividad



humana donde las palabras son como las pinceladas sobre el lienzo de la realidad social, pero de un lienzo que nunca terminamos de retocar” (p. 64).

Es así, que este autor considera que las diferentes versiones de la realidad, metafóricamente hablando, son como cuadros o pinturas de la misma, y que no podemos considerar a ninguna de ellas como la versión privilegiada para comunicar “la realidad de la realidad”. Podría decirse entonces, que se trata de versiones parciales de la realidad en un momento histórico determinado (Limón, 1997). Y como habíamos mencionado en capítulos anteriores, vivimos en un mundo en el que puede oírse el rumor constante de los cambios; las nuevas tecnologías provocan rápidamente efectos en nuestra vida, sumergiéndonos en un océano de opiniones, valores e ideas en constante cambio (Gergen, 1992). Si bien incrementan la confusión y la complejidad, estas tecnologías también proporcionan más opciones y alternativas para definir nuestro yo. En realidad, ya no podemos seguir hablando de un yo, sino más bien de un sinnúmero de yoes posibles, todos con posibilidades de aparecer si las condiciones contextuales lo permiten. Nuestros mundos no reflejan una realidad objetiva permanente, sino que son contruidos y definidos contextualmente en el discurso social y comunitario; ya no vivimos en un mundo social comprensible, con un repertorio coherente de verdades. Para los terapeutas que comparten esta visión postmoderna, reside la oportunidad de convocar esas voces alternativas, encarnadas en los clientes, y que les permitan sentirse fortalecidos y liberados de las fuerzas que los oprimen y coartan (Gergen, 1992; en Friedman, 2001). De este modo, el proceso terapéutico puede concebirse como un viaje de liberación, una travesía desde las limitaciones previas hacia nuevas posibilidades.

Para Ibáñez (en Limón, 1997), el problema acerca de la realidad, sobre todo para el caso de la psicoterapia, no es que existan diferentes orientaciones, versiones o perspectivas, y peor aún, que en los ámbitos institucionales que involucran “poder”, incluso en las academias, algunas de ellas quieran apropiarse



del discurso de la verdad, pues difícilmente podría negarse, parafraseando a Foucault, que la ciencia siempre ha sido una de las efectivas máquinas de poder.

En este sentido, Limón (op. cit.) hace una observación, pues menciona que el lenguaje construccionista, adquiere matices de invitación. A lo que se refiere, es a la invitación para enriquecer las perspectivas en el ámbito de la psicoterapia, para perderle el miedo a la retórica exclusiva de la verdad, y para emprender la marcha por el estimulante camino de la pluralidad. De aquí, la importancia del descubrimiento de Gergen en los planteamientos de James Carse (referido en Limón, 1997); según este autor, existen dos tipos de jugadores: los que juegan juegos finitos y los que juegan juegos infinitos. Los primeros, son aquellos que juegan entre las fronteras de una construcción particular de la realidad; en cambio los segundos, juegan con las fronteras de diferentes construcciones, y solamente al elevarnos por encima del juego finito, esto es, al abrirnos a la posibilidad de una serie infinitamente cambiante de reglas, es entonces, dice James Carse, cuando se hace más promisorio el juego de la existencia.

De esta forma, podemos apreciar que esta cosmovisión dista mucho de la creencia de los románticos del siglo XIX y de los psiquiatras del siglo XX, respecto a las fuerzas psíquicas profundas y misteriosas (impulsos bloqueados y dramas inconscientes) que gobiernan la acción humana; pues se comienza a abandonar del modelo médico que llegó a dominar las profesiones de la salud mental durante la mayor parte del siglo XX.

Pues ahora a los autores postmodernos les preocupan poco, por ejemplo, las disposiciones cognoscitivas, la discapacidad emocional, los rasgos de personalidad y las estructuras familiares, que durante tanto tiempo fueron el núcleo de muchas terapias. También son irreverentes con las barreras tradicionalmente erigidas entre terapeuta y cliente; esa distancia sagrada entre objetividad, neutralidad y razón, por un lado, y subjetividad, parcialidad y pasión, por el otro. Y existe una clara ausencia de una teoría general abarcadora (distinciones conceptuales, modelos de proceso, diagramas sistémicos), de la cual se supone, que emanan los procedimientos y la comprensión terapéutica y que es



consagrada o abandonada según los resultados de los tratamientos. En efecto, estas contribuciones representan, en muchos aspectos, una ruptura con los escritos terapéuticos del siglo pasado (Friedman, 2001).

Al colocar así en primer plano al lenguaje y a las relaciones, se suscitan dos importantes reservas. La primera, es la desconfianza hacia todas las postulaciones acerca de la realidad, pues los diversos relatos que el cliente lleva a terapia (historias de sufrimiento, opresión, fracaso, etc.) no sirven de aproximaciones a la verdad (sesgadas quizás, por los deseos o pensamientos del cliente), sino de interpretaciones de la vida, integradas por narrativas, metáforas, lógicas culturales y demás. Esos relatos se parecen más a acompañamientos poéticos o musicales, que a espejos o mapas; y su principal significación reside en su utilización social, no en su validez relativa, y es en este contexto (menciona, Friedman, 2001), en donde el principal objetivo de la terapia pasa a ser liberar al cliente de un determinado tipo de relato y a abrir paso a alternativas más promisorias. Esta desconfianza hacia lo que se da por sentado aparece acompañada por una desconfianza hacia la voz autorizada; siendo que a menudo el terapeuta -teórico- se adhiere a una posición teórica que luego procede a desarrollarla, apoyarla y defenderla, con la disimulada esperanza de que la suya será la palabra decisiva; es evidente la sospecha generalizada que recae sobre la idea de que “las palabras dicen la verdad”, y esta sospecha, tiñe profundamente la posición tomada con respecto a la estructura terapéutica. Hay un sutil reconocimiento de que no existen ni voces autorizadas, ni soluciones generales, ni respuestas definidas; por el contrario, existe un diálogo genuino, una escucha atenta de los otros terapeutas e incluso de los clientes y académicos. Y las conclusiones son a menudo tentativas y abiertas a modificaciones, cuando no inexistentes; hay escasez de teorización sistematizada, soluciones grandiosas, modelos sofisticados y lenguaje técnico inaccesible. Es decir, en las sesiones el terapeuta no intenta establecer su autoridad, reclamar para sí la “comprensión esencial” del asunto, alegar objetividad o imponer conclusiones basadas en el conocimiento consagrado; más bien, participa en una forma de conversación que



respeta profundamente la solidez del relato del cliente tal como éste lo vive, y simultáneamente, permite que el diálogo se torne dialógico; el terapeuta no se sitúa en una posición de independencia con respecto al cliente, sino que se une a él como co- constructor responsable de las realidades (Friedman, 2001).

3.2. La cosmovisión de las terapias de corte narrativo y postmoderno

En los últimos años, terapeutas alrededor del mundo, han comenzado a evaluar el abordaje narrativo, restándole peso a la tradicional relación terapeuta-paciente y tratando el concepto de identidad personal como una construcción social influida (<http://www.lubrano.com/narrativ.htm>). Y poco a poco, estos terapeutas empezaron a hablar del “giro interpretativo” o “hermenéutico” en su práctica clínica; del “discurso”, “diálogo” o “narrativa” de los usuarios, y de que, lo que ellos nos cuentan, no son historias “falsas” ni “verdaderas”, sino construcciones sociales como muchas otras, lo cual relativiza nuestras concepciones previas y nos invita a aceptar la viabilidad de los “múltiples relatos”, sin pensar que ninguno sea “el discurso privilegiado”, y aceptado, pero sobre todo respetando la “veracidad” de las múltiples perspectivas posibles (Limón, 1997; Trujano, 2002). El atractivo de esta terapia narrativa, va más allá de la técnica, ya que representa un giro en el mundo terapéutico.

En este sentido, Trujano, Casasola y Estrella (en: http://www.iztacala.unam.mx/coloquio/psicología_oral/10htm.), mencionan que este giro es posible, en tanto este tipo de terapias ofrecen una opción no normativa derivadas de las ideas del postmodernismo y del construccionismo social, para la construcción terapéutica de nuevos significados y alternativas de vida. Pero ¿cómo es que emerge este tipo de terapia en medio de una cosmovisión más positivista y controladora que venía caracterizando tradicionalmente al quehacer terapéutico?

Para White (2002a), la terapia narrativa surge como un discurso de la emancipación psicológica, y es formulada como un enfoque liberador que ayuda a



las personas a cuestionar y a superar las fuerzas de la opresión de modo que puedan llegar a ser “quien realmente son”, y puedan identificar su “autenticidad” para una expresión verdadera.

Al mismo tiempo, Bruner (en De Sheizer, 1989) menciona que la perspectiva narrativa, aparece por oposición a la perspectiva paradigmática, la cual, trata de imponerse apelando al establecimiento de una verdad dada como real, categorizada, conceptualizada y formando un sistema, y que propone conocer el mundo tal como es. La perspectiva narrativa, en cambio, enfatiza el sentido, y los significados; utiliza el tiempo como tiempo de cada uno, coloca los acontecimientos en un continuo que va del pasado al futuro y que por tanto aparecen vinculados significativamente. La construcción del sentido, la complejidad, la participación del observado están incluidas en la perspectiva narrativa. En general, la utilización de las narrativas en psicoterapia, implica tanto la deconstrucción del relato como su reconstrucción, no solo para ser entendido, sino para promover un cambio (De Shazer, 1989); y es así que, el terapeuta ya no es visto como la fuente de la solución, se comienza a entender que las soluciones a los problemas residen en la gente y en sus redes sociales (<http://www.lubrano.com/narrativ.htm>). De tal manera que, como menciona White (1991; en White, 2002a), el trabajo narrativo se ha establecido como algo más igualitario. En donde el uso del cuidadoso del lenguaje dentro de la conversación terapéutica forma parte esencial para que se inicie y se logre la “curación de la persona”, pues el abordaje narrativo, provee una secuencia útil de preguntas que consistentemente producen un efecto liberador para las personas (<http://www.lubrano.com/narrativ.htm>). En este aspecto Trujano (2002) señala que, en un sentido innovador y creativo, las terapias narrativas, identificadas ampliamente con la orientación socioconstruccionista, nos sugieren hacer más énfasis sobre el pensamiento narrativo, y al mismo tiempo, nos proponen abrir al paciente a nuevos contextos y nuevos significados derivados a través del diálogo. Se trata entonces, de un procedimiento que propone, entre otras cosas, una exploración generativa para el análisis de la multiplicidad de los significados, y la



aceptación de que no es necesario adherirnos a una historia invariante, como tampoco es necesario buscar una historia definitiva para las personas que asisten a psicoterapia. Lo importante es tratar de trascender el alojamiento narrativo del discurso predominante que, presumiblemente, está obstaculizando otras opciones de vida. Ya que si recordamos, es factible que se desarrollen muchos problemas cuando la gente asume narrativas que los inmovilizan, impidiéndoles el acceso a una amplia gama de posibilidades para vivir (Trujano y Limón, en prensa).

A continuación, presentaremos algunos elementos comunes de las terapias postmodernas, entre los elementos que mencionaremos se encuentran, la postura terapéutica, las conversaciones, los significados y las narrativas en terapia.

Postura terapéutica.

Como ya lo abordamos en el capítulo anterior, los terapeutas eran vistos como los expertos y desarrollaban los tratamientos con base en su orientación. En contraste, los terapeutas que sustentan su trabajo con las ideas postmodernas optan por facilitar las conversaciones terapéuticas, en las que el terapeuta intenta de manera activa aprender acerca de las perspectivas y comprensiones del cliente. El objeto de atención en la terapia, son los problemas tal cual son formulados por los clientes. Los terapeutas respetan las comprensiones y posturas de los clientes con respecto a su queja, y ésta, no es vista como un síntoma de conflictos subyacentes que sólo pueden ser entendidos por los terapeutas. La comprensión que los terapeutas hacen acerca de las historias de los clientes, son expresadas como posibilidades o hipótesis tentativas, no como la “mejor manera” de comprender, pues estas comprensiones, tienen el fin de generar conversación, no de dar respuestas (Biever, et. al., en prensa).

Según Limón (1999), el papel de los terapeutas está más cercano al papel considerado por Foucault para los intelectuales:



“...enseñar a la gente que son mucho más libres de lo que se sienten, que lo que ellos aceptan como verdadero o evidencia ha sido construido durante cierto momento de la historia, y que esa pretendida evidencia puede ser predicada o destruida. Cambiar algo en el espíritu de la gente, ése es el papel del intelectual” (Foucault, 1988; en Limón, 1999, p. 127).

De tal manera que Biever y cols. (en prensa), mencionan que la postura terapéutica postmoderna está caracterizada por la colaboración, el no saber, la curiosidad y la reflexión. Y con ello promover cambios múltiples que ayuden a generar proyectos de vida alternativos.

Colaboración.

La terapia desde la perspectiva postmoderna, es un esfuerzo colaborativo entre clientes y terapeutas. Los terapeutas toman un lugar activo para reducir los efectos negativos de la jerarquía, en vez de adoptar una posición vertical en la que sus ideas dominan. Existe un sentido de estar con el cliente en lugar de estar buscando déficits, traumas o disfunciones.

No saber.

Anderson y Goolishian (1998, 1992; en Biever, op. cit.), denominan a esta postura “no saber”, pues asumen que las explicaciones en terapia no deben estar impuestas por las experiencias previas del terapeuta, ni por su conocimiento teórico; y es así, que las preguntas que los terapeutas hacen se dirigen a incrementar su comprensión acerca del mundo del cliente, no para reunir datos que puedan formular un diagnóstico convencional. Siendo así, que la capacidad del terapeuta radica en la conducción de la conversación terapéutica que genera nuevas ideas y significados con los clientes. Sin embargo, los terapeutas pueden introducir nuevas ideas, descripciones, o explicaciones, pero son los clientes quienes tienen la última palabra con respecto a la utilidad de estas ideas.



Por su parte, O'Hanlon (1993; en Biever, op. cit.) en este sentido, expresa la relación terapéutica como:

“...clientes y terapeutas son considerados expertos. Los clientes son expertos en su experiencia, incluyendo su dolor, su sufrimiento, y sus preocupaciones. También son expertos en sus recuerdos, sus metas y sus respuestas. Los terapeutas son expertos en crear un clima conversacional e interaccional para el cambio y la obtención de resultados en terapia. Los clientes y los terapeutas son compañeros en el proceso de cambio / terapia y colaboran en decisiones tales como, cuál es el foco de la terapia, cuál es la meta a alcanzar y en qué momento debe terminar la terapia (p. 9).”

Siguiendo a Goolishian (1994; en Limón, 1999), la posición del no saber, no significa que los terapeutas sean pantallas en blanco sobre los cuales se puedan escribir historias, sino que son partícipes activos en la co-creación de estas historias.

Así, dentro de esta orientación, se concede importancia a la curiosidad de los terapeutas, de manera que puedan conocer varias dimensiones o detalles de una misma cosa, y de esta manera, evitar que se de la impresión de que los terapeutas sólo se interesan en un aspecto de la vida del cliente; y por medio de esta postura, se desea ampliar y crear nuevos significados; por tanto, no se trata de investigar o descubrir, sino de entender a los clientes (Anderson y Goolishian; en Biever, et. al., en prensa).

Reflexión

Para Andersen (1992; en Biever, op. cit.), el proceso reflexivo alude tanto a conversaciones internas, como externas, que a su vez permiten tanto a terapeutas como a clientes circular entre hablar y escuchar; y es así, en sus propias palabras que, “éstas dos diferentes posiciones en relación a los mismos temas parecen proveer de dos perspectivas diferentes, a su vez, estas dos perspectivas que salen de una misma cosa probablemente crearán nuevas perspectivas” (p. 10).



Por otra parte, Griffith y Griffith (1994; en Biever, op. cit.) describen la postura reflexiva como:

“...una posición de escucha. En su aspecto más fundamental, es un lugar dentro de una conversación en el que se puede escuchar a otros hablar, sin sentirse obligado a responder a lo que se escucha, o escuchar libremente a la conversación interna sin sentirse obligado a relegarla al secreto o a la exposición total” (p. 11).

Asimismo, Andersen (en, Biever, op. cit.) menciona que, un medio importante para poder reflexionar dentro del proceso terapéutico, es el desarrollo de un equipo de reflexión, en el cual, a diferencia de lo que se llevaba a cabo en la escuela de Milán, los clientes escuchan la discusión del equipo durante la intersección, en lugar de esperar que estos mensajes les sean entregados por parte de los terapeutas; es así, que se permite a los clientes el acceso directo a las reflexiones del equipo.

Las aplicaciones de estos equipos de reflexión se han ampliado gracias a diferentes autores. Por ejemplo, Furman y Ahola (1992; en Biever, op. cit.) hacen mención de una discusión conjunta, en la que los terapeutas comparten sus ideas con los clientes a lo largo de todas las conversaciones. Por otra parte, Anderson y sus colegas en el Houston Galveston Institute omiten el uso de los espejos unidireccionales, pues el equipo de reflexión permanece junto con los clientes y el terapeuta en el mismo cuarto de la sesión. También, al trabajar en coterapia se puede hacer uso del proceso reflexivo, pues los terapeutas pueden hablar entre ellos mismos; o por medio de un terapeuta oyente, como lo describe Madignan (1993; en Biever, op. cit.); estos terapeutas oyentes, se ubican junto con los terapeutas dirigentes de la sesión (terapeutas en acción) y los clientes; y es así que estas condiciones permiten que durante la sesión y en la presencia del cliente, los terapeutas oyentes discutan periódicamente acerca de las preguntas que formulan los terapeutas en acción. Cuando se trabaja solo, el terapeuta puede tomarse pequeñas pausas como un “tiempo para pensar”, y así reflexionar acerca de lo que ha sucedido hasta ese momento en la sesión; también se puede invitar a



los clientes a hacer lo mismo; y posteriormente, ambos, terapeuta y clientes compartirán sus reflexiones. La reflexión es hablar acerca de los clientes, no hablarles a ellos; por lo tanto ofrece la oportunidad de un tipo de conversación diferente.

Y en este sentido, Trujano (2002) menciona que las terapias narrativas, a través de la reflexión, exploran las “historias aún no contadas” permitiendo trascender los propios límites de un discurso “científico”, “terapéutico” o “social” en particular. En otras palabras, la terapia entendida como construcción social incluye que ambos, terapeuta y usuario, trabajen para co-crear historias más satisfactorias y funcionales por medio de procedimientos que reconocen su carácter social relacional. De ahí que el terapeuta constructorista sabe que tanto él como su paciente entablan una relación provistos de ciertas versiones de la realidad previas a su encuentro, por lo que el desafío está en la construcción de maneras de ser viables y sostenibles que convengan al individuo o familia.

Con lo anterior, podemos decir que la conversación terapéutica es vista como el manejo especializado que el terapeuta postmoderno debe conocer; ya que estas conversaciones abren el espacio para el cambio, pues (como lo habíamos visto) bajo la perspectiva de las orientaciones postmodernas, el lenguaje es visto como el lenguaje primario para la transmisión y la construcción de significados y comprensiones.

La terapia es una actividad lingüística en la que estar en conversación acerca de un problema implica un proceso de desarrollo de nuevos significados y comprensiones. La meta de la terapia es participar en una conversación que continuamente se diversifica y se abre, en lugar de una que se constriñe y se cierra. A través de la conversación terapéutica, se crea un lugar para los significados y conductas fijas (el sentido que las personas dan a las cosas y a sus acciones), estos se ensanchan, cambian y se transforman. No se espera otro resultado (Biever, et. al., en prensa.p. 12)

Y como la meta de la conversación que comentábamos es la apertura a nuevas alternativas y posibilidades de vida para el cambio, las preguntas deben abrir la posibilidad para el desarrollo de nuevas comprensiones; y así extender y



ampliar la conversación, ya que no son útiles las respuestas preestablecidas o inducidas.

Harlene Anderson (1995; en Biever, op. cit.), habla de la exploración compartida como la esencia de la conversación terapéutica. Esta exploración compartida tiene lugar cuando la curiosidad del terapeuta acerca de las visiones que el cliente tiene, genera un proceso de sorpresa mutua, en la que ambos se involucran en la conversación para explorar lo familiar de una manera que lleve al co-desarrollo de lo novedoso. Siendo así que, esta exploración compartida, conduce a un diálogo en el que ambas partes cambian.

Por su parte Freedman y Combs (1993; en Biever, op. cit.), identifican tres categorías de preguntas que pueden ser útiles en este proceso; por un lado, encontramos las preguntas para abrir espacio, por otro, a las preguntas de desarrollo de historias, y finalmente, las preguntas de significado. Las primeras, están dirigidas a generar experiencias y conocimientos alternativos; por ejemplo, los terapeutas pueden explorar las excepciones a la descripción del problema, explorar las visiones que otras personas tienen acerca de esa situación problemática, o preguntar acerca de los cambios en el problema a lo largo del tiempo y en las diferentes circunstancias. (los otros dos tipos de preguntas se abordarán más adelante).

Cabe señalar que los terapeutas postmodernos proponen sus ideas de una forma no autoritaria; al respecto, Harlene Anderson (1995; en Biever, op. cit.) menciona que la tentatividad puede ser transmitida a través del uso de frases sin terminar o expresiones como “me preguntaba...” “algo así...” “tal vez...”.

Por su parte, Tom Andersen (1991; en Biever, op. cit.) opina que los terapeutas deben de presentar ideas y pensamientos tentativos, no explicaciones rígidas, o interpretaciones “correctas”, pues es así como esta perspectiva postmoderna se aleja del interés por la predicción y el control, característicos del modelo científico de corte positivista; tampoco sigue la tradición de buscar “curar” o “sanar” (Trujano, 2002).



Derivada de esta cosmovisión postmoderna de realidades múltiples construidas socialmente, y de la valoración otorgada a la diversidad, esta postura no contempla a los terapeutas como los responsables de definir quién “tiene la razón” dentro de los conflictos familiares (por ejemplo), ya que se deja a un lado la postura “o...o”, pues se le brinda una importancia especial a cada miembro, poniendo énfasis en cómo cada posición llegó a ser (Biever, op. cit.). Es decir, desafortunadamente, en nuestra cultura occidental hay un relato dominante acerca de qué significa ser una persona moralmente valiosa. Este relato exalta la seguridad en sí mismo, la autonomía, la realización personal, etc. Estas ideas, se convierten en prescripciones de una manera de ser y pensar que moldea eso que suele llamarse “individualidad”. Sin embargo, esto no es más que una manera culturalmente aprendida de ser; es un relato dominante, que no representa un modo de vida “auténtico” o una expresión “real” o “genuina” de la naturaleza humana, sino más bien, una especificación o prescripción de preferencias culturales que han sido adoptadas e impuestas por ciertos sectores privilegiados que los han generalizado. Y estas mismas descripciones o relatos de cómo sería una vida si fuera “correcta” pueden moldear la vida de muchas personas, y muchas de ellas tienen el fin de reproducir la “forma privilegiada” o el modo de ser dominante de una cultura. Es así que la metáfora narrativa viene a cuestionar las prácticas totalizantes, pues de manera general, desafía algunas de sus políticas centrales y se preocupa por poner en duda la reproducción de la cultura dominante en el ejercicio del asesoramiento psicológico y terapéutico. Pues la metáfora narrativa, como así la llama White (2002b), exige que el terapeuta cuestione las certezas establecidas inútiles, paralizantes o patologizadoras. El terapeuta no puede saber de antemano qué es lo adecuado para las personas, y ni siquiera puede saber qué aspecto “debería” tener la familia al final de la terapia, pues aunque desempeña un papel importante en la coautoría de los relatos alternativos y preferidos en las vidas de las personas, debe asegurarse de que sean ellas mismas las coautoras privilegiadas en esta tarea colaborativa; que sean partícipes en la reescritura de sus vidas, de acuerdo a los relatos



alternativos y preferidos acerca de quiénes podrían ser (White, 2002a). Pues, por ejemplo, el estilo narrativo de White se formula como un enfoque liberador que ayuda a las personas a cuestionar y superar las fuerzas de la represión de modo que puedan llegar a ser, “quienes realmente son”, de modo que puedan identificar su “autenticidad” y dar a esto una expresión verdadera (White, 2002b)

De esta manera, podemos decir que la perspectiva postmoderna, enfatiza que los significados y las comprensiones son fluidas y siempre cambiantes, ya que los seres humanos somos seres interpretantes, pues de manera activa interpretamos nuestras experiencias a medida que vamos viviendo (White, 2002a).

Por lo cual, los terapeutas que trabajan desde esta perspectiva, usualmente empiezan explorando la comprensión del cliente acerca de sus problemas o preocupaciones, en lugar de explorar si el cliente encaja con las teorías del terapeuta acerca de la naturaleza de los problemas psicológicos, las categorías, diagnósticos, y sus teorías del cambio. Como lo ha señalado O’Hanlon, la terapia es un balance entre el reconocimiento de las realidades de los clientes, y la creación de nuevas posibilidades (O’Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.). Los terapeutas deberían mantenerse siempre en “el camino hacia” la comprensión de significados (Anderson y Goolishian, 1992; en Biever, op. cit.).

Por otro lado, Furman y Ahola (1998; en Biever, op. cit.) describen técnicas de entrevista que exploran las explicaciones causales de los clientes o sus impresiones de las explicaciones causales de otros, pues ellos señalan que en ocasiones, los clientes infieren las explicaciones de los terapeutas a partir del tipo de preguntas que les hacen, ya que mencionan que explicaciones iguales conducen a la cooperación, mientras que explicaciones desiguales llevan a la ausencia de cooperación. Y por ello, para los terapeutas es importante entender tanto las explicaciones causales de sus clientes como sus impresiones acerca de las explicaciones de los terapeutas. Furman y Ahola alientan a los terapeutas a mostrar curiosidad y a evitar expresar acuerdo o desacuerdo con las explicaciones de los clientes.



Así Biever y cols. (op. cit.) mencionan que, una manera de explorar las explicaciones causales de los clientes es haciendo preguntas directas destinadas a buscar estas explicaciones. O puede ser más fácil empezar por preguntar, cuáles son sus impresiones acerca de las explicaciones de otro; por ejemplo, “Según el maestro de tu hijo ¿qué fue lo que causó esta conducta?”; si los clientes se muestran dudosos, quizá los terapeutas necesiten reformular su pregunta o pedir a los clientes que usen su imaginación: “pero si tu pudieras saber la razón, ¿cuál sería?”; a veces puede ser útil para los terapeutas especular acerca de explicaciones alternativas, para demostrar que no están buscando la explicación “correcta”.

De esta manera, Furman y Ahola (en Biever, op. cit.) discuten varias ventajas de explorar las explicaciones de los clientes: Preguntar por sus explicaciones indica respeto y valoración de sus opiniones. De igual manera, al buscar la explicación de cada persona en el sistema, los terapeutas reconocen que la opinión de cada uno es importante, y esto ayuda a los terapeutas a evitar coaliciones involuntarias con algunos miembros del sistema. Indagar acerca de causas alternativas de las conductas problemáticas, también puede tener el efecto de soltar explicaciones firmemente sostenidas, lo que a su vez permite explorar nuevas posibilidades. Finalmente, trabajar con las explicaciones de los clientes puede conducir a un cambio eficiente y efectivo.

Asimismo, Freedman y Combs (en Biever, op. cit.) como se mencionó anteriormente, han señalado algunas preguntas de significado, las cuales pueden ser usadas para extender o crear nuevas comprensiones, y para asegurar que la historia de la que se habla en sesión sea una experiencia relevante para los pacientes. Tales preguntas invitan a los clientes a observar las implicaciones que tiene el contenido de las conversaciones en terapia. Algunos ejemplos que Biever y cols. (op. cit.) proponen como preguntas de significado son: “¿Qué cosas nuevas ves en tu relación ahora que sabes que tu pareja aprecia esto en ti?” o “Ahora que ves a tu familia de manera diferente ¿qué cosas nuevas notas acerca de las relaciones entre ustedes y que antes no habías visto?” (p. 16)



A partir de lo anterior, podemos observar que las terapias postmodernas tienden a poner su atención en historias y narrativas. Siendo así que Hoffman (1990; en Biever, op. cit.) ha descrito los problemas como historias que las personas se cuentan a sí mismas, y se podría decir que van a terapia a “enfrentar los problemas de la vida”. Por eso mismo, para esta orientación es importante relativizar la experiencia dominante y tratar de construir una nueva narración; una narración que genere nuevas experiencias y proyectos de vida, que a su vez puedan llegar a proveerles un sentido diferente y flexible. Y es aquí donde la psicoterapia puede entonces convertirse en un espacio de apertura a nuevas voces, de respeto a la pluralidad, y, en palabras de Gergen ...”en aprender a flotar en un mar de posibilidades...” (en Trujano, 2002; p. 13).

Hasta aquí hemos hablado de historias y narrativas, y cómo estas son susceptibles a experimentar un giro interpretativo para que ofrezcan diferentes alternativas en la vida de las personas; pero veamos a qué se refieren los autores con estos términos, y cómo es que pueden producir dicho giro.

Generalmente, los términos “narrativa” e “historia” se usan de manera indistinta. Biever y cols. (op. cit.) siguen la propuesta de Saleeby (1994; en Biever, op. cit.), de usar el término “historia” como las descripciones y explicaciones dadas a eventos, interacciones, o experiencias, que son relatadas en el contexto de sistemas menores tales como familias, grupos de trabajo, vecindarios u otros grupos sociales. Y la palabra “narrativa” la usan para describir las historias basadas en las normas o expectativas de grupos culturales mayores. Desde aquí, las narrativas son relatos culturales que funcionan como parámetros para determinar qué tipo de historias son posibles. Los terapeutas trabajan principalmente con historias de individuos, parejas y familias, a pesar de que en ocasiones puede ser útil colocar estas historias en un contexto más amplio, tales como narrativas acerca de madres solteras o de violencia familiar. Generalmente los terapeutas postmodernos creen que la queja del cliente es una de las “historias” que podrían ser narradas y en cada narración subsecuente, la historia



puede transformarse. Así que, al cambiar la historia, pueden cambiar los significados vinculados con los eventos, las conductas y las interacciones.

Tanto los terapeutas que adoptan una postura moderna como postmoderna usan las historias y las narrativas; sin embargo, lo hacen de diversas maneras; una de las variaciones en el uso de la historia depende de su fuente de origen. Generalmente en las aproximaciones modernas, los terapeutas generan la historia (metáforas creadas por el terapeuta), transforman las historias de los clientes a una historia que para el terapeuta es una historia más adaptativa, o hacen que las historias de vida de los clientes encajen en una estructura teórica preconcebida. Es decir, “la narrativa del cliente es destruida o incorporada, pero en ambos casos, es sustituida por la narración profesional” (Roberts, 1994, en Biever, op. cit.).

En contraste, un terapeuta familiar que toma una postura postmoderna tiende a centrarse en las historias generadas por los clientes, y como ya se había mencionado, toman ambos (terapeuta y cliente) un lugar activo para que sea el propio cliente quien transforme su historia y re-construya el relato de vida que le permita un estilo de vida más satisfactorio y promisorio para él mismo; es así que bajo esta postura postmoderna el cliente es el autor principal, y el terapeuta, podríamos decir que funge como un co-autor durante todo este proceso de reescritura.

Con todo lo anterior, se podría decir que no existe una orientación en psicoterapia que posea la patente de la verdad. Lo que existe son diferentes versiones o perspectivas que están inevitablemente enraizadas en el contexto histórico y social, y por lo mismo, que están inevitablemente mediadas a través del lenguaje. Y como bien menciona Limón (1997), precisamente esta nueva cosmovisión es una interesante invitación para aceptar la pluralidad de los múltiples relatos, narrativas o discursos, y para generar opciones más satisfactorias y estimulantes entre nosotros con los pacientes y con el conjunto de la sociedad. Es decir, una actitud que favorezca escucharnos, y una atenta invitación al diálogo respetuoso y colaborativo entre nosotros.



De esta manera, estamos integrando una nueva era, que en el área de la psicoterapia, no sólo en la terapia familiar, se caracteriza por el respeto a la capacidad del cliente de rescribir el relato de su vida, así como por el énfasis en los significados y en la importancia del lenguaje como vehículo del cambio. Las analogías biológicas y positivistas de la era moderna están cediendo su lugar ante la idea de los relatos y la conversación. La metáfora narrativa ya forma parte de nuestra experiencia cultural cotidiana (Friedman, 2001).

Es así como podemos ver que las posibilidades que se nos abren con la perspectivas de corte narrativo y postmoderno son múltiples, creativas y muy estimulantes, sobre todo para buscar alternativas de vida más satisfactorias para los pacientes, favoreciendo así la re- conceptualización de una determinada “realidad”; de tal manera que puede llegar a ser una ventana abierta a la creatividad y a la posible colaboración con los posibles discursos existentes, pues como lo menciona Neuburger (1991, en Limón, 1999), el ser humano tiene la capacidad para operar desde diferentes perspectivas y puntos de vista.

Así que, podemos deshacernos de ese corset conceptual, magnificado por el positivismo, que nos impedía echar mano de otros mecanismos disponibles para ayudar a las personas con problemas, pues como dice Cecchin:

“creo que un terapeuta construccionista social puede seguir a diferentes líderes en diferentes momentos, pero nunca debe obedecer determinado modelo o teoría, el construccionista social es siempre levemente subversivo respecto de toda verdad dosificada. En este sentido, el terapeuta es un ejemplo de una sensibilidad postmoderna en la que se reconoce que el contexto relacional proporciona las posibilidades y las restricciones terapéuticas. Y sin embargo, el terapeuta irreverente no entabla una relación terapéutica despojado de ideas, experiencias o construcciones privilegiadas. El terapeuta, al igual que los clientes, acude a terapia provisto de ciertas versiones de la realidad. El desafío está en la negociación y co-construcción de la manera de ser viables y sostenibles, que convengan a la familia, al terapeuta y a las formas de obrar culturalmente aceptadas.” (Cecchin, 1992; en Limón, 1999, p. 121)



Por lo tanto, podemos decir que debido a las cosas que están ocurriendo en el mundo contemporáneo, ya estamos inmersos en un importante cambio de premisas o “giro conceptual”. Ya llegamos al nuevo milenio y las nuevas perspectivas aún están como boceto, pero con sugestivos y cautivadores trazos para concertar nuevas ideas, para buscar nuevos consensos y nuevas formas de solidaridad, incluido el respeto por el desacuerdo, la defensa a la disensión y el derecho a la diferencia (Foucault, 1988; en Limón, 1999), la cual, podría llegar a facilitar la emergencia de sociedades más tolerantes (Berger y Luckmann, 1995, en Limón, op. cit.).

Hemos visto cómo la evolución de la psicoterapia ha permitido la aparición de nuevos escenarios, como lo son los representados por las orientaciones narrativas y postmodernas. De las cuales presentamos sus presupuestos comunes. Daremos paso en el siguiente capítulo a abordar los diferentes estilos terapéuticos narrativos y postmodernos, llegando así a vislumbrar la terapia centrada en las soluciones, la cual forma parte de estos estilos terapéuticos.

CAPÍTULO 4

***Los diversos estilos
terapéuticos de las
terapias de corte narrativo
o postmoderno***





CAP. 4. LOS DIVERSOS ESTILOS TERAPÉUTICOS DENTRO DE LAS TERAPIAS DE CORTE NARRATIVO O POSTMODERNO.

*“Cuando una persona encuentra su propia voz, se hace cargo de su propia historia”
(Alan Parry, 1991).*

Como pudo apreciarse en el capítulo anterior, la psicoterapia dio un giro realmente relevante al incorporar a sus planteamientos teóricos y prácticas clínicas las ideas derivadas del postmodernismo y del construccionismo social, favoreciendo de esta manera, la expresión de múltiples voces en busca de alternativas de vida más satisfactorias y promisorias para las personas que acuden a terapia.

En el presente capítulo daremos paso a los diferentes estilos en el quehacer terapéutico que sustentan su trabajo en las ideas postmodernas y narrativas; que, como lo menciona Gergen (en Limón, 1999), son considerados de trascendencia pues entre sus múltiples aportaciones, podemos encontrar que nos permiten flotar más libremente en un mar de posibilidades, evitando de esta manera, el estancarnos en las ideas provenientes de los discursos cerrados tan característicos de nuestra sociedad y más específicamente de la mayoría de las orientaciones terapéuticas.

Algunas de estas propuestas, son:

Los sistemas colaborativos de Harold Goolishian y Harlene Anderson (grupo de Galveston), del equipo reflexivo de Tom Andersen (grupo de Tromsø), de la curiosidad y la irreverencia como postura terapéutica de Gianfranco Cecchin, de las terapias reflexivas de Lynn Hoffman, de la terapia centrada en soluciones de William H. O'Hanlon, de los medios literarios, la externalización y la reautoría



de Michael White y David Epston, de los planteamientos postmodernos y deconstruccionistas de William Lax (grupo de Brattleboro), o de las terapias narrativas de Kenneth Gergen y John Kaye, entre otras valiosas aportaciones, como es el caso de Luigi Boscolo, Sheila McNamee, Dora F. Schmitman, Ben Furmafi o Karl Tomm (Limón, 1999)

A continuación, trataremos de describir en qué consisten los planteamientos de algunos de estos autores, de tal manera que podamos comprender un poco más sus diferentes estilos terapéuticos, ya que como se verá, a pesar de que cada uno de ellos plantea su particular forma de trabajo, comparten a su vez, una cosmovisión postmoderna.

Harlene Anderson y Harold Goolishian

Si bien recordamos, tanto los modelos cibernéticos como cognoscitivistas y constructivistas, tenían una visión del ser humano como “una máquina de procesamiento de información”; respecto a lo cual, Goolishian y Anderson redefinieron esta idea de los seres humanos como seres activos y generadores de significado, concepción que destaca que los significados sólo existen dentro del discurso, el lenguaje y la conversación (Anderson y Goolishian, 1988; en: Limón, op.cit.).

De esta manera, el lenguaje y la conversación son conceptos que se vuelven centrales para su postura terapéutica, los cuales tienen sus raíces en la hermenéutica y el construccionismo social, y destacan el significado como fenómeno intersubjetivo que los individuos crean y experimentan en la conversación y en la acción con otros y con ellos mismos. Esta concepción supone que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que es creada mediante la construcción social y el diálogo, y que vivimos y entendemos nuestra vida a través de realidades narrativas socialmente construidas; es decir, que les otorgamos significado y organización a nuestras experiencias y a nuestra propia identidad en el curso de esas transacciones.



Desde esta perspectiva, los sistemas humanos son sistemas generadores de lenguaje y significado: creamos los significados con los demás. Y bajo esta perspectiva, el sistema terapéutico es un sistema lingüístico en el cual el cliente y el terapeuta crean significados de manera conjunta.

Es en este sentido que el proceso de la terapia es una conversación terapéutica, un diálogo, un “hablar con”, en donde la conversación implica un proceso de “en esto juntos”, en el cual el terapeuta y el cliente se comprometen, por medio del diálogo, en la co-exploración de los temas inmediatos, (el problema*) y en el co –desarrollo de alguna novedad, es decir, de significados, realidades o narrativas modificadas o nuevas. En este tipo de conversación terapéutica la novedad se desarrolla continuamente, apuntando a la disolución del problema y a cultivar una nueva percepción del cliente de su capacidad personal y su libertad. Y es en este sentido donde cabe destacar que a comparación de las terapias de corte moderno, para Anderson los problemas no son resueltos sino disueltos; puesto que la di – solución del problema puede surgir de esa nueva percepción del cliente de su capacidad personal y su libertad; de este modo menciona que el cambio, tanto en el terreno cognoscitivo como en el del comportamiento, es una consecuencia natural del diálogo (Anderson, 2001).

Por esto, si se considera que el diálogo da la oportunidad de crear, de abrir la puerta a nuevas posibilidades, de unir muchas voces <la polifonía> y generar algo nuevo; Anderson menciona lo siguiente:

“Cada voz tiene su propio significado, pero en concierto con las otras voces, forma un nuevo campo de significados, lleno de conexiones e interrelaciones inesperadas. Dada la individualidad de cada voz, hay una sensación de apertura... Aunque cada voz permanece a veces en silencio, las voces silenciosas están involucradas activamente en el proceso, “escuchando y poniendo atención a lo que los otros miembros del coro están haciendo... los músicos forman una comunidad no jerárquica. No hay director. La <maestra> desarrolla sus funciones específicas mientras es una integrante más del grupo. Ella como todos los demás, se sumerge

* Refiriéndonos a algo o alguien acerca de lo cual se está preocupado y se quiere cambiar



tanto en su trabajo que se pierde a sí misma.” (Anderson; en Limón, en prensa)

Para el terapeuta, la aventura está en aprehender la singularidad de la verdad narrativa de cada cliente, las verdades de las vidas relatadas. Esto significa que los terapeutas siempre tienen prejuicios debido a su experiencia, pero que deben escuchar de tal modo que esa experiencia previa no les impida el acceso al significado cabal de las descripciones que el cliente hace de su propia experiencia. Esto sólo puede darse si el terapeuta siempre afronta cada experiencia clínica desde la posición de la ignorancia.

La conversación y las preguntas terapéuticas que surgen de la posición de ignorancia constituyen un esfuerzo solidario encaminado a generar un nuevo significado, significado basado en el relato lingüístico y explicativo del cliente, a medida que este vuelve a contar y elaborar su historia a través del diálogo terapéutico. Este tipo de intercambio dialogal facilita el cambio de la narración en primera persona que es tan necesario para el cambio en la terapia (Anderson y Goolishian, 1996).

Tanto los clientes como los terapeutas pueden considerarse expertos, puesto que los primeros son expertos en su propia experiencia, incluso de su dolor, sufrimiento y preocupaciones, de la misma forma que lo son con respecto a sus recuerdos, metas y responsabilidades. Los terapeutas son expertos en la creación de un clima conversacional e interactivo adecuado para el cambio y resultados en la terapia. Tanto clientes como terapeutas son compañeros en el proceso de cambio o proceso terapéutico y colaboran decidiendo en qué centrar la terapia, la meta por alcanzar, las responsabilidades de los clientes y cuándo terminar la terapia (González, 1998).

Así, a medida que el diálogo se desenvuelve, Anderson y Goolishian (1992, en Limón, op.cit.), consideran que se crea una nueva narración y un cambio en el relato y en la autonarración, como consecuencia inherente a una conversación dialógica y a una colaboración relacional con los “clientes” durante la terapia. En este sentido, la terapia es un proceso de investigación colaborativa, en tanto que



ambos, el cliente y el terapeuta llegan a este encuentro con distintas perspectivas y siendo expertos en distintas áreas, y en el proceso se convierten en “compañeros de conversación” (Limón; en prensa). Juntos combinan su experiencia y crean conocimiento al explorar lo familiar y construir lo nuevo.

La actual posición narrativa de Anderson y Goolishian (1996; González 1998) se apoya fuertemente sobre algunas premisas, las cuales a continuación se describen:

1. Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y de significado. La comunicación y el discurso definen la organización social. Un sistema sociocultural es el producto de la comunicación social y, por ende, la comunicación no es un producto de la organización estructural. Todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos o comunicativos, y quienes mejor pueden describirlos son los individuos que participan en ellos y no los observadores externos y “objetivos”. *El sistema terapéutico es uno de esos sistemas lingüísticos.*

2. El significado y la comprensión son construidos social e intersubjetivamente. Se llega a una comprensión y significado compartido hasta que entablamos un acto comunicativo. *Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialogal.*

3. Cualquier sistema de terapia es un sistema que se ha formado alrededor de algún “problema” y que está implicado en el desarrollo de un lenguaje y significados específicos, tanto en su organización como en su disolución. *El sistema terapéutico es un sistema organizador y de disolución del problema.*

4. La terapia es un acontecimiento lingüístico que tiene lugar en lo que llamamos conversación terapéutica. Dicha conversación supone una búsqueda y exploración mutua a través del diálogo, un intercambio y cruce de ideas en el que se están desarrollando continuamente nuevos significados orientados hacia la disolución del problema, y hacia la disolución del sistema de terapia, por ende, *del*



sistema de disolución del problema y de organización del problema. Así, cambio equivale al desarrollo de un nuevo significado a través del diálogo.

5. El rol del terapeuta es el propio de un artista experto de la conversación cuya finalidad es la de crear un espacio facilitador de conversación. Así el *terapeuta es tanto un observador participante como un participante organizador de la conversación terapéutica.*

La responsabilidad del terapeuta es que la conversación fluya, su responsabilidad no son las soluciones, pues según González (1998), ésta es una visión no interventiva de co-construcción de la realidad.

6. El terapeuta ejercita este arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales o terapéuticas. La pregunta terapéutica es el principal instrumento para facilitar el desarrollo del espacio conversacional y del proceso dialogal. Para lograrlo, *el terapeuta ejercita una pericia en la formulación de preguntas desde una posición de "ignorancia", en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas.*

7. Los problemas con los que nos enfrentamos en la terapia son acciones que expresan nuestras narraciones humanas, de tal modo que disminuyen nuestro sentido de mediación y de liberación personal. Los problemas son una objeción preocupada o alarmada ante un estado de cosas para el que somos incapaces de definir una acción competente (mediación) para nosotros mismos. En este sentido, *los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.*

8. El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y, por lo tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación. El poder transformador de la narración descansa en su capacidad para relatar los hechos de nuestras vidas desde un significado nuevo y diferente. *Vivimos en y a través de las identidades narrativas que desarrollamos en la conversación.* La técnica terapéutica consiste en su pericia para participar en este proceso. Nuestro "yo" es siempre cambiante.



Estas premisas ponen gran énfasis en el papel del lenguaje, la conversación, el yo y el relato. En términos generales, Anderson desea que el terapeuta se pueda ver a sí mismo como un proveedor de espacios conversacionales, donde las múltiples ideas y significados puedan construir realidades y posibles soluciones a los dilemas que le aquejan. A través de la conversación, se pretende ampliar la escucha a múltiples voces que se inscriben en el proceso terapéutico, así como maximizar las posibilidades de ideas, diálogos y soluciones, de tal forma que se pueda hablar con la gente de una manera en la que aún no han logrado hablar consigo mismos (González, 1998).

Lynn Hoffman (postura reflexiva)

Pionera en los escenarios tempranos de la terapia familiar, y encantada por la propuesta terapéutica de la Escuela de Milán, Lynn Hoffman se fue compenetrando en la “epistemología constructivista”, y finalmente, estando ya dentro de una orientación socioconstruccionista, y usando la metáfora de los lentes, esta autora menciona que, para ayudarse a sí misma en el proceso terapéutico, ella utilizaba tres poderosos lentes. El primero estaba representado por la teoría del construccionismo social, el segundo por lo que ella llama “una visión de segundo orden”, y el tercero por el género, pero donde la teoría del construccionismo social era una especie de lente de los lentes. Se trata, a decir de esta autora, de un enfoque más participativo y menos orientado a los objetivos, enfoque que pone en jaque algunos de los presupuestos “sagrados” de la psicología moderna (Hoffman, 1992; en Limón, op. cit.), y que concibe al self como una extensión de la historia en movimiento.

Hoffman, ubicada en la misma línea de los autores identificados con el movimiento postmoderno y con la orientación socioconstruccionista, afirma que el conocimiento cambia y se renueva en la conversación terapéutica, en donde la conversación, y no el terapeuta, “es el autor”, ello permite jugar con diferentes formas asociativas durante el proceso, como son los relatos, las ideas, las



imágenes o los sueños, Hoffman (1996) refiere todo esto como una conversación terapéutica “reflexiva”; además de que cuando se habla de reflexividad en las relaciones, se implica por tanto, una equidad en la participación, aún cuando las partes puedan tener posiciones o características diferentes.

Los procesos elaborados alrededor del equipo de reflexión, el empleo de conversaciones reflexivas y de interrogatorios reflexivos, la preponderancia del prefijo “co” para describir una conversación terapéutica (“co- autor”, “co-evolución”), todo esto indica una preferencia por un proceso de influencia mutua entre consultante e investigador, en vez de por un proceso jerárquico y unidireccional. De esta manera, este enfoque cuestiona sobre todo el elevado estatus del profesional, y asume una posición influida por el enfoque de Harlene Anderson y Harry Goolishian respecto a hacer desaparecer al experto.

En su trabajo, alienta a las persona a jugar con los relatos, y está siempre dispuesta a aportar alguno para impulsar ideas. Sus historias tienden a ser positivas y transformadoras, lo que quiere decir que trata de convertir lo que se experimenta como difícil en algo que contenga alguna esperanza.

Tom Andersen (Equipo Reflexivo)

Creador del “equipo reflexivo”, Tom Andersen es otro importante terapeuta dentro de estas nuevas tendencias. Entre 1984 y 1987 Andersen y un pequeño grupo del Hospital Mental de Tromso buscaron trabajar con la idea del equipo terapéutico de la escuela de Milán, pero circunstancialmente, en marzo de 1985 tuvieron un incidente con un caso que les permitió derivar la idea del “equipo reflexivo”. Después de varias intervenciones infructuosas derivadas del modelo de Milán, pensaron en preguntarle a la familia si querían escucharlos unos minutos, después de la aceptación de la familia procedieron a bajar la luz de la sala de entrevista, a subirla en la oficina, y a ponerse a hablar entre ellos. Dice Andersen:

“...cuando revertimos la luz y el sonido, estábamos listos para escuchar cualquier cosa: desde gente furiosa a gente aburrida. Lo que vimos fue



cuatro personas silenciosas y pensativas que después de una corta pausa, comenzaron a hablar entre sí con sonrisas y optimismo.” (...) “El revertir la luz y el sonido le daba una libertad sorprendente a la relación entre nosotros y la familia. Ya no éramos los únicos responsables, sólo éramos una de las dos partes.” (Andersen, 1991; en Limón, 1999; ,p.33-34).

Después de esto, Andersen comenzó a desarrollar una nueva forma de trabajar con un equipo, y posteriormente a derivar los elementos conceptuales para sustentar esta forma de trabajo, pues para este autor, primero tienen lugar los cambios prácticos y posteriormente los intentos por entenderlos.

Para Andersen, la terapia no es una técnica, es un modo de que el terapeuta participe en relaciones con sus clientes, formando así una relación heterárquica, lo cual caracteriza a los procesos reflexivos, en los que cliente y terapeuta conversan y trabajan en conjunto, como partícipes igualmente importantes (Andersen, 2001).

En el modelo de trabajo de Andersen, encontramos un “sistema de entrevista” o “sistema fijo” y un “equipo reflexivo”. Es el “sistema de entrevista” el que conversa con las personas consultantes, siempre bajo la premisa de que las conversaciones son una fuente importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, de definiciones y significados diferentes, mismos que podrían dar nueva luz a interpretaciones anteriores o incluso llevar a que emerjan otras. En este proceso el entrevistador está atento a las “aperturas” que puedan conducir la conversación hacia, por ejemplo, alguna particularidad del sistema de significados de la persona. Y cuando se presentan estas “aperturas”, Andersen las aprovecha para pedir una aclaración de las palabras, de la historia o de las circunstancias del contexto, o para preguntar qué podría ocurrir si hubiera cambios en las acciones que están teniendo lugar en esta situación.

Andersen considera los procesos reflexivos como una alternativa entre hablar de un tema en un diálogo externo, con otras personas, y luego sentarse a escuchar a otros (grupo reflexivo) hablar del mismo tema; ya que menciona que cuando se habla de un mismo tema desde dos perspectivas distintas, se cambia



alternativamente de perspectiva, y fácilmente surgen nuevas ideas. Para ello, los miembros del “equipo reflexivo” (atrás del espejo) deben observar en silencio sin interrumpir la conversación terapéutica o hablar entre ellos. Posteriormente, cuando son requeridos por el “sistema de entrevista” , entran al consultorio y realizan sus “reflexiones” mirando a la cara de los otros miembros del “equipo reflexivo”, y dejando a los pacientes en libertad de escuchar o no escuchar (Andersen, 1992; en Limón, 1999).

Asimismo, el lenguaje que cada uno de nosotros usa es sumamente personal, y contiene metáforas cuidadosamente seleccionadas. Y el oyente no sólo es receptor de esta historia sino que, al estar presente, constituye un estímulo para el acto de narrar esa historia. Y ese acto es el acto de constituir el propio yo.

La búsqueda de nuevos significados casi siempre implica la búsqueda de un nuevo lenguaje, y equivale a tratar de que nuestro yo sea el yo con el que más cómodos nos sentimos. Para Andersen (1996), la llamada conversación “terapéutica” es considerada como una forma de búsqueda que brinda nuevas descripciones, nuevas comprensiones, nuevos significados, nuevos matices de palabras, y en última instancia, nuevas definiciones de uno mismo.

Y bajo esta comprensión de significado de la conversación, a Andersen le resulta difícil interrumpir el pensamiento o el habla de una persona, ya que el proceso de hablar y pensar constituye para él una búsqueda de lo nuevo, y parte de eso es la búsqueda del *ser* que la persona quiere llegar a ser. Además, si el profesional expone sus significados y sus opiniones, muy probablemente logrará que los significados ya existentes se afiancen aún más. De tal manera que para Andersen, las preguntas más seguras son aquéllas que se vinculan fuertemente con lo que acaba de decir la persona con la que hablamos (Andersen, 1996).

Gianfranco Cecchin

Cecchin, quien formó parte del primer grupo de la Escuela de Milán, tiene la idea de que las relaciones humanas aparecen vinculadas a los relatos producidos



socialmente, y de que las interacciones brindan las oportunidades y establecen los límites de nuestros mundos.

Como miembro de la escuela de Milán, reconoce algunos cambios que se gestaron en el modelo sistémico, como el pasar de centrarse en la familia a centrarse en el terapeuta, y la importancia de dejar de ver los actos de los miembros de la familia como el famoso juego familiar; sino más bien, el considerar que las personas estaban involucradas en una decisión de permanecer juntas, pero no para controlarse o controlar su relación, sino para explicarse las unas a las otras. Es así que se cayó en cuenta la de que el juego no dependía sólo de la familia, sino también del terapeuta. A su vez, la terapia adquirió el matiz de una constructora de nuevas historias, construidas en colaboración, con el fin de abrir nuevas posibilidades para los clientes, pero para lo cual es necesario que con anterioridad se desmantelen las viejas historias.

El desafío, según Cecchin, está en la negociación y la co-construcción de maneras de ser viables y sostenibles que convengan a la familia, al terapeuta y a las formas de obrar culturalmente aceptadas (Cecchin, 1992; en Limón, 1999).

Respecto al cambio de enfoque de la familia al terapeuta, se establece la importancia de las hipótesis como una manera de construir una conexión con el sistema, y no un paso al descubrimiento de una historia “real”. La hipótesis es una manera de contribuir a la construcción de una relación terapéutica; es la base para iniciar una conversación, el valor de la hipótesis no está en su verdad sino en su capacidad de crear una repercusión que incluya a todas las personas involucradas; es un modo de crear repercusiones en el sistema de comunicación, independientemente de su valor como verdad o su validez como explicación.

Dentro de este enfoque, el terapeuta se convierte en actor participante dentro del relato terapéutico, pues el terapeuta utiliza el rol que surge en el contexto interactivo para actuar, dar indicaciones, convertirse en un “controlador social” o hasta en un “moralizador”, sólo en la medida en que diversos contextos y la variedad de relaciones le brinden la oportunidad de realizar tales construcciones; entre las relaciones importantes figuran, la relación terapéutica y



las condiciones institucionales, culturales e históricas que vienen al caso en el momento terapéutico. También es preciso tener en cuenta la orientación del terapeuta, que surge de su historia personal, su orientación teórica, etc. (Cecchin, 1996).

Al mismo tiempo, otra característica de esta propuesta es adoptar una actitud de “ironía”, en el cual, el terapeuta trata de entender las historias y los modelos que observa. Los clientes, por su parte, observan la actitud irónica del terapeuta y pueden también, por imitación, empezar a utilizar esta perspectiva; así, los clientes podrían llegar a tener más opiniones propias y, al mismo tiempo, asumir esa responsabilidad, sin cosificar sus opiniones considerándolas “perogrulladas”.

Por tanto el terapeuta es un buen ejemplo de una sensibilidad postmoderna en la que se reconoce que el contexto relacional proporciona las posibilidades y las restricciones terapéuticas.

Podemos decir entonces, que esta postura promueve la flexibilidad y la creatividad tanto del terapeuta como del cliente. La terapia es un desafío interesante, este desafío consiste en demoler la vieja historia y avanzar hacia una nueva historia construida en colaboración, que a su vez, brinde nuevas posibilidades para los clientes. Son las inevitables contradicciones y disonancias las que brindan la oportunidad de construir una nueva posición, una nueva explicación o un nuevo relato acerca de lo que estamos haciendo (Cecchin, 1996)

Michael White, David Epston y Kevin Murray (La Narrativa).

Con propuestas claramente influenciadas por las ideas de Michael Foucault, White, Epston y Murray piensan que se puede definir la narración como una unidad de significado que brinda un marco para esta experiencia vivida, pues es a través de las narraciones que se interpreta y es la forma en que nos adentramos en las historias de las personas. Y precisamente, es a través de las historias como se puede obtener el sentido de cambio, pues consideran que es en los relatos en



donde se construyen los comienzos y finales al flujo de la experiencia, para, desde ahí, poder determinar el significado que le damos. En otras palabras, para entender nuestras vidas, según estos autores, la experiencia debe relatarse, pues este hecho es el que determina el significado que será atribuido a la experiencia, Y esto implica que la interpretación de los eventos actuales esté tan determinada por el pasado como moldeada por el futuro. (Limón, 1999)

Al considerar el papel fundamental que desempeñan los relatos en relación con la organización de la experiencia (Epston, Murray y White, 1996), se puede argumentar que:

1. Los relatos en los que situamos nuestra experiencia determinan el significado que damos a la experiencia.
2. Estos relatos son los que determinan la selección de los aspectos de la experiencia que se expresarán.
3. Estos relatos son los que determinan la forma de la expresión que damos a esos aspectos de la experiencia.
4. Estos relatos son los que determinan efectos y orientaciones reales en nuestra vida y en nuestras relaciones.

Así, con cada representación, las personas re-escriben sus vidas y sus relaciones. Y cada relato se cierra sobre sí mismo pero también es algo más que el relato anterior. La evolución de las vidas y las relaciones de las personas es semejante al proceso de re-escritura, al proceso que atraviesan las personas al entrar a las historias con toda su experiencia y su imaginación, y al proceso de adueñarse de esas historias y hacerlas propias.

Es por ello, que estos autores creen en la co-generación de relatos alternativos que compitan con el “relato patológico”, tan característico de nuestra sociedad, y con ello se pretende lograr una co-construcción diferente del problema. Es así, como la terapia se convierte, en el proceso de contar (narrar) y volver a contar, deconstruyendo el significado problemático y co-construyendo



narraciones nuevas y liberadoras a través del lenguaje verbal o escrito. En este proceso de reautoría el cliente es siempre el primer autor y el terapeuta es un co-autor que lo ayuda a construir nuevas historias y versiones de sí mismo, y lo hace primordialmente a través de preguntas (Epston, White y Murray, 1992; en Limón, 1999).

Así, esta terapia de re-escritura pretende ayudar a las personas a resolver el problema por los siguientes medios: 1) permitiéndole separar sus vidas y relaciones de conocimientos/ relatos que sean empobrecedores 2) ayudándoles a cuestionar las prácticas del yo y de las relaciones que sean opresoras 3) alentando a las personas a re-escribir sus vidas según conocimientos/ historias y prácticas del yo y relaciones alternativas, que tengan mejores desenlaces (Epston, Murray y White, 1996).

Dentro de este trabajo, comparando al proceso terapéutico con un “rescribir de vidas y personas”, el cliente es siempre el primer autor y el terapeuta es un co-autor que lo ayuda a construir nuevas historias y versiones de sí mismo y lo hace primordialmente a través de preguntas.

Asimismo, el trabajo de White también destaca por la “externalización del problema” (González, 1998; Selekman, 1996; White y Epston, 1993; White, 2002a; White 2002b), pues como menciona White muchas de las conversaciones acerca del problema de las personas son internalizadas; un ejemplo de éste tipo de conversación puede ser cuando se escucha a alguien decir: “el problema es Juan”. En respuesta a esto, White con su “externalización del problema” formula preguntas que favorecen una conversación más externalizadora acerca de lo que resulta problemático: “¿de qué modo está el problema afectando la vida de Juan? ¿cómo está interfiriendo en su relación con usted? ¿cómo les afecta a ustedes este problema?” etcétera;

Es así, que por medio de estas conversaciones externalizadoras se alienta a las personas para que relaten de qué manera el problema ha estado afectando sus vidas y sus relaciones, por tanto, podemos decir también que a través de este abordaje terapéutico se insta a las personas a cosificar y a veces a personificar los



problemas que los oprimen. De esta manera se constituye como una alternativa terapéutica pues por crea una atmósfera diferente, en la cual las personas ven al problema no como intrínseco a ellas sino como algo que está actuando sobre ellas desde el exterior, y es así, que se pretende también, que las personas puedan experimentar nuevas posibilidades para la acción

En este proceso, White ha incorporado un punto de vista, identificado como, la “descripción saturada por el problema” en la cual se parte de la idea que existe un relato dominante en la narrativa del cliente, es decir, en el lenguaje y sistema de significados que utiliza para describir su vida, ocupando gran parte del autoconcepto y apocando otras posibilidades de desarrollo, particularmente para solucionar el problema. Mediante la búsqueda de excepciones, las personas con quienes trabaja White, han sido capaces de distinguir los “hechos” acerca de sus vidas y relaciones que anteriormente, desde el relato saturado por el problema, no estaban en condiciones de percibir. El planteamiento del autor reside entonces, en la posibilidad de incorporar al relato que la persona hace de sí (lo cual puede leerse como un tipo “literal” de autoconcepto) nuevas alternativas de conceptualización que desplacen la dominancia de los relatos (y autoconcepciones) que más tiempo han permanecido, y que han sido reforzados por las diversas interacciones sociales de los “otros” inscritos en la vida del paciente, que a su vez inscriben al paciente en sus propias narraciones, lo cual implica modos diferentes de “leer” la vida y de esperar que los “otros” actúen de acuerdo al valor esperado que se tiene de ellos, según la lógica narrativa individual y colectiva que es compartida.

De esta forma, (González, 1998; Selekman, 1996; White y Epston, 1993; White, 2002a) White menciona que el abordaje de la externalización del problema:

1. Hace disminuir los conflictos personales más estériles, incluyendo las disputas en torno a quién es responsable del problema.



2. Combate la sensación de fracaso que aparece en muchas personas ante la persistencia del problema, pese a sus intentos de resolverlo.
3. Allana el camino para que las personas cooperen entre sí, se unan en una lucha común contra el problema y logren sustraerse a su influencia.
4. Abre nuevas posibilidades de que las personas actúen para apartar sus vidas y relaciones de la influencia del problema.
5. Permite a las personas afrontar de un modo más desenfadado, más eficaz y menos tenso, problemas que parecían “terriblemente serios”.
6. Ofrece opciones de diálogo, y no monólogo, sobre el problema.

Dentro de este trabajo de White, Epston y Murray, también destaca, la búsqueda de las historias alternativas sobre las historias dominantes, es así, que el terapeuta indaga los “acontecimientos extraordinarios”, que son aspectos generalmente ignorados por los clientes, pero que resultan cruciales en la experiencia vivida.

“Cuando alguien acude a terapia, un resultado aceptable para él, podría ser la identificación de los relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados, aportando con ellos posibilidades más deseables, nuevos significados que las personas experimentarán como más útiles, satisfactorios y con final abierto” (White y Epston, 1993, pp. 31)

Bajo estas circunstancias, compartimos la opinión de Limón (1999), con respecto a que una de las aportaciones más importantes brindadas a la psicoterapia por estos autores, es el énfasis que ellos ponen en la libertad que tiene el individuo para construir la historia de su propia vida, sus argumentos acerca de “el conocimiento como poder”, así como sus trabajos sobre la “externalización del problema”.



J. Freedman, y G. Combs

Ambos, al igual que los autores anteriores, comparten la idea de que los “problemas” son mantenidos básicamente por el lenguaje y por la interacción social.

Asimismo, consideran que la importancia de las preguntas que los terapeutas hacen, no sólo radica en el hecho de que generan información, sino más bien, en que pueden generar experiencias, y por lo tanto se abre la posibilidad a nuevas opciones.

Una de sus prácticas terapéuticas consiste en la posibilidad de ponerle un nombre al estilo de vida anterior del “cliente”, de esta forma y de manera conjunta, se busca una categoría que permita separar el “pasado infeliz”, y con ello, diferenciarlo claramente del nuevo proyecto de vida, el cual tendrá a su vez un nombre que facilite “mirar al futuro de manera optimista y creadora” y que puede incluir las diferentes acciones a realizar.

A su vez, esta propuesta incluye algunas estrategias terapéuticas derivadas por otros autores dentro de esta misma tendencia, como es el caso de la externalización del problema descrita por Epston, White y Murray en 1992, o la búsqueda de excepciones y potencialización de repertorios a la que se refieren O’Hanlon y Weiner-Davis en 1989 (Limón, 1999).

S. Friedman

En su trabajo clínico, Friedman refleja una integración de muchas áreas de pensamiento y tomando en cuenta que su primera formación fue en terapia estratégica-estructural y en el modelo de tratamiento breve del Mental Research Institute de Palo Alto, California, su trabajo tendía a ser breve y centrado en el problema. Pero más recientemente, incorporó a su tarea clínica las ideas del enfoque centrado en la solución y la perspectiva narrativa, por lo que básicamente



se considera un integracionista pragmático adaptando varios modelos a la situación clínica (Friedman, 2001). Asimismo, se considera un “terapeuta de la posibilidad”; es decir, un terapeuta que aborda al cliente con una actitud ingenua, inquisitiva, curiosa y abierta; se atiene a supuestos simples, evita las elaboraciones explicativas, toma en serio la demanda del cliente, respeta sus recursos y creatividad, piensa en términos de soluciones, no de problemas, toma una posición esperanzada y orientada hacia el futuro, busca oportunidades de introducir nuevas ideas o perspectivas; y considera el lenguaje la clave del cambio terapéutico. Friedman, concibe a la terapia como una conversación en la cual el diálogo entre el terapeuta y el cliente conduce a la generación de nuevos significados, explicaciones y opciones para la acción. El objetivo es entrar en conversaciones que cuestionen el papel limitante del texto o relato de vida recibido, a fin de posibilitar, e incluso hacer inevitable el surgimiento de visiones alternativas (Friedman, 2001).

Bajo la perspectiva de este autor, el proceso terapéutico es como una travesía en la cual los clientes se alejan de un mundo saturado de problemas e ingresan a otro en el que pueden recuperar su autonomía y la sensación de que ocupan la posición de agente, parece entonces necesario, un cambio en la posición del terapeuta, el cual, debe pasar de una actitud de “ejercicio autoritario de la profesión”, a otra de renovado respeto tanto por la voz del cliente, como por su capacidad de ser autor del relato de propia vida.

Kenneth Gergen y John Kaye

Para Gergen y Kaye, la psicoterapia debe de favorecer la generación de nuevos significados a través del diálogo; además, consideran que no es necesaria una historia estática o buscar una historia definitiva para el “paciente / cliente”, por esto, se contempla la importancia del diálogo entre múltiples perspectivas, con la oportunidad de coexistencia entre ellas (Limón, 1999)



Es en este sentido que la psicoterapia, para estos autores, es un proceso en donde se re-construyen significados dentro de un contexto cooperativo, en donde el terapeuta deja a un lado el papel dominante y un discurso radical, y da paso a escuchar y tomar en cuenta el discurso del cliente, adoptando ambos un papel activo; es dentro de este contexto que se pretende liberar al cliente de las creencias opresoras, y es así -como señalan los autores-que se trata de un diálogo transformador, donde se negocian nuevas comprensiones, y tratan de ponerse de manifiesto las historias aún no contadas, pretendiendo con ello, el aprendizaje de nuevos significados y la apertura a nuevas opciones de participación en la construcción de significados de vida. Y para lograr lo anterior, es necesario que las propias personas encuentren las excepciones a lo dominante, que se vean a sí mismos como los prisioneros de una historia culturalmente inculcada y que ellos no crearon (Limón, 1999).

O'Hanlon y Weiner-Davis "Terapia Centrada en Soluciones"

Esta terapia se aparta de las explicaciones, los problemas y la patología, y se dirige hacia las soluciones, competencias y capacidades; centra su atención en el cliente y crea expectativas de cambio (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Dentro de esta nueva cosmovisión, se co-construye una nueva "realidad" para el cliente, una realidad que lo lleve a vivir su vida como él la desea, esto lo logra junto con el terapeuta abriendo las ventanas de posibilidades y alternativas de vida que tienen y que sólo falta que las descubra.

Con esto damos paso al siguiente capítulo, en donde abordaremos a detalle los presupuestos, las características generales, así como también, la relevancia en nuestro contexto social contemporáneo de esta Terapia Centrada en Soluciones, propuesta por O'Hanlon y Weiner-Davis.

CAPÍTULO 5

***La Terapia Centrada en
Soluciones: la propuesta de
O'Hanlon
y Weiner – Davis***





CAP. 5. LA TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES: LA PROPUESTA DE O'HANLON Y WEINER-DAVIS.

Hemos abordado hasta aquí, cómo muchas tendencias de la psicoterapia, más específicamente las que son consideradas como modernistas, se han dedicado durante la mayor parte de su historia a estudiar e intentar eliminar los problemas y la patología de las personas; y más aún, vimos cómo existe una tendencia emergente, un cambio de enfoque, desde la patología y los déficits hacia los lados fuertes, las capacidades y los recursos que los mismos clientes poseen. Asimismo, comprenden una orientación hacia el futuro que no da gran énfasis a cómo surgieron los problemas, ni incluso cómo se mantienen, sino que se ocupa de hacerlas manejables y de co-crear con el cliente alternativas de vida más alentadoras. De esta manera, en el presente capítulo damos paso a un nuevo escenario en donde no hay diagnósticos, ni teoría acertada o errónea, sino solamente datos acerca de qué es lo que funciona o es útil en casos concretos, pues como mencionan O'Hanlon y Weiner-Davis (1993) *“No existe una teoría correcta de la psicoterapia. Muchas teorías diferentes y muchas técnicas y enfoques diferentes parecen producir cambios y resultados positivos”* (p. 22).

Este nuevo escenario al que nos referimos, ha llegado o puede llegar al quehacer de los terapeutas como una prometedora cosmovisión postmoderna, conocida como terapia centrada en soluciones.

5.1. Presupuestos de la terapia centrada en soluciones.

Como ya lo hemos revisado en los capítulos anteriores, las diversas orientaciones dentro del quehacer terapéutico no son más que “lentes coloreadas” a través de las cuales vemos lo que nos rodea (Hoffman; en Beyebach, 1999). De tal manera, que los diferentes modelos teóricos dictan qué es lo que podemos ver y qué no, es más, determinan dónde buscar y dónde no, de qué hablar y de qué



no. En otros términos, consideramos que *en terapia la realidad no se descubre, sino que se crea* a partir de los presupuestos teóricos y en interacción con las aportaciones de los clientes que acuden a terapia (Watzlawick, 1984).

Ahora bien, es momento de conocer acerca de los elementos que constituyen el marco de referencia de la terapia centrada en soluciones; es decir, esos elementos que forman el armazón de estas "gafas" desde las cuales, podemos ver el proceso terapéutico con los colores de las soluciones y las alternativas, las posibilidades, la relativización y la flexibilidad. Sin pretender establecer un orden de importancia, al igual que Beyebach (1999) podríamos citar como los elementos más relevantes a los siguientes:

La resistencia no es un concepto útil.

Muchos terapeutas de distintos enfoques, consideran que los pacientes, en realidad, no quieren cambiar o que son ambivalentes acerca de las posibilidades de cambio. Sin embargo, cuando un terapeuta habla de resistencia, está considerándose a sí mismo como una parte separada del sistema del cliente que está tratando

En contraste, los terapeutas centrados en las soluciones, enfocan cada caso desde una posición de cooperación entre el terapeuta y el paciente, en lugar de concentrarse en la resistencia, el poder y el control.

“...cada familia (individuo o pareja) manifiesta una forma particular de cooperar, y el trabajo del terapeuta consiste, en primer lugar, en describir para sí esa forma particular que tiene la familia y, en segundo lugar, en cooperar con esa manera específica y, de ese modo, promover el cambio” (De Shazer; en Selekman, 1996. p. 35).

Los rótulos crean un “agujero negro” terapéutico.

Al pensar en los diversos rótulos opresivos y estigmatizantes que suelen ponerse a los pacientes, podemos recordar las palabras de Goolishian, con



respecto al “lenguaje del déficit” que han empleado los profesionales que se ocupan de la salud mental

“ El lenguaje del déficit creó un mundo de descripciones que sólo comprende lo que está mal, lo que falla, lo que está ausente o lo que es insuficiente. Este lenguaje creó un mundo de la salud mental comparable a un agujero negro del que es muy difícil escapar, seamos clínicos, teóricos o investigadores. Al usar la metáfora del agujero negro, trato de capturar la esencia de un sistema de significados cuyas fuerzas son tan poderosas que es imposible huir de él hacia otras realidades” (Goolishian; en Selekman, op. cit.; p. 31)

En este mismo sentido, podemos decir que el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-R) es una obra influyente que ha perpetuado este lenguaje del déficit, el cual, por medio sus rótulos, su generalización y su segregación, incluye a las personas dentro de una patología.

Bajo una visión centrada en soluciones, se evitan estos rótulos o constructos psicológicos que no son útiles para el cambio. Por ejemplo, los constructos de personalidad pueden ayudar a entender la complejidad de las personas, pero se necesita todo un conjunto de nuevos constructos para ayudar a las personas a cambiar. O como bien lo expresa Haley (en O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.):

“...catalogar a un niño como “delincuente” o decir que sufre una “disfunción cerebral mínima”, o etiquetar a un adulto como “alcohólico” o “esquizofrénico” es participar en la creación de un problema de tal forma que el cambio se hace más difícil. Un terapeuta que describe una situación familiar en términos de “una madre dominante y un padre pasivo” ha creado problemas con ello, aunque puede pensar que solamente está identificando los problemas que se le presentan. La manera en que se etiqueta un dilema humano puede cristalizar un problema y hacerlo crónico” (p. 61)



Se trabaja con las construcciones de los clientes.

Por una parte, consideramos que no sólo las diversas terapias son construcciones, sino también, que en terapia se trabaja básicamente con las *construcciones* de los clientes. Es decir, del mismo modo que vemos los conceptos que manejan los profesionales ("personalidad" "límite", "autoestima", "funcionalidad", etc.) como meras creaciones, nos adherimos también a considerar que los puntos de vista que los clientes mantienen en torno a su situación son también construcciones, formas de contarse cosas a sí mismos y a los demás, susceptibles de ser negociadas en la interacción social y reemplazadas por otras más útiles (no más verdaderas). Este planteamiento como ya lo abordamos en capítulos anteriores, suele definirse como "construccionismo social". Conjuntamente con una perspectiva narrativa, y siguiendo a Wittgenstein (en Beyebach, op. cit.), estas construcciones pueden entenderse como "juegos de lenguaje", de modo que la terapia pasaría a considerarse un *proceso lingüístico* en el que se fomenta un lenguaje centrado en las soluciones que sustituya al lenguaje centrado en los problemas en el que los clientes están atrapados.

Puesto que en la terapia centrada en soluciones no se trabaja con realidades, sino con construcciones/narraciones, se mantiene también la idea de que no es útil que durante la terapia se trate de "leer entre líneas" para descubrir lo que las cosas "realmente son". Por el contrario, se prefiere adoptar una postura post-estructuralista, rechazando por tanto la metáfora de la profundidad, según la cual, lo que sucede en un determinado nivel de la existencia se explica, o está causado por lo que sucede en niveles más profundos (el inconsciente, las experiencias infantiles, etc). Por ejemplo, la existencia de un problema en una familia (o, mejor, la constatación de que en una familia alguien se queja de algo) no tiene por qué llevar a "leer entre líneas" y a pensar que por debajo de este problema existe en realidad una disfunción de la estructura familiar, o un grave conflicto interpersonal. Que alguien se queje de algo indica solamente eso mismo: que alguien se queja de algo. O, en palabras de O'Hanlon y Weiner-Davis (op.



cit.): "el problema no es la persona (o la familia); el problema es el problema.". Y bajo este contexto, la tarea de un terapeuta no es buscar claves ocultas por debajo de lo que los pacientes dicen, sino simplemente ayudarles a hablar/narrar de tal forma que puedan encontrar vías de solución y alternativas más positivas que la queja.

Se rechaza el normativismo.

Se rechaza de la idea del normativismo, que básicamente, supone buscar una cierta "esencia" para todas las cosas. Se trata entonces, de no adoptar un modelo de normalidad, y en su lugar, se intenta respetar al máximo la idiosincrasia de los clientes. En otras palabras, la terapia centrada en soluciones, no considera que exista un patrón de persona "sana", ni un ideal de "familia funcional". Más bien, se considera que existe una multitud de diferentes formas de actuar y comportarse, y que ninguna de ellas es a priori superior a ninguna otra. Por tanto, en la terapia centrada en soluciones, no se intenta ajustar a los clientes a un modelo preestablecido (por ejemplo; conseguir necesariamente que haya una comunicación más abierta en la familia; fomentar que la familia esté más unida; o que una persona "madure"), sino que propone ayudar a que las personas consigan lo que ellos se plantean (por ejemplo; volver a disfrutar de las relaciones sexuales como antes de que la mujer recibiera el diagnóstico de depresión; conseguir que el hijo deje la droga e inicie una desintoxicación; etc.) (Beyebach, op. cit.)

Las personas cuentan con las fuerzas y recursos necesarios para cambiar

Otro presupuesto del que parte esta cosmovisión es que *las personas tienen los recursos* necesarios para lograr sus objetivos, aunque por momentos puedan no usarlos o tenerlos olvidados. La tarea del terapeuta es acceder a esos recursos y lograr que sean utilizados para la construcción conjunta de soluciones.



Ya que a menudo, los clientes que se encuentran abrumado por sus “problemas” pierden de vista estos recursos con los que cuentan y quizá sólo necesitan que les recuerden las herramientas de que disponen para que desarrollen soluciones satisfactorias y duraderas (O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.; Beyebach, op. cit.).

Además, se tiene en cuenta que es más probable que los pacientes cooperen y cambien en un contexto terapéutico que saque a relucir sus fuerzas y recursos, que en un contexto centrado en los problemas y en la patología. Acerca de esto, Beavers y Hampson (en Selekman, op. cit) descubrieron que las terapias que enfatizan las fuerzas y los recursos de la familia para resolver el problema dan resultados más positivos que otras terapias.

La cooperación es inevitable.

Además de adecuar las preguntas y tareas terapéuticas a las pautas peculiares de respuesta cooperativa de los pacientes, hay muchas herramientas que los terapeutas pueden utilizar para establecer un *rapport* que a su vez, mejore el proceso de cooperación. Dentro de éstas, se puede usar todo aquello que los pacientes traen a la terapia, sus fuerzas y recursos, sus palabras claves y su sistema de creencias, así como las conductas no verbales (De Shazer, op. cit; Selekman, op. cit.). También, el poner rótulos positivos es otra herramienta terapéutica útil que puede fomentar la cooperación. Por ejemplo, la conducta colérica de un padre puede ser llamada positivamente como la manifestación de un alto grado de preocupación y compromiso respecto de la resolución del problema; o a un adolescente “retraído”, se le puede considerar positivamente como un adolescente reflexivo. De igual forma, se puede elogiar a las personas por las diversas estrategias e intentos creativos que han tomado para resolver las situaciones que les parecen problemáticas (De Shazer, 1991).

Bajo este contexto, es que Madanes (en Selekman, op.cit.) afirma que lo que posibilita el cambio es la capacidad del terapeuta de ser optimista y de ver lo divertido o atractivo en una situación desagradable, pues cuando se incluyen estos



problemas dentro de la normalidad, las personas pueden “aliviarse” y comenzar a “ensayar” nuevas maneras de encarar la situación problemática.

El cambio es inevitable

Como revisamos en los capítulos anteriores, el universo, es un universo cambiante. De hecho, las situaciones de las personas están siempre cambiando y como lo consideran algunos autores (Leake, King, Peters, Waterman y Jones; en Selekman, op. cit.) la creencia del terapeuta en la capacidad de cambio del cliente puede ser determinante para el éxito de la terapia; pues si el terapeuta supone que se producirá un cambio en los clientes, los sentimientos positivos que surgen de esta discusión, favorecen un contexto diferente para la expectativa de cambio. De este modo, para los terapeutas centrados en las soluciones resulta de gran importancia, el co-crear con los clientes profecías positivas de autocumplimiento (O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.), ya que como lo han demostrado algunas investigaciones, existe una relación directa entre la conversación sobre el cambio y los resultados positivos de la terapia.

En un estudio realizado por Gingerich y cols (1988; en Selekman, op. cit), algunos terapeutas emplearon un lenguaje que implicaba el uso del “cuando” y de verbos en futuro, en lugar del uso del “si” y de verbos en condicional; estos terapeutas pasaron la mayor parte de la sesión hablando con los clientes sobre sus éxitos pasados, presentes y futuros. En cambio, los terapeutas que emplearon la “conversación centrada en el problema” se perdieron en una mar de información acerca de los conflictos del pasado y del presente. Por tanto, los casos en los que se utilizó la “conversación sobre el problema” tendieron a dar resultados negativos.

Asumir un punto de vista contextual

Las premisas que hemos enunciado hasta aquí son en buena medida idiosincráticas de la terapia centrada en soluciones, y diferentes de las asunciones



de otros modelos de terapia familiar. Pero, lo que la terapia centrada en soluciones sí comparte con las demás orientaciones de terapia familiar es lo que podríamos denominar el *punto de vista contextual*, es decir, la tendencia a analizar los fenómenos dentro del contexto en el que se producen. Además, este contexto se entiende sobre todo desde el punto de vista interpersonal, haciendo hincapié en las relaciones circulares que se establecen en el presente entre las conductas de una o varias personas*. Estas conductas y sus relaciones son vistas como sistemas abiertos. Desde la perspectiva de la terapia centrada en soluciones, asumir esta forma contextual y sistémica de ver las cosas tiene diversas implicaciones. Por ejemplo, se tiende a ver la propia situación de terapia como un sistema: lo que sucede en las sesiones no está en función de los conflictos internos de los clientes (punto de vista intrapsíquico), sino que está determinado por las interacciones de terapeuta(s) y cliente(s) (punto de vista interpersonal). Además, esta terapia se interesa por contar con la colaboración, no sólo de la persona etiquetada como "paciente", sino también con otros integrantes del sistema o sistemas relevantes: la familia, la escuela, etc.

"Problema" y "solución" son categorías discontinuas.

Por otro lado, desde la terapia centrada en soluciones, se postula que *"problema" y "solución" son categorías discontinuas*. Es decir, dos personas que acuden a terapia con una queja similar (y que por ejemplo podrían ser diagnosticadas por un psiquiatra como depresivas) pueden generar soluciones muy diferentes al final de la terapia (por ejemplo, una dedicándose más al trabajo y ampliando su círculo de amistades; otra centrándose más en la familia y siendo más selectiva con sus amigos). Y a la inversa: puede haber soluciones muy

* Hablamos de circularidad cuando entendemos que A actúa sobre B, pero que a su vez B retroactúa sobre A. Por ejemplo, cuando el marido se enfada con su mujer porque ésta llega tarde a casa, y esta a su vez llega tarde a casa porque su marido está enfadado. De esta forma se puede observar que cada miembro tiende a ver una sola cara de la moneda, a puntuar la secuencia de los hechos desde su particular perspectiva (Watzlawick, Beavin y Jackson; en Beyebach, 1999)



similares para "casos" muy distintos (por ejemplo; una familia que acude con un miembro que sufre una enfermedad física crónica puede plantear objetivos y desarrollar líneas de acción muy similares a los que propone una chica tartamuda).

No es necesario saber mucho de la queja para resolverla.

Expresado en términos de Steve de Shazer (1991) para abrir una puerta no es necesario tener una llave que se corresponda exactamente con la forma de la cerradura, sino que es suficiente con usar una ganzúa que abra el mecanismo. Por tanto, en la terapia centrada en soluciones no se considera necesario tener una amplia información sobre el problema, ni conocer su frecuencia o su naturaleza, ni tampoco su historia ni su génesis (Selekman, op. cit), pues se considera que antes de empezar la terapia, la mayoría de los clientes han especulado miles de veces acerca de las causas y razones de sus dificultades y rara vez este tipo de análisis los conduce a la solución, y si a esto le sumamos que la creencia cultural sostiene una búsqueda de causas, entendemos entonces, por qué muchos clientes llegan a terapia con el fin de saber el por qué de lo que los aqueja como un paso previa para poder resolver esa situación (O'Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.). Sin embargo, a veces solo es necesario un mínimo de información para que el terapeuta pueda pasar directamente a hablar de las soluciones: identificar qué es lo que quieren conseguir los clientes; detectar sus recursos y/o los de la red social y/o profesional; ayudarles a encontrar formas de conseguirlo; buscar modos de mantener en marcha estos logros y así, resolver la queja (Selekman, op. cit.).

Lo que si es importante para los terapeutas centrados en las soluciones es conocer lo que los clientes hacen y que les da buenos resultados, asimismo es importante conocer las excepciones de la queja, es decir, los momentos en que los problemas que los clientes llevan a terapia no resultan molestos, pues los problemas no se presentan todo el tiempo, hay horas, días e incluso semanas en



los cuales los clientes no son fastidiados por el problema, por lo tanto, el terapeuta centrado en las soluciones debe investigar minuciosamente los cambios que tienen lugar durante esos periodos no problemáticos para que el cliente pueda identificar y hacer eso que le funciona, hasta “no dejar espacio” al problema (O'Hanlon y Weiner-Davis, op.cit; Selekman, op. cit.)

Si comparamos la terapia con una cámara que se centra en los problemas y la patología, tanto los terapeutas como los clientes percibirán problemas y patologías. Por el contrario, si el centro de interés está en las soluciones y las capacidades, son esas imágenes las que dominarán la pantalla. De tal modo, que si se consigue que los clientes perciban o actúen sobre los recursos y las soluciones fuera de la sesión, esa percepción o experiencia llenará también la pantalla de sus vidas fuera de la terapia (O'Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.)

Sólo se necesita un pequeño cambio

Otra implicación de esta forma de ver el quehacer terapéutico, es que se considera que en terapia es suficiente con introducir un *cambio pequeño* en la situación, siempre que ese cambio sea advertido por otros miembros del sistema, ya que entonces retroactuarán sobre él ampliándolo (lo que se ha dado en llamar "efecto de bola de nieve"). Así, si por ejemplo los clientes explican que la madre se sintió mejor el fin de semana anterior, y que estaba más activa y animada, se indagará por lo tanto, sobre cómo reaccionaron los demás miembros de la familia ante esta conducta. ¿Qué hicieron? ¿Cómo respondió a su vez la madre? ¿De qué forma ayudó esto a que se mantuviera activa el resto del día? (Beyebach, op. cit.). Por su parte, Erickson empleó la metáfora de la bola de nieve rodando por una montaña, pues sostenía que los pequeños cambios desencadenan otros mayores, y una vez que se estimula a los clientes a valorar los cambios mínimos, es probable que realicen otros cambios (Selekman, op. cit.), ya que al lograr un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios (O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.). El uso que se



hace de la metáfora de la bola de nieve también hace referencia a que una vez que la bola rueda, el terapeuta solamente necesita apartarse del camino. Esta idea se contrapone al modelo de "Sísifo" de terapia, pues aquí, el terapeuta ayuda al cliente o a la familia a subir la roca del problema hasta la cima de la montaña, sin embargo, al principio de la siguiente sesión la roca está de nuevo al pie de la montaña. Y más aún, algunos terapeutas son quienes se encargan de subir la roca, mientras los "pacientes" sólo observan.

Otra consideración desde este punto de vista es que *un cambio en una parte del sistema, produce cambios en otra parte del sistema*. Un ejemplo clásico sobre esto podría ser que una pareja se queje entre otras cosas, de la madre de uno de ellos ya que interfiere en su relación. Algunos terapeutas en este caso podrían considerar de suma importancia el que la madre de ese cónyuge asista a la terapia. Sin embargo, si se trabajó con una visión centrada en las soluciones, durante la segunda sesión se esperará que se informen los cambios que se han producido y que la queja de la madre "entrometida" esté desapareciendo.

De igual forma que los cambios se producen en todo el sistema, un cambio pequeño en una parte de la vida de la persona crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas

Los clientes definen los objetivos posibles de la terapia

En la mayoría de las orientaciones terapéuticas, encontramos que es el mismo terapeuta quien dice cómo debería de ser la persona, la familia, la situación, etc.. Él decide, qué aspecto está bien y cuál no, por tanto es él quien define los objetivos de la terapia, que a veces poco tienen que ver con los que el cliente desea. Un ejemplo al respecto podría ser la situación de muchos pacientes que han asistido anteriormente a terapia, y contrariamente a lo que ellos identifican como la meta a conseguir durante este proceso terapéutico, los terapeutas tendían a insistir en que sabían cuál era el "problema real" y por lo tanto, cuáles eran los objetivos de dicho proceso.



Y si nuevamente recordamos que la terapia centrada en soluciones está claramente influenciada por las ideas posmodernas y socio-construccionistas, podemos decir, que bajo esta orientación no se considera que haya una forma “correcta” o “válida” de vivir, pues lo que para alguien puede ser inaceptable, para otros puede resultar deseable, además, tampoco se considera que los terapeutas estén mejor preparados para decidir cómo los clientes deberían vivir sus vidas.

Al respecto, Erickson (en O'Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.) menciona lo siguiente:

“...cada persona es un individuo único. Por tanto, la psicoterapia debería formularse para satisfacer la unicidad de las necesidades del individuo, en vez de adaptar a la persona para que quepa en el lecho de Procusto” (p. 55)

Por lo tanto, y ya una vez que los clientes ingresan a terapia, suelen llevar una larga lista de problemas que desean ver resueltos, y parafraseando a O'Hanlon y Weiner-Davis podemos decir que si el terapeuta no sabe a dónde va con sus clientes, terminará en cualquier otra parte, siendo así muy probable que el terapeuta se sienta estancado o frustrado en un caso específico, esto puede ocurrir porque se haya perdido en un mar de información acerca del problema, o bien, porque no sabe cuál es el objetivo del cliente.

Bajo las consideraciones anteriores, la tarea del terapeuta que trabaja bajo esta cosmovisión, consiste en negociar soluciones accesibles y objetivos de tratamiento que sean realistas, pues como terapeutas orientados al cambio también se considera importante centrar la atención en los aspectos cambiantes y cambiables de las experiencias de los clientes, teniendo en cuenta, que iniciar cambios positivos y ayudar a la persona a conseguir pequeños objetivos puede tener efectos más amplios en otras áreas. Además, el terapeuta debe ayudar a que los clientes identifiquen el “problema” que desean modificar en primer término, una vez que se ha conseguido esto, se buscará descomponer el objetivo del cliente en partes, a fin de convertirlo en algo pequeño, concreto y modificable. De



aquí, que resulta de gran importancia que el terapeuta induzca a los clientes a describir cómo serán las cosas cuando resuelvan el problema actual. Teóricamente podemos decir que este tipo de descripción contiene el “quién”, el “qué”, el “cómo” y el “cuándo” respecto al logro del objetivo.

En las investigaciones de Miller, Kissen, Platz, Parker, Winstead, Willi, Sánchez-Craig, Thorton, Gottheil, Gellins y Alterman (en Selekman, op. cit) se señala que es necesaria la autoderminación del paciente durante el proceso terapéutico, pues cuando los pacientes consideran que pueden controlar su vida, aunque sea mínimamente, dicen los autores, se esforzarán por dominar las tareas asignadas, las ejecutarán mejor y se comprometerán más a fondo con el proceso de cambio.

El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.

Dado que la terapia centrada en soluciones pretende ayudar al cliente a generar una visión nueva desde la primera sesión, se pretende también que durante una segunda sesión se hable y se amplíen los cambios significativos que ocurrieron en y entre estos dos momentos.

Algunos terapeutas consideran a este enfoque como una terapia breve debido a que los cambios ocurren de forma más o menos rápida; sin embargo, es importante señalar que una de las muchas diferencias de esta nueva cosmovisión con respecto a las terapias breves, en el factor tiempo, es que no toma a este como una “medida” de la que se valga para decir que a través de esta terapia se obtienen buenos resultados; sino más bien, es debido a que su visión tanto en sus presupuestos como en sus estrategias de intervención favorecen que la duración de la terapia varíe, pero generalmente es inferior a las diez sesiones.



El terapeuta deja de ser el experto.

Por otro lado, si adoptamos las ideas derivadas de esta visión, tendremos no solo cambios en cuanto a la forma de entender la terapia, sino también con respecto a la posición de los terapeutas, pues el entender la terapia como si fuera una conversación, como un "juego de lenguaje" en el que se negocian nuevas construcciones de la realidad, y hacerlo desde una posición no-normativista, supone un cambio importante en la forma de conceptualizar el papel del terapeuta. El terapeuta deja de ser el experto que sabe cómo deben ser las cosas/personas/familias y determina cómo deben comportarse las personas ("la familia debe re-estructurarse, con el padre en una posición más central y la jerarquía restablecida"; "la cliente debe flexibilizar sus mecanismos de defensa") para pasar a ocupar la posición de una persona que respeta la postura de sus clientes y muestra curiosidad por conocer sus recursos. Beyebach (op. cit.) menciona que Michael Hjerth ha descrito de forma gráfica esta posición hablando del valor de la *estupidez* del terapeuta, pues aunque éste no sea un técnico que interviene *sobre* una determinada persona o conjunto de personas, sí debe ser un *experto conversador*; es decir, alguien capaz de interactuar con las personas de tal modo que consigan ayudarse a sí mismas a alcanzar los objetivos que ellas mismas se proponen. En este sentido, asume la responsabilidad por la co-construcción de realidades útiles en la terapia, por la generación de ese "juego de lenguaje" distinto, centrado en las soluciones y no en los problemas.

Existen muchas maneras de enfocar una situación, pero ninguna es más correcta que las otras.

Para cada acontecimiento que sucede en el mundo existen por lo menos dos o más explicaciones, esto Bateson (en Selekman, op. cit.) lo refiere como "comparación doble o múltiple", también podemos referir esta idea recordando el *efecto Rashomon*, que dentro del contexto terapéutico, hace referencia a una



situación en la que se describen diferentes puntos de vista, y en vez de pensar que son “correctos” o “erróneos”, se admite que la percepción de cada persona representa una parte integral, igualmente válida de la situación (O'Hanlon y Weiner-Davis. op. cit.).

Desde la terapia centrada en soluciones se hace uso de este supuesto, ya que en esta orientación se considera que no hay puntos de vista correctos o incorrectos; sin embargo, sí se considera que existen puntos de vista más o menos útiles. Es decir, lo que las personas piensan acerca de sus problemas aumentan o disminuyen la probabilidad de solución. Así, los puntos de vista que se consideran útiles ofrecen a los clientes una salida de las redes que los constituyen. Y los punto de vista que no permiten esta salida, se consideran desde esta orientación como inútiles, pues los significados que las personas atribuyen a la conducta, pueden limitar el abanico de alternativas que emplearán para enfrentarse a la situación.

De esta manera, podemos decir que el conjunto de presupuestos que hemos descrito anteriormente, suponen una crítica frontal a las prácticas de patologización, medicalización e incluso psicologización que tradicionalmente han caracterizado a la psicoterapia y a la sociedad occidental en su conjunto. Desde una posición constructivista y centrada en soluciones, el uso de etiquetas diagnósticas o la rotulación de ciertos fenómenos sociales como patología (la "ludopatía", la "depresión", la "adicción a la televisión") no es un ejercicio neutral en el que se nombran ciertos fenómenos que ya existían antes de ser nombrados, sino una forma de crearlos. Y de crearlos, además, como entidades internas, individuales, aisladas de su contexto sociocultural. Además, la creación de estas entidades (o de conceptos como "inconsciente" "mecanismos de defensa", etc.) conlleva una cierta definición de la relación (Watzlawick, Beavin y Jackson; en Beyebach, op. cit.) en virtud de la cual una élite de profesionales (en nuestro caso, psicólogos o psiquiatras) se autoproclaman como expertos, capaces de interpretar el “verdadero” significado de ciertas situaciones o conductas. Apostar por un enfoque centrado en las soluciones supone por consiguiente, proponer una lectura



diferente, más democrática e igualitaria de las relaciones entre los profesionales y las personas a las que atienden. Esta forma de ver las cosas lleva a los autores, entre otras direcciones, a preferir el término "clientes" o "consultantes" para referirnos a quienes desde otras ópticas, son calificados como "pacientes" o "beneficiarios".

5.2. Un lenguaje de cambio dentro del quehacer terapéutico

Dentro de esta terapia centrada en las soluciones, el papel que juega el lenguaje y la manera en que se maneja dentro de la terapia es muy importante, ya que para sus representantes el lenguaje ofrece la posibilidad de reificar, solidificar y cuestionar puntos de vista acerca de la realidad, así como también se puede usar como un instrumento para cuestionar certezas inútiles que hasta entonces adoptábamos como propias y que nos causaban cierto conflicto. También, el lenguaje va a tener como finalidad el producir cambios en la percepción y en la conducta por medio de la utilización de las *presuposiciones*, las cuales se definen como formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente; y las cuales se pueden utilizar para introducir en la sesión ideas o expectativas de cambio.

De tal manera que los terapeutas que toman en cuenta esta forma de trabajar, han decidido emplear algunas técnicas o estrategias específicas al utilizar el lenguaje dentro de su quehacer. Por ejemplo, un principio que mencionan O'Hanlon y Weiner-Davis (op. cit.) para poder seguir, es el emplear inicialmente las palabras que usan los clientes como forma de unirse a ellos y establecer rapport; ya que a menudo, los clientes se relajan ostensiblemente cuando se sienten que se les comprende; pues crear empatía es un ingrediente importante para un resultado exitoso.

Por lo cual estos autores han mencionado algunos aspectos para poder adaptarnos al lenguaje del cliente:



- Imitar el uso que el cliente hace de las palabras o expresiones idiomáticas; debido a que muchos clientes emplean determinados conceptos o frases cuando se están refiriendo a sus dificultades. Por ejemplo, un cliente puede decir que cuando acaba de realizar un trabajo se queda un mal sabor, quizá nosotros no estemos seguros a qué se refiere con “un mal sabor”, sin embargo, utilizamos sus mismas palabras para entender a qué se refiere; así que para este fin, podemos preguntar ¿Qué cosas son distintas cuando se queda con un buen sabor?.
- ♣ Usar metáforas, para lo cual el terapeuta necesita saber algo acerca del trabajo o las aficiones de la gente.

Como se puede apreciar, el manejo del lenguaje al utilizar metáforas y utilizar las palabras del cliente, van ayudando a que se genere una empatía, la cual permite que éste sienta que está siendo comprendido al hablar con otra persona su mismo lenguaje; pero así como éstas ayudan para una buena empatía, también existe una técnica más que puede lograrlo, la cual ha sido desarrollada por Bendler y Grinder (1979; en O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.). Dicha técnica consiste en hacer que correspondan los verbos y los predicados de la gente con las modalidades sensoriales que están usando. Los autores advirtieron que algunas personas emplean palabras orientadas visualmente, por ejemplo “ya veo con que fin me lo dijo”, o “no acabo de verlo claro”; otras usan palabras auditivas, por ejemplo, “suena que las cosas van bastante bien”; las palabras referidas a sensaciones constituyen una tercera categoría, por ejemplo, “siento que el venir aquí me hace reflexionar” o “a veces siento que esto pasará?”. Es como si los clientes hablaran idiomas distintos y tuvieran dificultad para entender y ser entendidos por hablantes de otros idiomas. En este sentido Bendler y Grinder (op. cit.) sugieren que el terapeuta se puede ajustar a la modalidad sensorial del cliente a fin de indicar comprensión y desarrollar la empatía de la que hablábamos.



A pesar de que en los párrafos anteriores hemos mencionado que es importante utilizar el lenguaje (en particular las palabras) del cliente, también es necesario saber encauzar los significados de dichas palabras hacia una dirección productiva o emplear palabras distintas; todo esto con el fin de alejar al cliente de las etiquetas fijas y negativas, y llevándolo hacia descripciones de acciones que se encuentran en el lenguaje cotidiano, ya que a menudo, cuando las personas acuden a terapia ya han sido terapeutizadas*, o simplemente han adoptado conceptos que van siendo absorbidos por los medios de comunicación.

Es así que, cuando los clientes emplean rótulos negativos, fijos, para describirse a sí mismos o a otros, el terapeuta traduce estos rótulos a descripciones de acciones. Cuando alguien dice que su marido es “narcisista” el terapeuta quiere saber qué dice y qué hace cuando se comporta de manera “narcisista”. Resulta mucho más fácil manejar acciones que características fijas. Además, el pasar de etiquetas fijas a descripciones de acciones tiene el efecto de despatologizar o normalizar las situaciones de los clientes.

De esta manera,, una vez que nos hemos unido al cliente adoptando su lenguaje, podemos canalizar la conversación hacia descripciones menos patológicas, más normales de la dificultad. Siendo así que el terapeuta puede hacer mucho por alterar la percepción que el cliente tiene del problema, modificando gradualmente el rótulo utilizado para describir la situación que constituye una dificultad ya que en la medida en que aceptamos la etiqueta negativa hacemos nuestra tarea terapéutica considerablemente más difícil; en este sentido O'Hanlon y Weiner-Davis, (op. cit.) describen un ejemplo respecto a la depresión, y mencionan que los clientes que se describen a sí mismos como “deprimidos” piensan que su problema es insidioso, grave y difícil, si no es que imposible de resolver. Pero si el terapeuta toma otra línea, entonces puede empezar a cambiar sutilmente las percepciones al preguntar “¿Ha notado alguien que últimamente te has sentido con la moral por los suelos?”, más tarde el

* Término que O'Hanlon y Weiner-Davis (1993) utilizaron para referirse a que los clientes se han acostumbrado a usar etiquetas o conceptos de alguna teoría psicológica o de la terapia.



terapeuta puede cambiar “con la moral por los suelos” por “con altibajos”, lo que implica que hay “momentos altos”; o por “desanimado”, que hace referencia a algo menos patológico y más común.

Otro aspecto importante para manejar el lenguaje dentro de la terapia, es la utilización cuidadosa de los tiempos verbales, ya que es posible crear una realidad en la que el problema está en el pasado y existen posibilidades para el presente y el futuro. Por ejemplo, cuando los clientes hablan como si aún tuvieran problemas, se cambia el tiempo verbal al repetirles lo que han dicho; de esta manera, se refleja la opinión del terapeuta con respecto a que el “problema” podría desaparecer en cualquier momento o que incluso podría no existir. De tal modo, que la utilización de los tiempos verbales tiene un papel importante en la creación de un contexto en el que se pretende producir cambios en el discurso del cliente.

Sin embargo esto no es todo, también el terapeuta puede hacer preguntas empleando términos definitivos en vez de términos de posibilidad, con el fin de que el mismo terapeuta demuestre su confianza en que se alcanzarán los objetivos; por ejemplo, un terapeuta podría preguntar: ¿Qué será diferente cuando te sientas más segura de ti misma?, en vez de decir: “¿Qué sería (o podría ser) diferente cuando te sientas más segura?”.

También se pueden usar intencionalmente términos de posibilidad en vez de términos definitivos con el fin de poner en duda las certezas poco útiles que mantienen los clientes; por ejemplo, a una persona convencida de que no puede resolver problemas podríamos decirle: “Si se te presentara una situación en la que tienes que resolver una dificultad ¿Qué harías?, en vez de: ¿Qué harás cuando no puedas resolver una dificultad?. En la primera opción se da por sentado que podrá resolver problemas y se logra poner en duda lo que el cliente pensaba, y en cambio en la segunda, se le está confirmando al cliente que cuando se le presente un problema, no lo va a poder resolver.

A veces las personas (e incluso los terapeutas) hablan de tal forma que cierran posibilidades y transmiten la impresión de que nada puede cambiar; por ejemplo, si alguien dice: “Jamás podré casarme”, al hacer un resumen de lo que



dijo se puede contestar: “Hasta ahora no has podido casarte”, lo cual no es lo mismo que emplear pensamientos positivos y animar. No se pretende decir: “Por supuesto, podrás casarte”, sino que el terapeuta habla de tal modo que mantiene abiertas las posibilidades para el presente y el futuro.

Es muy interesante cómo a partir de la manera en que se maneja el lenguaje en esta cosmovisión, se hace posible que se construya continuamente una realidad terapéutica en la que pueda ser aceptable e incluso palpable la posibilidad de éxito por parte del consultante.

Descrita de este modo, la terapia centrada en soluciones puede parecer tremendamente sencilla. Sin embargo, esta sencillez es sólo aparente. En palabras de Eve Lipchik (en Beyebach, op. cit.), a menudo es difícil conseguir que las cosas sean tan fáciles, pues puede resultar complicado “hacerlo sencillo”. Y sí además tomamos en cuenta que la mayor parte de la formación como profesionales se basa en un entrenamiento para detectar patologías, y esto, aunado a las propias expectativas culturales acerca de la terapia (“saber el por qué de los problemas para poder resolverlos”), el resultado puede ser que se favorezca la constante invitación a sucumbir ante la *fascinación del problema*. Puede entonces, resultar no tan sencillo encauzar una conversación sobre las mejorías y los avances, o encontrar los lados fuertes de los clientes en una situación aparentemente desastrosa. Por eso pensamos que es útil describir el diseño de intervenciones como un proceso de cambio. A ello dedicaremos el próximo capítulo.

CAPÍTULO 6

*El diseño de intervenciones
centradas en las soluciones
como un
proceso de cambio: el
transcurso de la terapia*





CAP. 6. EL DISEÑO DE INTERVENCIONES CENTRADAS EN LAS SOLUCIONES COMO UN PROCESO DE CAMBIO: EL TRANSCURSO DE LA TERAPIA.

A lo largo del capítulo anterior, presentamos los presupuestos teóricos de la terapia centrada en las soluciones, esbozando sus características generales y describiendo diferentes formas de encauzar una conversación sobre las soluciones. A partir de estos elementos, durante este capítulo, daremos una visión global acerca de cómo se articula habitualmente el proceso terapéutico de principio a fin.

6.1. La primera entrevista: co-crear un contexto para el cambio

El pretender llevar a cabo de forma ciega las prácticas que se encuentran en los libros, revistas, artículos, etc. dentro de un proceso terapéutico, estaría en oposición a los propios principios de la terapia centrada en soluciones, ya que se parte del supuesto de que cada cliente y cada sesión son únicos.

De tal manera que el terapeuta no debe caer en los deseos de encontrar una teoría que se ajuste a la situación del cliente. En este sentido, es muy interesante mencionar que para O'Hanlon y Weiner-Davis (1993) la terapia es como una escalada, pues se tiene una idea de la meta, pero las propias características de la montaña exigen usar los métodos generales de la escalada adaptados a esa montaña en particular. Así que es la propia montaña quien muestra cómo escalarla. Incluso, a veces se tienen que romper las reglas del método aceptado para alcanzar el objetivo. De la misma manera, los clientes son quienes enseñan a los terapeutas cómo ayudarles a conseguir sus objetivos.

Desde la terapia centrada en soluciones, el proceso de la entrevista es considerado como parte de la intervención, pues a través de las diversas técnicas de entrevistas centradas en las soluciones, los clientes pueden experimentar, en el



transcurso de esa primera sesión, cambios importantes en la forma de percibir su situación.

Otros terapeutas en el campo de la psicoterapia comparten una perspectiva similar sobre la entrevista. Por una parte, Lipchik y de Shazer en su artículo "The Purposeful Interview" describen algunas preguntas diseñadas para generar información sobre el encuadre que el cliente hace actualmente de su situación. Otras preguntas son las llamadas constructivas, pues están orientadas hacia el futuro; asimismo, para construir soluciones y crear expectativas de cambio. también, Karl Tomm en su artículo "Interventive Interviewing" (1987), explora el papel de lo que el denomina "pregunta reflexivas" (citados en O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.)

Las preguntas presuposicionales como práctica para el proceso de cambio.

Otro elemento básico de la terapia centrada en las soluciones son las llamadas preguntas presuposicionales (O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.; Ochoa, 1995). Éstas son preguntas eficaces centradas en la intervención terapéutica, que se pueden emplear para ampliar los cambios y excepciones previos al tratamiento, convencer al paciente de la inevitabilidad del cambio, descubrir el objetivo del cliente y co-crear con este una realidad futura libre de problemas. Las preguntas presuposicionales también pueden producir cambios significativos en las percepciones y conductas del paciente. Escuchar con atención las suposiciones del cliente a menudo da la clave para saber en dónde se ha estancado y qué dirección tomar. Por ejemplo, si una familia parece estancada en el pasado en su manera de percibir la situación problemática del presente, es conveniente desplazar la conversación terapéutica hacia el futuro, pues en el futuro existen muchas más posibilidades de cambio (Selekman, 1996). Asimismo, reflexionar sobre estas preguntas ayuda a los clientes a considerar su situación desde nuevas perspectivas, pues encauzan a los clientes hacia respuestas que promueven sus



recursos y les enriquecen. Los siguientes ejemplos corresponden a preguntas presuposicionales:

- ⊖ “¿Cómo sabrás que ya no necesitas venir aquí?”
- ⊖ “Si usted me mostrara una videocinta de cómo serán las cosas cuando Johnny deje de llegar tarde a casa, ¿en qué sentido mejoraría la relación entre ustedes tres?”
- ⊖ “¿Qué cosas diferentes veríamos suceder?”
- ⊖ “Si miráramos en mi imaginaria bola de cristal luego de que hayas “arreglado” (lenguaje del paciente) la relación con tu papá, ¿qué los veríamos hacer juntos y qué diálogo diferente mantendrían?”
- ⊖ “Imagínate que estás conduciendo rumbo a tu casa, de regreso de la sesión de hoy, y que se ha cumplido lo que estabas esperando. ¿Qué habrá cambiado en tu situación?” “Si vinieras la próxima semana y yo te dijese que vas muy bien, ¿en qué consistiría ese pequeño progreso?”

Una regla básica en el momento de construir este tipo de preguntas, es que no deben de ser formuladas en términos cuyas respuestas puedan ser un “sí” o un “no”. Por ejemplo, en lugar de preguntar “¿pasó alguna cosa positiva?”, conviene preguntar: “¿qué cosas positivas le sucedieron?”, pues con esta última pregunta, el terapeuta le indica al cliente que está seguro de que ocurrieron cambios positivos. Después de que una madre relatara durante 15 minutos anécdotas sobre la mala conducta de su hijo adolescente, el terapeuta preguntó: “¿ha hecho algo para ponerle límites?”. Ante esto, la madre dijo que no. Por tanto el formular la pregunta en forma de “sí” o “no” tiene el inconveniente de indicar a la madre que el terapeuta no presupone que ella esté implicada activamente en conductas orientadas a las soluciones. Si, por otra parte, el terapeuta hubiera preguntado: “¿qué ha hecho para hacerle saber que su conducta es inaceptable?” hubiera indicado con certeza que había tenido lugar alguna forma de fijación de límites.



El primer encuentro entre cliente y terapeuta.

Unión

Al producirse el primer encuentro entre el terapeuta y el cliente, generalmente se platica sobre cualquier cosa, bien podría ser acerca de las condiciones climatológicas, acerca de sus actividades, si trabajan o estudian, el cómo les ha parecido el camino para llegar a este lugar, etcétera.

El objetivo de este primer momento es ayudar a que los clientes se sientan cómodos, mostrando un interés genuino por ellos .

Una breve descripción del problema

Usualmente la pregunta que el terapeuta centrado en las soluciones utiliza para comenzar con la entrevista, es: “¿qué te trae por aquí?”. Con esta pregunta, el terapeuta no trata de perfilar con claridad cuál es la queja o las quejas, sino simplemente de asegurarse de que hay algo que preocupa a los clientes y que puede ser abordado terapéuticamente.

Tras una breve exposición del problema, el terapeuta centrado en las soluciones, comienza por realizar preguntas diseñadas para obtener información acerca de las excepciones al problema, las soluciones al problema anterior, las fuerzas y recursos de las personas, etc.

Excepciones al problema

Independientemente de la magnitud o cronicidad de las problemas que “sufren” las personas, existen situaciones o momentos en los que el problema no ocurre. Las parejas “conflictivas” tienen días pacíficos, los adolescentes “difíciles” a veces obedecen. Si la queja es que la pareja no tiene relaciones sexuales, será una excepción la ocasión en que sí las tengan; si la queja es que el padre se siente deprimido y no se levanta de la cama, los días en que sea capaz de



levantarse y preparar su desayuno constituirán una excepción. En un sentido más amplio, diríamos que las excepciones son aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas (Beyebach, 1999). Incluimos bajo el rótulo de excepciones tanto aquellas que ya se producían antes de iniciar la terapia ("excepciones"), como las que se producen entre el momento de concertar la entrevista y el momento en que la entrevista concertada tiene lugar ("cambio pre-tratamiento", (De Shazer, 1991; O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.; Ochoa, op. cit.; González, 1998), también aquellos que aparecen una vez iniciado el proceso terapéutico. Estas excepciones al problema ofrecen una información muy valiosa acerca de lo que se necesita para resolver el mismo.

Mientras que la mayoría de las escuelas de psicoterapia asumen que las excepciones se generarán a partir de la intervención terapéutica, la terapia centrada en las soluciones considera que en buena medida estas excepciones están ocurriendo desde antes de iniciarse el tratamiento. En este sentido, la labor del terapeuta no es sólo producir cambios (o ayudar a los clientes a que los produzcan), sino descubrir durante la sesión qué cambios ha puesto ya en marcha el cliente por propia iniciativa ("cambio pre-tratamiento").

Por lo tanto, el trabajo sobre excepciones es algo que se desarrolla durante la entrevista con los clientes: la excepción no es algo dado (p.ej. la mejoría de la que una familia informa espontáneamente al comienzo de la sesión), sino algo que se va construyendo mediante la conversación con los clientes.

Beyebach (op. cit.) distingue cinco pasos en el trabajo con excepciones:

Elicitar

Consiste simplemente en suscitar el tema de las excepciones. A menudo no hace falta que sea el terapeuta quien dé este paso, ya que los propios clientes suelen informar espontáneamente de las cosas que han ido bien o que han



mejorado. En caso contrario, el terapeuta debe ayudar al cliente a encontrar y mencionar estas excepciones.

"Marcar" la excepción

Se trata básicamente de que la excepción no pase desapercibida, que cobre importancia a los ojos de los clientes y que suponga una "diferencia que marque una diferencia". La forma de "marcar" una excepción depende mucho del estilo de cada terapeuta, de la postura de los clientes y de la relación terapéutica que se haya establecido. Trabajando con niños el terapeuta puede manifestar una sorpresa infinita ante un pequeño avance, o caerse literalmente de la silla si la ocasión es digna de semejante alarde. En cambio, a veces lo indicado es hacer lo contrario: "no creerse" la excepción, como forma de provocar al cliente para que dé más detalles. Con adultos se prefiere un estilo más neutro, en el que se tiende a mostrar una curiosidad e interés por la excepción que comentan.

Ampliar

Una vez que se ha identificado una excepción y se ha señalado como tal, interesa hacerla más amplia. La idea es que los clientes hablen de estas excepciones el mayor tiempo posible y que den todo lujo de detalles. Al igual que sucede con la pregunta del milagro, se trata de construir una "película" lo más completa posible de los hechos.

Atribuir control

Se trata de que, una vez ampliada una excepción, se atribuya el control sobre ella a los clientes, intentando en definitiva construir la excepción como algo deliberado, e identificar qué cosas hicieron que a su vez permitieron que la excepción tuviera lugar: "¿Cómo consiguió volver a comer tres veces al día, y sin



vomitara después?"; "¿Qué pasó para que decidieran volver a hablarse?"; "¿Cómo se las arregló para resistir la tentación de volver a beber alcohol?".

Este proceso también llamado “empoderamiento” (Trujano y Limón, en prensa), fortalece la posición de los clientes y además permite que aumenten la frecuencia de las excepciones en la medida en que sean capaces de encontrar una "receta" eficaz para ello. Esto exige a veces asegurarse de que una conducta dada contribuye realmente a que suceda la excepción, o analizar el valor relativo de diversas conductas. "¿De todas estas cosas que me han explicado ¿cuál dirían ustedes que ha sido la más decisiva para sustituir la violencia por el diálogo? ¿Y la segunda más importante?...". "El que ustedes volvieran a hacer..... ¿garantizaría que se repitiera...?".

Seguir

El último paso consiste en preguntar qué más excepciones han ocurrido: qué más cosas han ido bien, en qué otras ocasiones se ha producido el milagro, etc... Una vez elicitada la siguiente excepción, se vuelve a marcar, ampliar, atribuir control, etcétera.

En la terapia centrada en las soluciones el terapeuta debe tomar en cuenta que las personas quieren experimentar más éxitos, más felicidad y menos sufrimientos en su vida, por lo tanto, debe ayudarles a evaluar lo que es diferente en aquellos momentos en que ya disfrutaban del éxito, son felices y están libres de ese sufrimiento. Y esta es una de las soluciones: dedicarse más a aquellas actividades de las que hay constancia que han conseguido (aunque sea por cortos periodos de tiempo) el objetivo deseado.

Al preguntar acerca de las excepciones, los clientes generalmente se quedan callados, pensando, etc.. La razón de este silencio es que las personas generalmente perciben los eventos de su vida en blanco o negro: “Tu nunca me demuestras que me amas, soy yo la que siempre lo hace” “Siempre estás



enojado”, “Nuca estás contenta”. Y sin embargo, aunque esta forma de proceder en términos de siempre y nunca es prácticamente imposible, es la forma en que muchas personas perciben su situación. Así, cuando a los clientes se les pregunta: “¿Qué es diferente en las ocasiones en las que tu pareja te demuestra que te ama?”, “¿Qué es diferente en las ocasiones en las que tu pareja no está enojada y está contenta?”, se está pidiendo a las personas que hablen de las experiencias a las que en realidad no han prestado mucha atención hasta entonces, pues lo que han advertido hasta ese momento son los sentimientos heridos, las faltas cometidas, la frustración, etc.. En general no advierten o no dan importancia a los momentos en que su pareja les mostró que las ama, o al momento en que ambos disfrutaron de una tarde o de una salida juntos.

A esta reacción de los clientes ante las preguntas de las excepciones se puede agregar el que comúnmente los clientes no esperan que en terapia se comenten las cosas que van bien, pues consideran (y esto en una idea social culturalmente transmitida), que la terapia es para hablar de problemas.

Secuencia del cambio previo al tratamiento

Por su parte, Weiner-Davis (op. cit.) y De Shazer (op. cit.) han demostrado que los clientes suelen tomar medidas positivas para resolver sus conflictos luego del primer llamado telefónico al consultorio o a la clínica y antes de la primera sesión terapéutica. Esto se observa a menudo en los clientes que están en lista de espera o que han sufrido algún tipo de demora entre el llamado inicial y la primera entrevista. En tales casos, Selekman (1996), basándose en la investigación de Weiner-Davis y sus colegas, y en la firme creencia de que todos los clientes poseen las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar, comienza la primera entrevista con la siguiente pregunta: “Y entonces, ¿qué has notado que anda mejor desde que llamaste por primera vez a la clínica?”. La pregunta no sólo les transmite a los clientes la confianza del terapeuta en las fuerzas y recursos que ellos poseen para intentar un cambio, sino que presupone que el cambio se ha



producido. Una vez que los clientes son capaces de reconocer que ya han empezado a resolver sus dificultades antes del tratamiento, han empezado a hacer rodar la pelota, entonces los terapeutas necesitan conseguir que siga rodando.

El siguiente ejemplo de caso ilustra la eficacia de capitalizar los cambios previos al tratamiento, en un caso atendido por Selekman (op. cit.) luego de una demora de dos semanas a partir del llamado telefónico inicial (p. 64)

Randy, un delincuente de 16 años, fue derivado a mi consultorio para recibir terapia de familia, después de haber pasado un mes en la cárcel de menores. Lo acompañaba Mary, su madre.

TERAPEUTA: Desde que Randy salió en libertad, ¿qué cosas ha notado usted que marchan mejor?

MARY: ¡Todo ha sucedido de maravillas! Fue a la escuela y se atuvo a mis reglas. No está fumando esa maldita marihuana. ¡Parece otra persona!

T: ¡Fantástico! ¿Cómo logró que hiciera esas cosas tan “maravillosas”?

M: Bueno... Cuando lo fui a buscar a la cárcel de menores le dije que no pensaba tolerar más tonterías de su parte, y que de ahora en adelante o se atenía a mis reglas o se iba a vivir con su padre borracho.

Después de que Mary le informó al terapeuta sobre algunos cambios en la conducta de Randy, Selekman utilizó expresiones de aliento y preguntas por el “¿cómo?”. Las expresiones de aliento sirven para señalar las excepciones hacerlas “dignas de ser noticia”; las preguntas por el “cómo”, para que los miembros de la familia valoren sus propios recursos.

Respecto a este cambio pre-tratamiento, otras preguntas que se pueden hacer son: “Muchas veces entre la llamada para pedir consulta y la primera sesión las personas notan que las cosas ya parecen diferentes. ¿qué has observado en tu situación?” (si se han notado cambios) “¿Están estos cambios en el área del problema?” “¿es éste el tipo de cambios que te gustaría que siguieran ocurriendo?”.

Preguntas acerca del “por qué ahora”

Los terapeutas centrados en las soluciones creen firmemente que el contexto terapéutico no es un lugar en donde se “conversa sobre el problema” sino



donde se intenta el cambio. Sin embargo, es importante para los terapeutas — como paso previo a la determinación del objetivo— sacar a luz la razón específica que ha llevado al paciente a recurrir a terapia. Por lo tanto, con los pacientes que no han notificado cambios previos al tratamiento, resulta útil comenzar la entrevista preguntándoles: “¿Qué te trae ahora por aquí?” o “¿Qué te gustaría cambiar hoy?” en lugar de: “¿Cuál es el problema?”. Si los clientes se ponen a recitar una lista interminable de conflictos, el terapeuta puede remitirse a preguntarles: “¿Qué les gustaría cambiar primero?”. Una vez que se conozca en qué desean trabajar específicamente los clientes en primer término, se está en condiciones de negociar un pequeño objetivo de tratamiento.

La idea del cambio pre-tratamiento que mencionamos anteriormente es un ejemplo de excepción al problema. La siguiente serie de preguntas presuposicionales ilustra de una forma más completa cómo recabar información sobre las excepciones.

o **¿Qué es diferente en las ocasiones en que _____ (excepciones: te demuestra su amor, están contentos, te obedece, no pelean?)**

Aquí se exploran todas y cada una de las diferencias existentes entre los momentos problemáticos y los no problemáticos. Las preguntas son formuladas en términos de certezas, por ejemplo: “Cuando te llevas bien, cuando no están peleando ¿qué es diferente?”.

El siguiente ejemplo fue extraído de Selekman (op. cit; p. 68)

Rebecca y su madre, Linda, fueron derivadas al consultorio por el médico de la familia. Linda estaba segura de que su hija de 16 años tenía una “depresión”. Si bien no existían desencadenantes fácilmente identificables ni antecedentes familiares que justificasen la depresión, Linda, después de leer un artículo sobre el tema en una revista muy popular, pensó que Rebecca padecía todos los síntomas de la “depresión de la adolescencia”. Por ejemplo, el “aislamiento” respecto de la familia, la incomunicación con Linda, el descenso en sus calificaciones, el “malhumor”, etc. A pesar de la preocupación materna, el médico de la familia no corroboró el diagnóstico pero pensó que no vendría mal una terapia breve. Linda llevó a Rebecca a la primera entrevista.



TERAPEUTA: ¿Qué las trae hoy por aquí?
LUCY: Bueno, pienso que Rebecca tiene una depresión juvenil.
T: ¿Cómo lo sabe?
L: Digamos que tiene todos los síntomas... de la depresión propia de la adolescencia.
T: Seré curioso, Linda. ¿Cuáles son las cosas que hace Rebecca cuando está más animada?
L: Bueno, toca el piano, me ayuda a cocinar y supongo que me dice cosas buenas de su novio.
T: ¿Le dio al novio su “sello de aprobación”, Linda?
L: *(riéndose)* Es un buen muchacho.
T: ¿De manera que Rebecca tiene buen gusto para elegir a los jóvenes?
L: Muy buen gusto.
REBECCA: Sí, a mi mamá le agrada realmente Steve... Mire, de veras pienso que no necesitábamos venir aquí. “Anduve un poco floja” porque una amiga mía se fue.
L: ¡Oh! ¿Te refieres a Helen? No sabía que fueran tan íntimas.
R: Sí. Después de la escuela casi siempre iba a su casa, antes de que regresaras del trabajo.
T: ¿De qué manera puede ayudarte tu madre a resolver la situación con Helen?
R: Dejando de preguntarme veinte veces por día si estoy “deprimida”. A veces mi madre se deja llevar demasiado por lo que dicen las revistas.
T: ¿Hay algo más que ella pueda hacer o haya hecho por ti para ayudarte cuando “andas floja”?
R: Hablar del tema... Creo que no hemos salido de compras en mucho tiempo. *(Rebecca mira a su madre y le sonrío.)*

De esta manera, el terapeuta además de utilizar preguntas centradas en la excepción, logró que Linda dudara de la “depresión juvenil” de su hija al preguntarle “¿cómo lo sabe?”. A su vez, la hija incluyó su propia conducta dentro de la normalidad, describiéndola como “andar floja” por la pérdida de una amiga, lo que implicaba un conflicto pasajero y de fácil solución.

Al formular estas preguntas, el terapeuta debe asumir una postura que indique que estaría muy sorprendido si no hubiera excepciones.

Cuando los clientes no se apartan de la conversación sobre el problema, se puede decir: “Usted me ha dado una muy buena descripción del problema que le preocupa, pero a fin de tener un cuadro más completo de lo que debo hacer, necesito saber qué ocurre cuando no se presenta ese problema”.

Y cuando los clientes insisten en que nunca hay momentos en los que no se produce el problema, se buscan las excepciones en forma similar, encontrando lo mejor dentro de lo malo. Por ejemplo: “¿Cuándo es menos frecuente, intenso, grave?”, o “¿Cuándo es diferente en cualquier sentido?”



⊖ **¿Cómo conseguiste que sucediera?**

Una vez que el cliente ha descrito una excepción, por pequeña que sea, se pregunta “¿Cómo conseguiste que sucediera?”, pues verbalizar lo que el cliente ha hecho por superar el problema aporta claridad tanto para el terapeuta como para el cliente. Y una vez que estos identifican cómo consiguen que sucedan cosas positivas, sabrán lo que hace falta para seguir en esta línea. Asimismo, se está animando al cliente a atribuirse el mérito por lo que está dando buenos resultados, se trata pues, de empoderar a los clientes. Incluso, si al principio el cliente aparentemente rechaza la atribución y dice: “No hice nada, él estaba dispuesto a cambiar”. El terapeuta puede sugerir: “Debes haber hecho algo para estimular su buena disposición, ¿qué podría haber sido?”.

⊖ **¿De qué manera el que _____ (ocurre la excepción) hace que las cosas vayan de otra forma?**

Esta pregunta sugiere que hay una conexión entre las cosas positivas que suceden en un área de la vida de la persona y las que suceden en otras áreas. Ofrece a las personas la oportunidad de rastrear el impacto positivo que una pequeña o gran excepción puede tener en sus vidas.

A menudo, las personas ven la conexión entre tener un mal día en el trabajo, llegar a casa y pelear con el cónyuge, entonces gritar al hijo, que a su vez le da una patada al perro, que entonces gruñe al gato, etc.. Pero a veces no ven la conexión entre un buen día en el trabajo, en la escuela o en el hogar, y mayor placer en las relaciones con los seres queridos.

En lugar de preguntar: “¿Son diferentes las cosas cuando....?” se opta por hacerlo de esta manera: “¿De qué manera _____ hace que las cosas vayan de otra forma?” o “¿Cuán diferente resulta para usted hacer eso?”



o **¿Quién más advirtió que _____ (estuviste contenta, mejoraste tus actividades, estás saliendo adelante)? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo o dijo?**

Esta pregunta tiene un impacto similar al de la pregunta anterior.

o **¿Cómo conseguiste que dejara de _____ (portarse mal, estar enojado y triste)?**

El reflexionar sobre esta pregunta cuando los clientes hablan sobre el problema puede tornarse difícil, pues la atención de los clientes está centrada en sus dificultades, no en las causas de los acuerdos o tranquilidades subsiguientes, agregando a esto, que la mayoría de las personas saben explicar cómo empiezan los problemas. Sin embargo, explicar cómo terminan estas situaciones problemáticas es una historia completamente diferente. Es una tarea mucho más difícil, pero mucho más importante, pues al reflexionar sobre esa pregunta, los clientes empiezan a ver una conexión entre algo que hacen, y pueden hacer, y el cese de un evento desagradable.

Un ejemplo más acerca de la reflexión sobre este tipo de preguntas, lo podemos encontrar en casos de abuso sexual, pues al principio muchos de los pacientes pueden no considerar muy significativas las excepciones a los sentimientos y las conductas dominadas por el abuso. Al encontrarse ante una autopercepción basada en la experiencia de impotencia, desesperanza e incompetencia, los pacientes con frecuencia atribuyen a factores externos las experiencias o los hechos que nosotros consideramos excepciones. Esto equivale a decir que, si bien son capaces de identificar situaciones en las cuales todo parecía marchar mejor (en las que no se sentían tan deprimidos; en las que podían lograr objetivos que antes les estaban vedados, etc...), están dispuestos a sostener que fueron situaciones en las que ellos mismos no desempeñaron un papel protagónico. Puesto que la autopercepción dominada por el abuso pone



ante sus ojos una lente que niega la posibilidad de la competencia, tales pacientes pueden suponer que la situación mejoró porque su compañero hizo algo diferente, porque sus hijos cooperaron más, o porque su jefe o su profesor se mostró más comprensivo, etcétera (Durrant y Kawalski, 1993).

En estos casos, resulta importante no tratar de convencer al paciente de que las excepciones son significativas, pues con frecuencia el hecho de sentirse nuevamente manipulado puede convertirse en una invitación a defender con mayor firmeza la versión dominada por el abuso. En cambio, se considera útil adoptar una posición de curiosidad y hacer preguntas que inciten al paciente a abrigar ideas propias de acción personal. Esencialmente, tales preguntas pueden ser:

- ⦿ ¿Cómo explica usted esa situación?
- ⦿ ¿En qué medida le parece qué contribuyó usted a que eso ocurriera?
- ⦿ ¿Cómo explica que haya sido usted capaz de hacerlo?
- ⦿ ¿Le sorprende el hecho de haber sido capaz de superar la depresión del modo en que lo hizo?
- ⦿ ¿Qué aspecto de su personalidad le ayudó a conseguirlo?
- ⦿ ¿Sabía usted antes de contarle a su madre lo que le había hecho su padre que sería capaz de decírselo?, ¿Cómo pudo saberlo?
- ⦿ ¿Qué diferencia nota usted entre esa situación y otras situaciones en las que usted se sentía más dominada por el problema?, ¿Qué diferencia nota en usted misma?
- ⦿ Pareciera que ésa fue una ocasión en la que usted pudo manifestarse más como “usted misma” antes que como alguien “llevado por las narices” por otra persona que la trataba a usted como si fuera de su propiedad. Eso parece constituir un gran paso positivo. ¿Cómo pudo lograrlo?
- ⦿ Me parece interesante que usted haya sido capaz hasta de considerar la posibilidad de hacer algo por usted misma en lugar de hacerlo únicamente por otra persona. Me pregunto ¿cómo pudo imaginarse a sí misma haciéndolo?.



⊖ **¿De qué manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace _____(una semana, un mes, etc.)?**

Esta pregunta es un instrumento terapéutico muy importante, pues como ya se ha mencionado, a menudo los clientes no reconocen su propio avance hacia la solución. Es bastante común que los clientes digan: “Supongo que manejé mejor la situación en esta ocasión porque no estuve tan molesta como antes”. En muchos casos, si no se hubiera hecho esta pregunta, la “conducta nueva” hubiera pasado desapercibida y por lo tanto hubiera seguido siendo una diferencia que no supone una diferencia.

Los terapeutas centrados en las soluciones consideran que no siempre la “conducta nueva” es realmente “nueva”; sino más bien, en respuesta a esta pregunta se observa y califica como “diferente” por primera vez, y por tanto, es ahora una diferencia que marca una diferencia.

⊖ **¿Qué haces para divertirte? ¿Cuáles son tus aficiones o intereses?**

Con frecuencia los terapeutas centrados en las soluciones buscan en otros contextos de la vida del cliente las capacidades, el “saber cómo hacer” y qué se necesita para resolver su problema. Con seguridad, el cliente tiene alguna afición u ocupación en la que destaca, y esto resulta también importante, pues brinda más información acerca de los capacidades, recursos y habilidades del propio cliente.

⊖ **¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? (en caso afirmativo) ¿Cómo la resolviste entonces? ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso volviera a suceder?**

Con este tipo de pregunta, se intenta investigar sobre las soluciones pasadas para la dificultad presente, ya que a veces lo único que el cliente necesita



hacer es volver a aplicar una solución conocida. La gente cree, erróneamente, que si eliminaron un problema durante un cierto periodo de tiempo aplicando una determinada solución, y finalmente reapareció el mismo problema u otro similar, entonces la solución es ineficaz. Por el contrario, los terapeutas centrados en las soluciones, consideran que una vez que la solución funciona, las personas tienden a relajarse y a volver a sus formas anteriores y menos eficaces de manejar la situación. O empiezan a estar muy ocupadas y olvidan la antigua solución que habían empleado con éxito. El resultado es que se encuentran con que el problema reaparece. Cuando esto sucede, solamente necesitan recordar lo que funcionó en su día y repetirlo.

Una vez que los clientes identifican las soluciones del pasado, el terapeuta podría preguntar: “¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso sucediera de nuevo?” o “¿Qué tendrá que suceder para que _____ (las excepciones) se produzca con más frecuencia?”

Normalizar y despatologizar.

Como se mencionó en el capítulo anterior, muchas de las dificultades que la gente lleva a terapia son consideradas por ellas como una problema, sin embargo, para los terapeutas centrados en soluciones no son vistas como manifestaciones patológicas, sino más bien, como dificultades ordinarias de la vida.

Esta “normalización” de la conducta y de las experiencias puede hacerse de forma directa diciendo cosas como: “Bueno, eso es muy comprensible”, y poniendo luego la situación que hayan presentado como patológica en un marco de referencia cotidiana. Así, cuando los terapeutas normalizan las dificultades que los clientes llevan a terapia, éstos parecen aliviados, pues es como un efecto tranquilizador el que produce el terapeuta cuando parece imperturbable ante la descripción del problema. Esta actitud influye sobre los clientes, llevándolos a pensar que tal vez las cosas no son tan malas como parecían. La forma más común en que se normaliza durante la sesión es decir cosas como:



“Naturalmente”, “Por supuesto”, “Bienvenido al club”, “¿Y?” y “Eso me resulta familiar”.

También existen modos más indirectos de normalizar, por ejemplo, el terapeuta puede contar anécdotas de su propia experiencia o de sus conocidos, mediante la cual se le pueda dar a entender el: “Sí, yo también”.

Otra forma de normalizar es anticipar lo que el cliente se dispone a describir, por ejemplo: “No me lo digas, cuanto más intentas quitártelo de la cabeza, más difícil resulta no pensar en ello”. Una forma más de adelantarse a la descripción del cliente es a través de las preguntas de elección múltiple, las cuales, muestran claramente que ese tipo de patrón le resulta familiar al terapeuta. Por ejemplo, “¿alguna vez hace esto?”, recorriendo así, toda una lista de las cosas que las personas suelen hacer en esas circunstancias.

Un enfoque indirecto que se emplea para sugerir que esas conductas que les resultan molestas a los clientes son normales, es hacer uso de preguntas como: “¿Cómo puedes distinguir entre _____ (el problema formulado) y _____ (una explicación normalizadora del mismo)?”. Por ejemplo, “¿Cómo puede distinguir entre la depresión de su hija y los cambios de humor normales de los adolescentes?”

Asimismo, puede hacerse uso de elogios normalizadores, que a menudo son especialmente efectivos a la hora de ofrecer a los clientes una nueva perspectiva, más sana, sobre su situación.

Bajo algunas circunstancias, los clientes no se dan cuenta de que los problemas que experimentan son una respuesta natural y normal ante los eventos vitales, por ejemplo, el duelo que sigue a una pérdida, el caos que existe en un lugar donde hay muchos niños, la preocupación de una familia con problemas económicos, etc.

Puesto que los terapeutas centrados en las soluciones consideran que muchas de las dificultades que los clientes llevan a terapia son un subproducto lógico de estas circunstancias o transiciones vitales, puede ser que mencionen ante sus pacientes algo como: “Teniendo en cuenta todo lo que me estás



contando sobre los cambios por los que has pasado en los últimos meses, me sorprende que lo estés haciendo tan bien”, “Sabiedo que tu madre ha muerto hace apenas dos meses, me sorprende tu poder de recuperación”, “Me impresiona mucho que reconozcas que en el noviazgo no todo es color de rosa. Algunas personas piensan que todo debe ser bello y hermoso. Tú, en cambio, eres más realista”, “Me parece digno de elogiar que sepas la importancia que tiene el darle a tu pareja el espacio personal que necesita. Algunas parejas no reconocen este hecho y se aferran excesivamente a la relación”.

Si los clientes no reciben este feedback normalizador, pueden entonces, asumir que realmente tienen un problema, pues el silencio del terapeuta puede ayudar a reificar el problema

Por ello, el objetivo de la primera sesión es centrar la atención de los clientes en las excepciones, soluciones y recursos. Paralelamente, se normalizan continuamente sus experiencias, tanto de forma directa como indirecta. Si todo marcha según lo previsto, el paso siguiente es la definición de objetivos.

Definición de objetivos

Durante el proceso cooperativo para establecer los objetivos terapéuticos, el terapeuta asume un papel activo, pues debe maximizar las probabilidades de que los clientes vayan a conseguir las metas construidas.

Uno de los principios para definir objetivos es empezar por cosas pequeñas. Se puede preguntar: “¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por el buen camino?”

Ya que uno de los supuestos básicos es que un cambio pequeño lleva a cambios adicionales, la forma de empezar desde la terapia centrada en soluciones es empezar con un primer paso. A menudo cuando se les pregunta a los clientes sobre los objetivos deseados, responden con “primeras señales” utópicas u ofrecen lo que les gustaría ver a la larga como una meta final. Por ejemplo, una pareja que desde hace algún tiempo ha tenido problemas, puede mencionar que la



primera señal de cambio será el llevarse bien, sentirse a gusto y ser feliz. Y aunque esto sea lo que suceda finalmente, es esencial que el terapeuta ayude a la pareja a reconocer antes el proceso de cambio, designando un paso más pequeño como primer indicador de cambio. Entonces el terapeuta podría preguntar: “Naturalmente les gustaría llevarse bien y ser felices. Sin embargo, ¿sería una primera señal de que van por buen camino el que pudieran decidir juntos y sin discutir, qué hacer en sus fines de semana?. Normalmente los clientes están de acuerdo con esas ideas que ofrece el terapeuta. Este proceso de negociación es esencial si se quieren conseguir los objetivos del tratamiento.

Otro aspecto importante de la definición de objetivos es que éstos tienen que ser *concretos*. En el ejemplo anterior, “el llevarse mejor, el ser felices” podríamos decir que son objetivos vagos, de tal manera que el terapeuta puede responder: “De acuerdo, ¿qué cosas diferentes harán cuando se lleven mejor? o ¿qué cosas diferentes harán cuando sean felices? (harán en vez de harían, sugiriendo que el cambio es inevitable, y, además proponiendo acciones concretas y observables). Asimismo, los objetivos deberían, a ser posible, cosas observables, cosas que las personas hacen o dicen. Esto es importante pues los terapeutas dificultan su trabajo cuando al principio aceptan objetivos ambiguos y luego siguen adelante, asumiendo que saben lo que los clientes quieren decir.

Preguntas de proyección al futuro.

Dado que no todas las primeras sesiones son como un terapeuta centrado en las soluciones esperaríamos, pues a veces los clientes no identifican excepciones o soluciones presentes o pasadas, el paso siguiente a intentar, es hacer preguntas orientadas al futuro. Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es. Una vez que el cliente describe un futuro sin problemas, ha descrito también la solución.

Las técnicas de proyección al futuro (la pregunta milagro, la técnica de la bola de cristal, fantasía guiada etc.) se emplean para construir con los clientes lo



que los terapeutas centrados en las soluciones denominan "objetivos útiles" u "objetivos bien formados", es decir, objetivos relevantes para los clientes, pequeños, concretos, expresados en positivo, interaccionales y alcanzables. Así, "no estar siempre deprimido", "no descontrolarme con la comida" o "tener más armonía en la familia" no serían considerados "objetivos útiles" (los dos primeros, porque están expresados en negativo, como ausencia de algo; el tercero porque no es un objetivo concreto, observable). En cambio, "estar más activo en mi trabajo y salir con los amigos por las tardes", "volver a hacer tres comidas diarias" o "ver juntos la televisión" sí constituyen objetivos bien formados. Como tales, servirán para guiar el proceso de la terapia, y ayudarán al cliente a identificar las cosas que ya van bien o sus avances*.

Los terapeutas centrados en las soluciones llaman a estas preguntas *"preguntas de avance rápido"* (O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.; Ochoa, op. cit.; González, op. cit.)

Una manera de formular estas preguntas, es plantear alguna variante de la *"pregunta del milagro"* desarrollada en el BFTC a fin de desplazar rápidamente a los pacientes a una realidad futura exenta de problemas. La pregunta es sobre todo útil para determinar objetivos accesibles de tratamiento y para obtener, por parte del paciente, una descripción detallada de lo que sería el resultado ideal una vez solucionado su problema.

Es muy poco frecuente que los clientes respondan a la pregunta del milagro de una forma que se ajuste a las características de los objetivos bien formados. De hecho, lo más habitual es que respondan en términos de quejas ("Vería que mi marido deja de estar como ahora, que está todo el día gritándome y rompiendo cosas"), en negativo ("Dejaría de obsesionarme tanto con los estudios"), de forma vaga ("me sentiría mucho mejor") o intrapersonal ("Mi madre estaría menos

* Tal y como señalan diversos autores, la existencia de objetivos claramente definidos es un elemento importante para el resultado final del tratamiento. En este mismo sentido, Beyebach (op. cit.) menciona que una pregunta del milagro bien trabajada supone con frecuencia un impulso decisivo para la rápida culminación de la terapia. Por esto, se habla de la utilidad de los objetivos o, dicho con mayor precisión, de ciertas características de los objetivos que en terapia centrada en soluciones (y no necesariamente en otros tipo de terapia) parecen asociadas al éxito terapéutico.



deprimida, más alegre"). Aquí es donde se inicia lo que se denomina "trabajo sobre la pregunta del milagro" o secuencia sobre la pregunta del milagro; es decir, la utilización de una serie de preguntas que ayuden a los clientes a transformar estas respuestas en objetivos útiles para la terapia. No se trata de sugerir o imponer a los clientes los objetivos, sino de ayudarles a que formulen *sus* objetivos en un lenguaje que facilite su consecución. Es esta una labor a menudo dificultosa para los clientes, y que exige pericia y persistencia por parte del terapeuta. El resultado debe ser una verdadera "película" de cómo serán las cosas una vez que el problema esté resuelto (qué harán, pensarán o sentirán diferente), una imagen lo más amplia posible, y que no se limite al área-problema (Beyebach, op. cit.).

Por esto, la "pregunta del milagro" (así como cualquier otra práctica de proyección al futuro) no es en realidad una pregunta, sino una secuencia de preguntas que, puede ocupar toda una entrevista. El siguiente es un ejemplo de la secuencia sobre la pregunta del milagro (Selekman, op. cit.):

“Supongamos que ustedes tres regresan a casa esta noche y mientras duermen se produce un milagro y el problema se resuelve. ¿Por qué dirán a la mañana siguiente que se ha producido un milagro?”

“¿Qué cosas serán diferentes?”

“¿Cómo lo habrán logrado?”

“¿Qué otras cosas serán distintas entre ustedes?”

“¿Quién se sorprenderá más cuando ustedes hagan eso?” “¿Quién será el próximo en sorprenderse?”

“Sí tu hermana estuviera sentada aquí, ¿qué diferencia notaría en la relación entre tu madre y tú después del milagro?”

“Seré curioso, ¿no se estarán produciendo algunos de esos milagros, aunque sea en pequeña medida?”

Esta es la formulación habitual, pero lógicamente caben adaptaciones a situaciones concretas. Trabajando con niños, se pueden emplear a menudo otras



imágenes más ajustadas a su edad: "Supón que esta noche viene un duende verde y hace magia, y las cosas se solucionan..." "¿Has visto "regreso al futuro"? ¿Te acuerdas de la máquina del tiempo? ¿Sí? Pues imagínate que entras en la máquina del tiempo y ...".

Por otra parte, los procedimientos de proyección al futuro no pretenden solamente recoger una serie de objetivos más o menos bien definidos. Más allá de esto, se trata también de romper el encuadre que los clientes hacen de su situación ("Es la misma historia una y otra vez, no hay forma de salir de esto") y de situarles en un futuro diferente. Recogiendo la expresión de Tomm (1988; en Beyebach, op. cit.), se trata en buena medida de "crear un futuro para una familia que se ha quedado congelada en el presente", de propiciar que los clientes cambien su forma de comportarse, pensar o de sentir. En este sentido, se considera que recursos como la pregunta del milagro tienen en sí mismos un profundo impacto terapéutico, pues estas secuencias elicitán información acerca de cómo será la solución, y puesto que muchas veces las personas no se han imaginado sin el problema resuelto, éste suele ser a menudo un ejercicio útil, pues parece que el mero hecho de construir una visión de la solución actúa como catalizador para producirla. Además, mediante la utilización del verbo en tiempo futuro, el terapeuta está dando a entender que la solución es inminente.

A veces, cuando las personas describen su milagro, el terapeuta puede preguntar: "¿Hay algo de esto que ya esté ocurriendo?". Esto renueva la búsqueda de excepciones, y la siguiente pregunta bien podría ser: "¿Qué tienes que hacer para conseguir que suceda más a menudo?". Además, el terapeuta se asegura de que el cliente tiene claro cuáles son los pequeños pasos que ha de dar antes de que el milagro pueda realizarse. Así, por ejemplo, una joven que mencione que cuando se de el milagro podrá ir al gimnasio, el terapeuta le puede preguntar: "¿Qué tienes que hacer para inscribirte?", "¿Cómo planearás tu tiempo?", etc.

Además de estas preguntas en torno a los milagros, existe una serie de preguntas orientadas al futuro, que no solo propician que los clientes se imaginen en un futuro sin el problema, sino que además completen con todo tipo de detalles



las escenas futuras en las que serán los principales protagonistas. Cuanto más específicas son las preguntas, más completo es el cuadro resultante, pues de lo que se trata es de expandir las posibilidades; es decir, lograr que los clientes describan un cuadro detallado de cómo serán los cambios producidos por el milagro en cada contexto donde ellos interactúan, y además, qué personas importantes en su vida advertirán tales diferencias de conducta, luego de ocurrido el milagro. El terapeuta pues, asume que el problema se ha resuelto y pregunta respecto a los cambios que se producirán como resultado de ello.

“¿En qué será diferente su vida?”

“¿Quién será el primero en darse cuenta?”

“¿Qué dirá o hará?”

”¿Cómo responderás?”

Un ejemplo sobre la utilización de estas preguntas lo ilustra el siguiente caso que atendimos en la Clínica Universitaria de Salud Integral de la FES Iztacala, UNAM; a la paciente la llamaremos Sandra.

T- Es bueno que te preocupes más por el que tú te sientas bien que el que los otros vayan a opinar “x” o “y” de ti; ahora que tu ya logres estar segura o tener confianza ¿quién crees que vaya a ser el primero que note ese cambio?

S- Serían dos personas una sería un novio y otra mi mamá y como tercero mis hermanos y mis compañeros

T- ¿Y tu cómo verías que ya se dieron cuenta de tu cambio? ¿qué te dirán?

S- Ah pues me felicitarían, me dirían ¡ah ya no eres igual que antes y ahora eres así! ¡Ah pues qué padre ¿no?!, al menos mi novio y mi mamá

Este tipo de preguntas resultan de gran importancia ya que el futuro siempre es un terreno fértil, pues no ha sucedido todavía. De modo que en el contexto terapéutico se puede ser co-arquitectos y diseñar con los clientes la clase de “realidades” futuras que ambicionan. Las investigaciones han demostrado que los individuos capaces de imaginar un futuro promisorio en las tareas que realizan se desempeñan mejor que aquellos que imaginan futuros fracasos (Sherman, Skov, Hervitz y Stock, 1981; en Selekman, op. cit.). Estudios de esta índole



proporcionan una base empírica para el uso terapéutico de la imaginación y del futuro imaginado.

Las preguntas centradas en el futuro son particularmente útiles en los casos de clientes “renuentes” al cambio y “atados al pasado”, pues promueven el ensayo de nuevas soluciones, sugieren acciones alternativas, fomentan el aprendizaje, y descartan las ideas de determinación.

El siguiente ejemplo —el caso de un muchacho deprimido, de 14 años, y su madre— muestra la utilidad de esta clase de preguntas para fomentar la co-creación de un contexto propicio para el cambio (Selekman, op. cit; p. 72).

Robert fue derivado al consultorio de Selekman por el consejero escolar a causa de su “depresión”, “bajo rendimiento escolar” y “poca comunicación con sus pares”. Luego de que Robert y su madre respondieran negativamente a las preguntas centradas en la excepción:

TERAPEUTA: Supongamos que regresan a casa esta noche y mientras duermen ocurre un milagro y el problema se resuelve. ¿Por qué dirán, a la mañana siguiente, que se ha producido un milagro? ¿Qué cosas serán distintas?

ROBERT: Bueno, me despertaré y me levantaré de la cama con una sonrisa en la cara y le diré a mi papá: “es hora de ir a la escuela».

T: De modo que te “despertarás con una sonrisa en la cara”. ¿Y qué cosas diferentes harás en la escuela?

R: Escucharé más, prestaré más atención en clase, no preguntaré tanto, haré mi trabajo...

T: ¿Cuál de los maestros se sorprenderá más ante el nuevo Robert?

R: ¡Probablemente se desmayarán todos!

T: ¿Cuál se desmayará primero?

R: Supongo que el señor Johnson.

T: Luego de reanimar al señor Johnson, ¿qué será lo primero que diga con respecto a tu cambio de conducta?

R: “Robert, te has sacado un 10 en la prueba de matemática.”

T: ¿Cuál de los maestros se desmayará después?

R: Diría que la señora Williams.

T: Cuando se despierte, ¿cuáles serán sus primeras palabras al respecto?

R: “¡Buen trabajo, Robert!”

T: ¿Qué otras cosas serán diferentes en la escuela para ti?

R: Bueno, tendré un par de amigos...

T: ¿Dos amigos?

R: Sí. Hay un chico llamado Juan que he visto en mis clases.

T: ¿Te acercarás a él o bien harás alguna otra cosa?

R: Me acercaré a Juan y le preguntaré si quiere comer un taco en el restaurante El Toro después de la escuela.

T: ¿Te parece que Juan es uno de esos que comen tacos? ¿Cómo distingues a una persona que come tacos de otra que no los come?

R: Por una simple razón... el color de la piel... Juan es hispano (*risas*).

T: ¡Oh! ¿Y que pasará en casa? Si tu padre estuviera sentado aquí, ¿en qué diría que has cambiado después de ocurrido el milagro?



La aplicación de las preguntas con orientación al futuro, puede distinguirse también, en los casos de abuso sexual, dentro de los cuales, la terapia centrada en las soluciones apunta a impulsar al cliente a elaborar lo que Durrant, y Kowalski (op. cit.) llamaron una “versión de sí mismo saturada de soluciones” (y una imagen de posibilidades futuras), una versión en la que la solución y la idea de alcanzarla reemplacen al problema y se transformen en la lente a través de la cual el cliente ha de observar la vida (Kamsler, 1993). Por ejemplo: para superar la victimización y la pérdida en los casos de abuso sexual infantil, se promueve que los padres respondan a las preguntas de los niños y compartan la determinación de crear un futuro diferente. Se alienta a todos los miembros de la familia a dar un salto imaginario en el tiempo y a considerar cómo cambiará la familia en el futuro al haberse librado del secreto. También se les puede sugerir que imaginen de qué modo continuará cambiando cada miembro de la familia y cómo serán todos cuando completen la terapia. Se les puede preguntar además cómo imaginan que será la siguiente generación gracias al hecho de que todos ellos decidieron superar el abuso (Adams-Westcott y Isenbart, 1993)

Preguntas por la escala

Las preguntas por la escala (de Shazer, op. cit.; Selekman, op. cit.; González, op. cit.) sirven para obtener una medición cuantitativa del problema antes del tratamiento y en el presente, y también del lugar en donde desearían colocarse los clientes al cabo de una semana. Esta categoría de preguntas constituye una herramienta valiosa para determinar el objetivo y mantener claro el foco durante el curso de la terapia. Una vez que el cliente ha identificado y calificado la situación problemática en una escala del 1 al 10, la tarea del terapeuta consiste en negociar con él lo que tendría que hacer para obtener al menos medio punto o un punto entero en la escala al cabo de una semana.



Las preguntas sobre la escala, también ofrecen una visión acerca del nivel de confianza del cliente en cuanto a la posibilidad de “resolver su problema”. Por ejemplo, a unos padres que discuten a menudo con su hijo se les puede preguntar: “¿Cómo se calificarían en una escala de 1 a 10, en donde el 10 significa tener absoluta confianza en la solución del problema?”. Una vez que los padres dan el número de la escala, se les pregunta qué harán para obtener un puntaje más alto. Y entonces la respuesta se transforma en el objetivo inicial de la terapia. Después de emplear la secuencia de la pregunta por el milagro pueden utilizarse las preguntas por la escala para negociar con los clientes un objetivo de tratamiento. También, las preguntas de escala pueden revertirse, es decir, el 10 puede indicar el peor puntaje de la situación problemática y el 1 el mejor.

A continuación, mostramos un ejemplo sobre esta práctica (Selekman, op. cit; p. 76).

El consejero escolar de Marie la envió a a consulta psicológica por “fugarse” y tener “problemas familiares”. Según el consejero, la madre de Marie era una alcohólica. Durante la primera entrevista, la madre se mostró sumamente pesimista y opinó que “la terapia no servía” y que “no había funcionado en el pasado”. Cuando el terapeuta le pidió que calificara según la escala la actitud beligerante de Marie, la entrevista se volvió más centrada y la madre menos negativa. Incluso fijó dos objetivos de tratamiento para su hija: dejar de escaparse y de pelear con ella todo el tiempo

TERAPEUTA: En una escala del 1 al 10, donde 10 significa lo mejor y 1 lo peor, ¿cómo hubiera calificado la conducta beligerante de Marie hace cuatro semanas?

MADRE: Probablemente con un 2. Pero cuando se escapó la última vez las cosas llegaron al colmo y ahora está en penitencia.

T: ¿Cómo la calificaría hoy?

M: Bueno, se ha portado bastante bien últimamente... le daría un 6.

T: ¡Grandioso! Eso significa un verdadero salto para Marie. ¿Cómo logró que pasara de un 2 a un 6 en la escala?

M: Bueno, la he puesto en penitencia el fin de semana y he tratado de ser menos explosiva que de costumbre.

T: ¿Qué tendría que hacer Marie para conseguir un 7?

M: Supongo que escucharme sin armar pelea. Si aguantase dos días sin pelearme le daría un 7.

T: ¿Hay algo diferente que pueda hacer por Marie la semana próxima y que la ayude a obtener un 7?

M: En realidad, el cambio depende de ella, pero supongo que yo podría estallar un poco menos.



Otra ilustración sobre esta práctica terapéutica lo constituye el siguiente ejemplo clínico extraído de Beyebach (1999; p. 10).

T.- Dígame, ¿en qué le podemos ayudar?

C.- Pues no sé, la verdad es que no lo sé... Tal vez sea ése el problema.... Tal vez.... En qué me pueden ayudar...

T.- Déjeme que se lo plantee de otra forma: ¿qué le trae por aquí?

C.- Bueno, la verdad es que tampoco es fácil de contestar... son muchas cosas, probablemente.... Me habló de usted un amigo mío, que había estado en terapia aquí, con su mujer, hace un par de años. Yo le comenté que, bueno, que me sentía mal y entonces me aconsejó que viniera... No sé, la verdad es que tampoco sabría explicar muy bien qué es lo que quiero. Mis amigos me dicen que no me pasa nada, que no puedo quejarme, que tengo familia, y un buen trabajo, pero... No sé... Ya digo, no sé muy bien qué es lo que me pasa... pero sí tengo claro que llevo un tiempo mal, bastante mal, una temporada larga... no me siento nada a gusto conmigo mismo.

T.- Ajá, de modo que parece estar un poco confundido respecto a qué es lo que le pasa, o qué es lo que quiere, ¿no? (el cliente asiente) pero sí tiene claro que lo está pasando bastante mal, y supongo que algo en lo que querría que le ayudáramos sería a encontrar la manera de encontrarse algo mejor, más a gusto consigo mismo. ¿Es eso?

C.- Sí, exactamente, es eso. Sería encontrar la forma de... no sé, sentirme mejor, supongo, sentirme.... Es difícil de explicar, sentirme...

T.- Ajá, bien, de acuerdo, con eso es suficiente por ahora, vamos a ir poco a poco. ¿Qué tal se le dan los números?

C.- ¿Los números?

T.- Sí, me gustaría hacerle una pregunta con números, nada complicado, algo relativamente sencillo de hecho. Es algo que me puede ayudar a terminar de hacerme una idea de a dónde ir y cómo hacer...

C.- Bueno, pues no se me dan mal, la verdad, si no es muy complicado, claro...

T.-No, no, no es nada complicado. Vamos a ver, en una escala de 1 a 10, en la que 1 es el momento en el que los problemas que le han traído aquí han estado peor, y 10 es el momento en que estarán del todo solucionados, en esta escala de 1 a 10, ¿en qué punto pondría Ud. esta última semana?

C.- ¿Esta última semana?

T.- Sí, por término medio.

C.- 1 es el momento peor y 10 sería tenerlo ya todo resuelto... Yo creo que no he estado en el 1 desde el verano, por lo menos. He estado mal, pero supongo que no tan mal como hace un año, tal vez el 2 o el 3 como muy bajo. ¿La última semana? No sé, tal vez... Pues en un 4 diría yo. Un 2 o un 3 como mucho estos últimos dos días, pero un 4 como término medio.

T.- Ajá, ¿quiere decir que estos últimos días ha sido 2 o 3, pero los anteriores ha sido más de 4, y que 4 es la media? (El cliente asiente). Muy interesante. ¿qué puntuación llegó a tener, digamos el mejor día?

C.- Hmm... esto es más difícil... No sé, yo diría que un 6, el viernes pasado. Sí, un 6.

Si nos situamos por un momento en el lugar del cliente, comprobaremos que éste es también un modo curioso de empezar una entrevista. Y sin embargo, como veremos a continuación, proporciona una forma de mantener un diálogo centrado en soluciones en una situación que de entrada se plantea un tanto ambigua. A partir de este momento de la sesión, hay diversos cauces por las que encaminar la conversación. El terapeuta podría, entre otras muchas cosas:



- ⊖ Centrarse en averiguar qué fue diferente en ese "día 6" (en comparación con los "días 2-3"), y qué es lo que el cliente hizo distinto. ¿Cómo consiguió el cliente pasar de 2-3 a 6?
- ⊖ Pedirle al cliente que le explicara cómo ha conseguido subir del 1 a ese 2-3 que es la puntuación más baja desde el verano.
- ⊖ Preguntar en qué consiste mantener un "nivel 4".
- ⊖ Averiguar qué puntuación indicaría un nivel satisfactorio. ¿Sería un 6 suficiente como término medio? ¿Un 7? ¿Un 8?
- ⊖ ¿Cómo notaría el cliente que tiene un "día 10"? Suponiendo que se levanta un día por la mañana, y esa noche ha sucedido una especie de milagro, de modo que está en un 10, ¿cuál sería la primera cosa que le haría sentir que está en un 10? (proyección al futuro)
- ⊖ Explorar en qué consistiría avanzar un paso más: describir un "día 7", por ejemplo. ¿Cómo sabrá el cliente que está en un "día 7"? ¿Qué cosas va a hacer distintas? ¿Qué ideas tiene de cómo conseguir subir hasta un 7? ¿Qué tendría que pasar para mantenerse en un nivel 7?

Todo este trabajo no está dirigido a "evaluar" o a obtener información para el terapeuta, sino que tiene el propósito de generar información de utilidad para el cliente, ya que permite establecer metas y submetas, identificar avances y atribuir la responsabilidad por los cambios conseguidos.

La utilización de escalas no tiene por qué restringirse a las escalas de avance* que hemos descrito hasta ahora. De hecho, a algunos clientes les resulta relativamente fácil manejarse en términos numéricos, por lo que se puede usar el lenguaje de las cifras para referirse a todo tipo de situaciones. Por ejemplo (Beyebach, op. cit; p. 11).

* Llamamos "escala de avance" a aquella cuyos términos extremos (1 y 10; 1% y 100%; -10 y +10, etc.) indican el momento en que el problema peor ha estado y el momento en que está del todo resuelto, respectivamente.



"De modo que sigues teniendo muchas dudas respecto a qué decisión tomar. Digamos que 10 indica que estás totalmente decidida, y 1 que está absolutamente indecisa, sin saber qué hacer. ¿Dónde dirías que estás ahora? (...) ¿Hasta qué puntuación tendrías que subir para pasar a la acción, para hacer lo que has pensado? (...) ¿Qué tiene que pasar para que....?"

"De modo que en este tema sigues en desacuerdo... pero no es un 100% de desacuerdo, según me has dicho. ¿Qué nivel de desacuerdo calculas que tienes ahora? (contestan que un 75%) (...) ¿Cómo sabrás que estás ya en sólo un 50%? ¿Qué será diferente? (...) ¿Qué cosas podrás hacer que te ayuden a bajar hasta ese 50%?"

Preguntas por el porcentaje

Al igual que las preguntas por la escala las preguntas por el porcentaje permiten enfocar con claridad el tratamiento y medir cuantitativamente los progresos producidos durante la terapia en el área del objetivo familiar. También proporcionan al cliente una descripción doble (White, 1986; en Selekman, op. cit.) de la situación problemática, que puede abrir el camino a nuevas posibilidades. Los siguientes son ejemplos de preguntas por el porcentaje: "¿Qué porcentaje de tiempo Bob les pide (a sus padres) que se hagan responsables de él?"; "¿Qué porcentaje de tiempo eres responsable de ti mismo, Bob?"; "¿Qué porcentaje de tiempo luchas contra la bulimia y qué porcentaje te dejas vencer por ella?"

El siguiente ejemplo de caso ilustra la utilidad de estas preguntas para co-crear una doble descripción del rótulo patológico que la madre emplea para calificar la conducta de su hija, con las descripciones del terapeuta, que aluden a conductas adolescentes más normales y fáciles de corregir (Selekman, op. cit; p. 78).

Marjorie recurrió a terapia debido a los "trastornos de conducta" de su hija Sara, de 16 años. Sara "violaba" permanentemente "las reglas", "discutía todo el tiempo" con Marjorie y, en ocasiones, "faltaba a la escuela sin permiso". El siguiente extracto fue tomado de la primera entrevista.

TERAPEUTA: ¿Qué la trae ahora por aquí?

MARJORIE: Mi hija Sara padece "trastornos de conducta". Nunca me escucha, discutimos constantemente, viola mis reglas y apostarí a que no siempre va a la escuela... y...

T: ¿Cómo sabe que padece "trastornos de conducta"?

M: Bueno... eso es lo que pensó el consejero estudiantil... ¿Usted qué opina?



- T: Seré curioso, ¿qué porcentaje de la conducta de Sara corresponde a la típica rebeldía de los adolescentes y qué porcentaje a actitudes simplemente odiosas?
- M: Bueno... yo... jamás lo pensé en esos términos. Pero si tengo que darle porcentajes... diría que es un 60 por ciento rebelde y un 40 por ciento odiosa.
- T: Ayúdeme, por favor. Hace cuatro semanas, ¿los porcentajes hubieran sido distintos?
- M: Bueno, hace cuatro semanas el mayor porcentaje le hubiese correspondido a la rebeldía.
- T: ¿Qué porcentaje, exactamente?
- M: ¡Oh, en esa época me sacaba de las casillas! Digamos que le hubiera dado... un 90 por ciento a la rebeldía.
- T: ¡Grandioso! ¿Cómo logró que sea rebelde sólo el 60 por ciento del tiempo? ¿Se ha comportado usted de una manera distinta?
- M: Bueno, no grito tanto, salgo a pasear...
- T: ¿Qué más ha hecho para disminuir la rebeldía de Sara?

Preguntar sobre el problema.

Si los clientes no describen excepciones, o no contestan a las preguntas orientadas al futuro, la siguiente línea a seguir es reunir información detallada sobre el “problema”. Al respecto, O’Hanlon y Weiner-Davis (op. cit.) mencionan que la mayoría de los casos no requieren este tipo de preguntas, ya que por lo general, obtienen suficiente información acerca de las excepciones y recursos para el proceso de solución.

Pero cuando el terapeuta centrado en las soluciones investiga sobre el problema, se interesa básicamente en información muy específica; por ejemplo, los marcos de referencia en los que los clientes sitúan el problema, en qué sentido lo ven como un problema, y las circunstancias y la secuencia de eventos cuando sucede el problema. Habitualmente pueden hacer las siguientes preguntas:

- ⊖ “¿Cuál consideras que es el problema? Dame un ejemplo reciente”.
- ⊖ Al rastrear la secuencia de eventos se puede preguntar: “¿Qué sucede?... ¿Qué sucede luego?... ¿Y qué sucede después de eso?”, etc., hasta que se tenga una imagen clara de las interacciones que rodean lo que se califica como problema. El terapeuta centrado en soluciones desea saber de qué manera los clientes han estado intentando resolver el problema (soluciones intentadas).



- ⊖ “¿Quién está presente cuando se da el problema?”
- ⊖ “¿Qué dice o hace cada uno?”, “¿Y después qué pasa?”
- ⊖ “¿Dónde ocurre el problema con mayor frecuencia?”
- ⊖ “¿Dónde es menos probable que ocurra?”
- ⊖ “¿Hay algún momento (día, mes, año) en que es (im)probable que se produzca el problema?”
- ⊖ “¿De qué forma es un problema para ti?”
- ⊖ “Si tu esposa (o) estuviera ahora aquí, ¿cómo diría el (la) que estás intentando resolver el problema?”

Cuando en su labor el terapeuta comienza a centrarse en el problema durante la sesión, de ningún modo está intentando entender “el verdadero significado del problema”, encontrar su “causa” o perseguir ninguna otra idea similar acerca de la resolución de problemas. Sólo se interesa en aquellos aspectos del problema que le proporcionan el tipo de información que necesita para formular intervenciones útiles. Pues teóricamente, el terapeuta obtendrá un cuadro detallado de las pautas específicas que han mantenido el problema. La intervención sobre ese esquema puede entonces, utilizarse para interrumpir las pautas que realimentan el conflicto. Por ejemplo, a partir del trabajo de Erickson está claro que cualquier cambio en el patrón que rodea el problema disminuirá la probabilidad de que se produzca ese problema. Por lo tanto, una vez que el terapeuta tiene una imagen clara de la secuencia de eventos cuando se da el problema, puede sugerir un pequeño cambio que a su vez, pueda dar lugar a una diferencia significativa (O’Hanlon y Weiner-Davis, op. cit., Selekman, op. cit.).

También se le puede preguntar al cliente: “¿Por qué las cosas no están peor?”; “¿Qué es lo que usted y otras personas están haciendo para que la situación no empeore?”. Una vez que los clientes responden con algunas excepciones específicas, el terapeuta cambia nuevamente de táctica, pues amplía las estrategias que están usando los clientes para solucionar el problema y les pregunta: “¿Cómo se les ocurrió semejante idea?!”; “¿Cómo fueron capaces de



hacer eso?!"; "¿Qué tendrían que seguir haciendo para lograr que eso ocurra más a menudo?", y si esta línea parece fructífera, es decir, si lleva a más información sobre excepciones, se abandona la investigación centrada en los problemas.

La secuencia pesimista

Si después de emplear la secuencia sobre el manejo de la situación problemática el cliente sigue siendo pesimista con respecto al problema, el terapeuta debe cambiar de táctica y adaptarse a la pauta peculiar de respuesta cooperativa utilizando la secuencia pesimista. A pesar de los esfuerzos del terapeuta por darles esperanza y crear un contexto para el cambio, los clientes muy pesimistas insisten en que la situación empeorará. Por lo tanto, lo más sensato será conectarse con el cliente en su propio nivel. A menudo, esta línea de interrogatorio les permite a los clientes generar estrategias útiles para manejar y resolver el problema. Los siguientes son ejemplos de preguntas pesimistas: "¿Qué cree usted que pasará si las cosas no mejoran?"; "¿Qué ocurrirá entonces?"; "¿Quién sufrirá más?"; "¿Quién se sentirá peor?"; "En su opinión, ¿qué es lo menos que puede hacer para lograr un pequeño cambio?"; "¿Qué pueden hacer los otros miembros de la familia?"; "¿Cómo impediría ahora que eso sucediese menos frecuentemente?" La secuencia pesimista también ayuda a los clientes a recordar antiguas estrategias que ese entonces tuvieron éxito y que pueden aplicarse a la situación crítica actual.

Externalización.

Las prácticas de externalización fueron propuestas por Michael White como uno de los elementos centrales de su enfoque terapéutico (White y Epston, 1993), siendo un elemento más de la conversación terapéutica y una forma de emplear el lenguaje para facilitar que durante la sesión se generen significados divergentes, e historias alternativas que favorezcan la disolución de los problemas. Esta prácticas



consisten en utilizar el lenguaje para convertir los problemas que afectan a las personas y a sus relaciones en entidades separadas de éstas, con lo cual pasa a ser posible luchar contra ellas (Beyebach, s/a a), y crear un espacio desde el cual la persona puede volver a asumir un papel activo y enfrentarse al problema (Beyebach, 1999), también permite asignar a los clientes la responsabilidad por la lucha contra la queja sin culpabilizarles por ello. Constituye una alternativa terapéutica eficaz cuando se trata de clientes que no revelan excepciones durante el proceso de la entrevista. El conflicto de la persona se externaliza como un estilo de vida, un momento difícil o mala racha, o bien, se lo objetiva como un tirano opresor. Al externalizar el problema, es necesario emplear cuidadosamente el lenguaje y el sistema de creencias con las que el cliente alude al conflicto. Así, se puede externalizar la situación problemática de un niño cuyos padres dicen que "es un niño miedoso" en un niño valiente que tiene que luchar contra "monstruos" o "fantasmas" ... tan reales que pueden ser metidos en una caja de zapatos durante la noche. O se puede pasar de describir a alguien como "una bulímica" a hablar de una chica que está intentando identificar las "trampas" que le tiende la bulimia, y buscar formas de derrotarla.

En el capítulo anterior, ya habíamos mencionado los beneficios de utilizar las preguntas externalizadoras del problema dentro de las sesiones terapéuticas. El siguiente ejemplo ilustra la utilidad terapéutica de esta categoría de preguntas en el caso de una familia cuya pauta de interacción eran las acusaciones mutuas (Selekmán, op. cit; 80).

Los Brown estaban casados en segundas nupcias. Tanto Fred como Lisa habían tenido un matrimonio anterior muy tempestuoso, según informaron. La persona que constituía el problema de la familia era Sean, el único hijo de Lisa de su primer matrimonio. Sean robaba, alborotaba en la escuela y no respetaba los límites impuestos por su madre. Tampoco quería a Fred y no congeniaba con los hijos de éste. Durante la primera entrevista se produjeron disputas y acusaciones entre los subgrupos familiares. Todos mis intentos de sacar a luz las excepciones y utilizar las preguntas por el milagro se vieron frustrados. No obstante, los padres señalaron que las "acusaciones mutuas" habían incidido negativamente en su primer matrimonio y que sin duda eran un problema en el drama que estaba padeciendo la familia. Decidí entonces capitalizar la vieja pauta de las acusaciones mutuas externalizándola y sacando a Sean del foco del problema.



TERAPEUTA: ¿Cuánto hace que la pauta de las “acusaciones mutuas” los ha estado mortificando?

FRED: Bueno, estuve cinco años casado con mi primera esposa y con Lisa vivimos juntos desde hace dos años.

LISA: Yo lidié nueve años con las “acusaciones” y aún hoy el padre de Sean e incluso Sean me culpan por todo.

SEAN: ¿Me puedo retirar del consultorio? (*refiriéndose a Lisa*) ¡Estoy harto de sus tonterías! No hace otra cosa que saltarme encima todo el tiempo.

T: ¿Se dan cuenta de cómo las “acusaciones mutuas” interfieren en la relación, provocando continuos enfrentamientos?

F: El terapeuta tiene razón y ustedes lo saben. Debemos darle la espalda al pasado y dejar de atacarnos. Esta es nuestra familia y es preciso que funcione bien.

T: Seré curioso, Lisa. ¿Ha notado usted últimamente si en alguna ocasión, cuando está a punto de “saltarle encima” a su hijo, logra dominarse y hacer otra cosa?

L: En realidad, ayer estuve tentada de saltarle encima y decirle que me recuerda a su padre cuando deja sus cosas tiradas por toda la casa, pero en lugar de eso le pedí sencillamente que pusiera la ropa sucia en el canasto.

S: Sí, siempre me está gritando que soy un “puerco”.

T: Sean, creo que voy a chocar los cinco con tu madre por obtener semejante victoria sobre las “acusaciones mutuas” .

En general, estas prácticas externalizadoras son realmente útiles siempre que se quiera aumentar la responsabilidad que los clientes tienen sobre la marcha del tratamiento, evitando a la vez la culpabilización. Puede ser recomendable, pues, en aquellos casos en que nuestros pacientes se muestren pasivos y resignados o, simplemente, se sientan incapaces de hacer frente a su situación. Ligado a lo anterior, la externalización también estaría indicada cuando las personas están paralizadas por los sentimientos de culpa respecto del problema. O cuando las personas que acuden a consulta están fuertemente identificadas con un diagnóstico, que generalmente es resultado de la información que han recibido de otros profesionales, o a consecuencia de una convivencia particularmente larga con la situación problemática. A nuestro juicio, la externalización resulta especialmente útil en todas aquellas situaciones en las que se quiere poner en cuestión las creencias de los clientes sin que éstos se sientan atacados, para que de esta forma, clientes y terapeuta puedan trabajar en equipo para descubrir las “falacias” del “problema.

El siguiente ejemplo puede contribuir a aclarar cómo se desarrolla este proceso de externalización (Beyebach, s/a a. p. 16).



Una madre acude con su hijo de 16 años, que durante los ocho últimos meses ha tenido lo que los psiquiatras han diagnosticado como "ataques de pánico". La madre, a su vez, describe el problema contando que su hijo es "muy nervioso" y que a veces le "da el ataque" e incluso hay que llevarle a urgencias..

Terapeuta.- (Dirigiéndose al hijo) ¿Tú cómo describirías lo que te pasa?

Hijo.- Es como si de repente me pusiera muy nervioso, mi cabeza funciona demasiado de prisa y me siento muy mal, el estómago me duele y tengo ganas de vomitar.

Terapeuta.- Debes de pasar un mal rato ¿no?

Madre.- Sí, lo pasa muy mal. Nosotros le oímos gritar y acudimos rápido. La última vez era muy tarde las tres o las cuatro de la madrugada. Su hermana también se despertó.

T.- Claro, todos os alarmais mucho cuando ocurre. Contadme un poco más desde el principio.

H.- Pues no sé muy bien cómo empieza, pero yo empiezo a sentir una cosa que me entra aquí en el estómago y sé que me voy a poner muy mal.

T.- ¿En qué consiste la sensación?

H.- No se, es como una cosa que entra, que se queda ahí, como un peso.

T.- Una "cosa puñetera", por lo que veo.

H.- Más que puñetera (Risas), muy fastidiada. Cuando me doy cuenta, me digo "Ya está aquí otra vez la..."

T.- (superponiéndose) "la cosa".

H.- Eso es, ya está aquí otra vez "la cosa". Y no sé qué hacer, eso me pone muy nervioso.

T.- Muy bien, ¿qué pasa luego?

H.- Pues a veces, consigo calmarme y la sensación termina por desaparecer, otras...

T.- Como si consiguieras que "la cosa" se diera por vencida. Vamos a prestar mucha atención a esas ocasiones en que consigues que "la cosa" desaparezca.

H.- Si, es como si de repente la cosa me dejara en paz.

T.- ¡Vaya! Parece que "la cosa" aparte de molestar sabe ser considerada cuando quiere.

M.- (Riendo) No lo crea. La verdad es que nos está complicando mucho la vida a todos.

T.- Bueno, pues supongo entonces que ha llegado la hora de ajustarle las cuentas...

Una vez externalizado algún aspecto del problema o de los recursos de los clientes, se trata de consolidar esta imagen, y de construirla como una entidad



independiente y separada de ellos. Estos son algunos de los recursos que sirven para crear espacio entre los clientes y el problema externalizado:

- a) Revisar el efecto negativo que lo externalizado tiene sobre las vidas y relaciones, esto, ofrece muchas oportunidades al terapeuta para ir creando la imagen del problema como algo externo y con una cierta vida propia: "¿De qué forma te está afectando esta "manía" ?; ¿Ha llegado ya a interponerse entre tú y el estudio?; ¿Cómo ha afectado a la relación con tus compañeras de trabajo?" Contestando o simplemente planteándose estas preguntas, los clientes empezarán a ver cada vez más lo externalizado como algo que les afecta negativamente, que les hace sentir mal, y ello crea distancia.
- b) Como un paso más de lo anterior, atribuir a lo externalizado todos aquellos aspectos negativos de los que se quejen los clientes, como en el caso del siguiente ejemplo (Beyebach, s/a a. p. 17):

Cliente La verdad es que llevo un tiempo que ya no me apetece nada salir ni quedar con nadie.

Terapeuta: Parece que la anorexia te está haciendo pagar un precio alto, no sólo en relación con la comida ¿Cómo se las ha arreglado para interponerse entre tú y tus amigas?

- c) Utilizar expresiones personificadoras que atribuyan a lo externalizado la cualidad casi exclusivamente humana de la intencionalidad. Para ello se puede decir, por ejemplo, "la bulimia está tratando de fastidiar", "la bulimia se da por vencida" o "los atracones también pueden ser muy seductores".
- d) Resulta especialmente útil contraponer en la sesión la "voz" del problema externalizado con la de los clientes, creando una doble descripción (White, 1991) que contribuya a subrayar las diferencias existentes entre la persona y el problema, aumentando así la diferencia entre ambas. De esta forma se trata de identificar lo positivo (que suponga avances en los objetivos de los clientes) con la "verdadera persona", y de unir los aspectos negativos al problema externalizado. En esta misma línea, y una vez que las personas hayan comenzado a superar su problema, se puede hablar de la "nueva persona" que ha surgido después de



superar el problema y compararla con "la vieja", que no diferenciaba entre ella misma y su dificultad (Beyebach, s/a a. p. 18).

Cliente: Cuando me paro a pensarlo, creo que nunca voy a salir de aquí, que siempre voy a estar sufriendo por lo que coma o no coma

Terapeuta: ¿Es esto una idea tuya, o es una idea de la obsesión?

Cliente: Pues no lo sé. Tal vez sea una idea de la obsesión. Cuando lo pienso me digo que para qué voy a seguir luchando.

Terapeuta: Ya, es una buena arma de la obsesión. Es una voz convincente.

Cliente: Pues sí.

Terapeuta: ¿Y qué es lo que oyes cuando te paras a escuchar tu propia voz? ¿Cuando eres la verdadera Marta?

e.) Desde el punto de vista del lenguaje, resulta útil para crear distancia emplear un lenguaje que elicite oposición, se hablará de la "tiranía del peso", de la "opresión de la inseguridad" o de "la batalla contra la anorexia". Esto lleva a veces a desarrollar un verdadero "lenguaje de guerra"; en estos casos se discute con los clientes qué armas son más o menos eficaces contra el problema externalizado, cuál es un buen momento para presentar batalla, qué contra-ataques cabe esperar, a qué aliados pueden recurrir, etcétera.

Ayudar a la cliente a que decida luchar contra el problema

Este paso es una manera de marcar el compromiso con el cambio, y a la vez, da información sobre cuál es el momento del proceso en que está el cliente. Es necesario revisar con el cliente los efectos que le reporta el problema, como una forma de tomar una decisión más meditada y de que el cliente tome realmente "su" decisión, en vez de ser el mero eco de las exigencias de sus familiares o amigos.

Si el paso anterior se ha hecho adecuadamente, y el cliente experimenta distancia entre él y el problema externalizado, será relativamente probable que se decida a luchar contra él, y una vez externalizado el problema (o alguna parte del mismo), y tomada la decisión de enfrentarse a él, el terapeuta se planteará de qué forma ayudar a recuperar el control sobre él. El terapeuta puede retomar el foco



sobre las soluciones investigando en qué ocasiones el cliente ha derrotado a su enemigo: "¿Qué es lo que sucede cuando ustedes son los que derrotan a la inseguridad? ¿Cuál es la última vez que lucharon unidos contra ella?". En cualquier caso, el terapeuta retomará la línea de las excepciones una vez que éstas aparezcan con claridad (Selekman, op. cit).

Preguntas para consolidar el cambio

Esta categoría de preguntas no sólo es eficaz para ampliar los cambios previos al tratamiento, sino también para reforzar los que se producen en el transcurso de la segunda sesión y las subsiguientes. En ocasiones, se puede recurrir a la imaginaria bola de cristal (de Shazer, op. cit.) y a la metáfora de la videocinta (O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.) a fin de que los clientes proporcionen una descripción visual de cómo habrán mejorado las cosas en un determinado momento a partir de la primera entrevista. Los siguientes son ejemplos de esta categoría de preguntas:

"¿Qué tendrías que hacer para que estos cambios continuaran?"

"¿Cómo lograste que eso sucediera?"

"¿Qué tendrías que hacer para no sufrir un retroceso?"

"¿Cómo volverías al buen camino?"

"Si te invitara a participar en mi próximo grupo de padres en calidad de asesor, ¿qué consejos y observaciones útiles les darías?"

"Supongamos que ésta fuese nuestra última sesión. ¿Qué cosas divertidas estarías haciendo durante la sesión?"

"Si miráramos en mi imaginaria bola de cristal lo que sucederá dentro de tres semanas, ¿qué nuevos cambios veríamos?"



Algunas ideas para la elaboración del mensaje final

Como hemos venido repitiendo a lo largo de estos últimos capítulos, pensamos que el elemento terapéutico principal de la terapia centrada en las soluciones es el manejo de la conversación que tiene lugar entre terapeutas y clientes, esa situación en la que -parafraseando el título del último trabajo de De Shazer (1999), “las palabras se convierten en magia”. Y puesto que en la terapia centrada en las soluciones el énfasis pasa a estar sobre la conversación terapeuta/cliente, el valor que tiene el mensaje final dentro de este modelo terapéutico, a nuestro modo de ver, supone ante todo una manera de consolidar los significados y puntos de vista generados durante la sesión, así como una forma de propiciar que los cambios descritos durante la entrevista se generalicen al siguiente periodo (intercesiones). Es básicamente una forma de “cerrar” la entrevista, que ofrece al terapeuta la oportunidad de ultimar algún aspecto, de subrayar un tema o simplemente de subsanar algún olvido producido durante la charla con los clientes (Beyebach, op. cit).

Pausas

Al implementar la pausas a su labor, el terapeuta puede informar a los clientes que se va a tomar una “pausa para pensar” y salir durante unos minutos para ordenar sus ideas acerca de lo que los clientes le han dicho. Y durante esta pausa decide qué aspectos de la entrevista merecen ser destacados durante los siguientes momentos. Asimismo, permite al terapeuta volver a subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión, haciendo algo así como un resumen de las cosas bien hechas, de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia, para dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen, para que finalmente se pueda dar una prescripción o tarea.

Al separar estos comentarios del terapeuta del resto de la sesión, el mensaje que se da al cliente es visto como algo importante. En cuanto al contenido



del mensaje final, consta típicamente de un *elogio* o elogios, seguido de una o varias *tareas*. Para incorporar estas pausas dentro del trabajo terapéutico no necesariamente se requiere de espejos unidireccionales al estilo Milán.

En cuanto al contenido del mensaje final, consta típicamente de un elogio o elogios, seguido de una o varias tareas.

Los *elogios* recogen aquello que los clientes está haciendo bien, realzan sus cualidades o subrayan sus recursos (Ochoa, op. cit.). No se trata de elogiar por elogiar (en la línea de "dar mensajes positivos"), sino de apoyar a los clientes en sus lados fuertes de tal modo que puedan seguir progresando, o empezar a hacerlo: "Quiero felicitarte por el valor que has demostrado al...". Para ello es fundamental que los elogios sean creíbles, es decir, que sean percibidos por el cliente como genuinos y ajustados a su situación. Cuando el terapeuta oye que el cliente está haciendo algo que es positivo o promueve soluciones, toma nota mentalmente para felicitarlo por ello: "Parece que has estado manejando muy bien esta situación", "Estoy sorprendido por todas las cosas positivas que estás haciendo por ti a pesar de que las cosas han sido difíciles", "tu plan de ____ es realmente bueno". Generalmente el terapeuta señala a los clientes lo que ya han hecho para empezar a resolver el problemas (Beyebach, op. cit.)

A continuación, daremos un ejemplo del caso clínico citado anteriormente, el cual fue atendido por las autoras de esta tesis en la Clínica Universitaria de Salud Integral de la FES Iztacala, UNAM; denominamos con T y J a las terapeutas y con la S a Sandra -la cliente-, quien decía sentirse muy insegura durante sus clases por lo que no podía tener participaciones. Sin embargo, al incluir elogios durante las conversaciones, surgió la oportunidad de que Sandra reflexionara sobre esa situación que había pasado desapercibida para ella.

T- Y cuando participas y explicas algo sin tu libreta ¿qué notas de diferente?

S- Pues mira, las veces que he participado sin ver, son participaciones que no me requieren que yo haya leído precisamente ese artículo, o sea, igual son opiniones mías, experiencias mías, o sea, son cosas que tu más fácil lo puedes decir sin ver nada ¿no?, y pues sí me siento un poquito bien, porque participo sin ver; pero por otra parte no, porque al fin y al cabo yo sé que lo que estoy



diciendo es porque yo ya lo sé de años, porque pienso eso, o siento eso, o porque me pasó eso, más no por lo que estoy leyendo o si son fundamentos teóricos ¿no?.

T- Bueno, que curioso, ¡qué bonito!, tú decías que a veces no estás segura de ti misma, y ahorita veo lo contrario, porque una persona que no está segura de sí misma, pues no se atreve ni a opinar de lo que ella piensa; en cambio, tú sí lo haces, Yo creo que eso es algo muy importante que tu tienes, no creo que sea tanto de que no estés segura en ti misma o no tener confianza, yo creo que si hay seguridad de ti misma, porque al decir una opinión habla, bueno yo creo que eso habla muy bien de la confianza que te tienes.

H- ¿Sí?

J- Y es más, ahorita, el hecho de que estés aquí expresándote, estar comentando todo esto, yo también veo lo contrario, creo que te estás expresando muy bien.

H- Bueno algo, y sí si es cierto. La verdad si es cierto, de hecho es que son cosas extrañas que no se ¿no?, porque mira, por una parte si puedo demostrar seguridad, y sí porque en parte si la tengo, pero por otra parte ya muy internamente, hay cosas que me cuestan mucho trabajo y me dan mucho miedo y así como que me siento incapaz de lograr.

Otra forma de elogio es el uso de la reestructuración o connotación positiva (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; en O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.); a veces, cuando ha sido difícil encontrar excepciones al problema durante la sesión, pueden alterarse aún los puntos de vista de los clientes sobre la situación, dando un nuevo significado a la descripción de un problema. Esto puede conseguirse adscribiéndose intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas. Por ejemplo, puede que a un padre que interviene cuando la madre castiga a su hijo se le diga: "Me impresiona tu disposición a proteger la relación entre tu esposa y tu hijo"

Por otra parte, la *tarea* o tareas, proponen alguna cosa a hacer o pensar hasta la próxima sesión. Aunque en diversos textos se han descrito diagramas que reflejan el proceso de decidir qué tarea impartir, creemos que una forma de describir los criterios que se manejan a la hora de diseñar una tarea son los tres que enumeramos a continuación:

1. *Pedir algo que sea coherente con lo hablado durante la entrevista.* Si la mayor parte de la sesión ha girado en torno al "milagro", parece adecuado que la tarea tenga relación con ello (p.ej. "Me gustaría sugerirles que de aquí a la próxima sesión simularan cada uno, dos veces por semana y en secreto, que este



milagro ya se ha producido. Fíjense qué efecto tiene esto" o "Estoy de acuerdo con ustedes en que hay que ir poco a poco. Les sugiero que, de aquí a la próxima entrevista, se fijen en todas aquellas ocasiones en las que de hecho se produce alguna pequeña parte del milagro que hemos descrito"). En estos casos, las tareas de observación son muy útiles para amplificar las pautas excepcionales de conducta en el presente y para registrar los nuevos cambios en la situación del cliente. Si lo que más ha llamado la atención de los clientes es el cambio pre-tratamiento, será en principio adecuado hacer alguna sugerencia al respecto, etcétera.

2. *Sugerir sólo aquello que se considere que los clientes están dispuestos a (y pueden) hacer*. La idea es que: no sirve de nada crear una tarea brillante, si está fuera del alcance de los clientes o simplemente si éstos no están dispuestos a hacerla. Es más, cuando se considera que un cliente se presenta en un momento dado como un "visitante"*, es decir, como alguien que no "compra" la terapia ya que no considera que exista un problema, es preferible no dar tarea. En las demás situaciones, se puede graduar la dificultad de tal modo que, p.ej., a quienes se vean muy dispuestos a poner de su parte para resolver el problema (relación tipo "compradores", De Shazer, op. cit.) se les puede pedir tareas que implican *hacer* cosas (p.ej. "da una sorpresa a tu padre cada vez que...", "te sugerimos que todos los días, durante al menos media hora, hagas...."). Finalmente, a quienes se quejan del problema, pero sin considerar que pueden/deben poner de su parte para resolverlo, se les puede hablar de *pensar* algo o *fijarse* en algo ("Fíjense en cualquier pequeña señal de que han dado alguno de los pasos que habían descrito"). En definitiva, se trata de hacer sugerencias más directas a quienes parece que van a aceptarlas, y más indirectas a quienes en un momento dado parecen más reacios. En cualquier caso, la

* Es probable que se establezca una relación tipo visitante cuando el interlocutor es alguien que concurre a la sesión en contra de su voluntad: un adolescente al que sus padres "llevan a ver al psicólogo", la persona que participa ante la amenaza de separación de su cónyuge, la persona a la que un tribunal obliga a someterse a terapia.. En cualquier caso, la denominación de "visitante" no se refiere a una característica estática del cliente, sino a una relación cambiante, a una situación que se produce en un momento dado y en un contexto determinado (Beyebach, op. cit.).



sugerencia será más fácilmente aceptada por los clientes si viene precedida de elogios, y si el terapeuta está ajustándose a su lenguaje y a su postura (Fisch, Weakland y Segal, 1985).

3. *Hacer la sugerencia más sencilla que sea posible*, y el menor número de ellas, en caso de que el terapeuta dude entre varias tareas, se podrá elegir la menos complicada.

Algunos ejemplos de este tipo de tareas (Selekmán, op. cit. p. 92-94) son:

Simulando que el milagro ha sucedido

Paul fue derivado a terapia por padecer “trastornos de la atención” y por violar constantemente las reglas parentales, robar dinero a sus padres y golpear a su maestro. Tuvimos nuestra primera sesión luego de ser dado de alta en un hospital psiquiátrico local, en donde estuvo internado por golpear a su maestro. Durante la primera parte de la entrevista, intenté sacar a luz las excepciones, pero los padres contestaron negativamente a las preguntas centradas en la solución. Después de preguntarles por el milagro, pude enterarme de dos cambios significativos que les gustaría advertir en la conducta de su hijo: que “Paul ya no utilizara un vocabulario grosero con nosotros” y “no nos peleara cuando le decimos que no”. Por su parte, Paul recitó una larga lista de los cambios que se producirían en sus padres y en él una vez ocurrido el milagro. Cuando los padres volvieron a asumir una actitud pesimista luego de las preguntas por el milagro, decidí separar a la familia. Me reuní a solas con Paul y le pedí que eligiese dos días para simular una conducta que sus padres consideraran milagrosa, a fin de “sorprenderlos”. Paul pensó que era una idea “genial”, sobre todo la idea de observar cuán diferentes serían las reacciones de sus padres cuando él simulase. Una semana más tarde los padres regresaron a mi consultorio declarando que “¡tiene que haber sucedido un milagro!”. Mencionaron por lo menos ocho excepciones significativas en la conducta de Paul. Y lo más importante: “Paul no nos dijo groserías” ni “peleó” en toda la semana. En las sesiones siguientes les recomendé hacer más de lo que funcionaba. La terapia se completó con éxito en la cuarta sesión.

Haciendo algo diferente

El siguiente ejemplo muestra cómo la conducta aparentemente absurda de la madre pudo modificar los trastornos de conducta crónicos que padecía su hijo.

Deborah y su hijo Seth, de 17 años, fueron derivados a terapia porque este último se hallaba en libertad condicional, acusado de asalto y agresión, robo en los negocios, participación en bandas delictivas e inasistencia a la escuela sin permiso. Según Deborah, Seth “dirigía la batuta” en el hogar, “rompiendo cosas” cuando se enojaba y “ganándole todas las peleas por el poder”. Cuanto más “le gritaba” y trataba de ponerle límites, peor se portaba Seth. Deborah, no obstante al hallarse al cabo de sus fuerzas, estaba dispuesta a intentar cualquier cosa por su hijo. Como Seth boicoteó la sesión inicial de terapia, tuve que intervenir a través de su madre, a quien le asigné la



tarea de “hacer algo diferente”. Una semana más tarde Deborah volvió al consultorio diciendo que se habían producido cambios notables en la conducta de Seth. La madre decidió intentar algo distinto cada vez que el hijo trataba de sacarla de las casillas; por ejemplo, cantar la canción infantil “Rema, rema, rema en tu bote”. Eso desarmaba totalmente a Seth, cuyos comentarios al respecto eran del siguiente tenor: “¿Estás bien?”; “¿Qué pasa contigo?”; “Quizá tengas que ver más a menudo al terapeuta”. Aparentemente, cuanto más disparatada era la conducta de Deborah, mejor se comportaba el hijo. Apartir de ese momento, Seth fue más respetuoso con su madre y evitó meterse en nuevos problemas legales. Lo que más me sorprendió fue que Seth se presentara a nuestra tercera sesión con el deseo de ayudar a su “chiflada madre”.

Prediciendo el futuro

En el siguiente ejemplo, ni los padres ni su hija bulímica de 16 años pudieron explicar por qué esta última no “se atracaba y se purgaba” por lo menos dos veces a la semana.

Patricia y sus padres fueron derivados a terapia por la Health Maintenance Organization (Organización para el Mantenimiento de la Salud). El psiquiatra que la había tratado durante un año le había diagnosticado “bulimia nerviosa”. Pero como “el problema de la bulimia persistía”, los padres decidieron recurrir a la terapia de familia. Apenas comenzada la primera entrevista, descubrí que los episodios de no “atracarse y purgarse” ocurrían de manera aleatoria. Sin embargo, ni los padres ni Patricia podían explicar por qué se producían las excepciones. Decidí asignarle a la familia la tarea de predicción. La noche anterior, los padres y Patricia tenían que predecir por separado si ésta sería capaz de “luchar contra la bulimia y no permitir que continuara mortificándola” y, al promediar el día siguiente, debían averiguar qué había hecho para salir victoriosa. La familia regresó a la semana siguiente e informó que habían vencido a la bulimia durante seis días. Tanto Patricia como los padres registraron muchas excepciones que contribuyeron a la victoria familiar sobre la bulimia. Puesto que la tarea había funcionado a la perfección, continué usándola en las sesiones siguientes.

Una vez pensados los elogios y diseñada la tarea o tareas, el terapeuta transmite al cliente el mensaje final, procurando que sea breve. Al igual que sucede con el resto de la entrevista, el terapeuta dedica una atención especial a utilizar el lenguaje del cliente: sus expresiones, sus palabras, etcétera.

Este es un ejemplo que cómo poder cerrar la primera sesión y acordar el próximo encuentro (Beyebach, op. cit. p. 14)

T.- Bien, hay varias cosas que quiero transmitirles. (Pausa) En primer lugar, quiero felicitarlos por el valor que han demostrado al venir aquí hoy; como ustedes decían, no siempre es fácil “darse el empujón” y venir aquí. Además, me parece que han venido en un buen momento, ya que por una parte las dificultades que están atravesando suponen para ustedes mucho sufrimiento, mucho dolor y por tanto, es lógico que quieran ponerle fin, y por la otra están ya empezando a superarlas. De hecho, el que usted Pedro considere que la situación está en un 4, y , usted, María, la vea incluso en un 4.75, me parece una señal clara de que están haciendo ya un buen trabajo. (Pausa). Pienso en este sentido que mi ayuda aquí puede consistir en seguirles acompañando en el resto del camino que les queda por recorrer, para que terminen de dejar atrás estos problemas. Y,



aunque pienso que esto no va a ser fácil, sino que supondrá bastante trabajo por parte de ustedes, también pienso que hay buenas razones para que estén optimistas. (Pausa) Tal vez la más importante es que como me decían, ustedes han encontrado ya algunas cosas que les ayudan: salir juntos algún día de diario; evitar hablar de los temas "candentes" cuando están enfadados y posponer la discusión para cuando están más serenos; ser más cariñosos cuando les apetece... Les propongo que sigan en esta línea, poniendo en práctica las cosas que dan resultado. Además, me ha impresionado la sinceridad con la que son capaces de hablarse aquí, y lo mucho que se quieren. Estoy de acuerdo con ustedes en que el cariño que se tienen es un buen bálsamo para los momentos difíciles. Por eso me gustaría sugerirles que de aquí a la próxima entrevista que tengamos, ustedes se fijen en qué otras cosas descubren que sirven como "bálsamo" para su relación. Me gustaría además que mantuvieran en secreto estas observaciones, y que las comentáramos aquí el próximo día. ¿Cuándo les parece que nos veamos de nuevo?

6.2. Ampliar y mantener el cambio: prescripciones para la segunda sesión y las subsiguientes.

Bajo la visión de la terapia centrada en las soluciones, el producir un cambio dentro de terapia significa alterar la forma de actuar y la forma de ver el "problema"; de tal modo que implica cambiar las acciones e interacciones que intervienen en la situación dando a los clientes libertad para usar otras acciones "atípicas" que tengan más probabilidades de resolver el problema, que la repetición de pautas sin éxito, puesto que un cambio en lo que hacen, puede producir también un cambio en su marco de referencia. Y como lo mencionan O'Hanlon y Weiner-Davis (op. cit.) los cambios en la forma de actuar en la situación puede generar recursos y capacidades nuevas u olvidadas. Asimismo, el cambiar los marcos de referencia de los clientes tanto en la sesión, como fuera de la sala de terapia, puede llevarnos a producir cambios en las acciones y a la estimulación de potencialidades y recursos no utilizados. Y no hay que olvidar que el evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática, hace recordar a las personas sus recursos, sus fuerzas y capacidades para lograr cambios en sus acciones y en sus puntos de vista.

Este tipo de terapia, por tanto, intenta cambiar los patrones del habla, pensamientos y acciones puesto que éstos son susceptibles. De tal modo que la forma más sencilla y directa de intervenir en un contexto que contiene una queja,



es alterar el propio patrón de la queja, puesto que al hacer que los pacientes introduzcan alguna modificación pequeña o significativa en el desarrollo de ésta, se genera que la queja desaparezca gradualmente o de forma abrupta.

Y es en este sentido, donde este mismo autor menciona algunas claves o sugerencias de intervención que se pueden llevar a cabo para lograr este fin, tales como:

Cambiar la frecuencia o tasa de la queja: por ejemplo, una cliente que suele comer golosinas frenéticamente durante sus episodios de voracidad, se le puede decir que coma dulces lentamente cuando no tenga estos episodios.

Cambiar el tiempo de ejecución de la queja: lo cual quiere decir que se podría dar un tiempo determinado a la ejecución de la queja y no que sea al azar. Por ejemplo, puede ser que a una persona que dice llorar mucho, se le de un tiempo y hora determinada para llorar, pero después ya no. También podría ser que se sugiera que se cambie el momento en el que se presenta la “problemática”, como puede ilustrarlo el siguiente ejemplo:

Una pareja tenía una pauta que se producía cada tarde durante la semana laboral. Cuando él llegaba a casa lo único que quería era pasar algún tiempo viendo la televisión o leyendo el periódico para relajarse. Su esposa estaba sola en casa la mayor parte del día; además, hacía poco tiempo que se habían trasladado a esa zona y todavía no había hecho amigos. Así es que, cuando él llegaba a casa, ella quería hablar de cómo habían pasado el día. Acababan discutiendo casi cada tarde sobre qué necesidades se tenían que satisfacer. Él había empezado a pensar que ella era demasiado dependiente y que quizás había cometido un error casándose. Ella estaba comenzando a dudar de sí misma y a creer que se estaba volviendo loca. También estaba llegando a la conclusión de que, tal como había leído en un libro de autoayuda, él tenía miedo de la intimidad, pero al ver su situación, su esposo quería tiempo para estar solo y ella quería contacto y conversación desde el momento en que él entraba por la puerta. Después de que se les ayudara a descubrir la pauta, ella decidió que se daría una ducha justo después de que su esposo llegara a casa, lo cual le ayudaría a calmarse y le proporcionaría algo que hacer, mientras le daba tiempo a él para relajarse. Luego su esposo decidió que sería más atento durante los primeros quince minutos después de que su ella saliera de la ducha para que no se sintiera descuidada. Al cambiar el momento de sus acciones, pudieron eliminar su situación “problemática” (O’Hanlon y Hudson-Davis, 1996; pp. 57-58.).

Esta pareja no había advertido cuál era la pauta, las discusiones siempre se producían justo después de que él llegara a casa del trabajo. Como estaban centrados en sus sentimientos, necesidades o ideas sobre por qué no estaban funcionando las cosas, pasaron por alto una simple verdad oculta en la pauta y,



por tanto, una sencilla forma de cambiarla, que era el momento o el tiempo en que se podía abordar los temas que uno de los dos quería abordar.

Cambiar la duración de la queja: en este sentido, a una persona que se lava las manos compulsivamente se le podrá decir que lavara su mano izquierda durante al menos 5 minutos y su mano derecha durante no más de 30 segundos en cada lavado.

Cambiar el lugar en el que se produce la queja: Las personas pueden modificar las pautas de sus problemas cambiando la localización en la que se producen (Ochoa, op. cit.; Gonzalez, op. cit.; y O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.). Quien vive en un clima frío podría entrar en el garaje sin calefacción cuando comience una pelea. Si uno de los problemas es que los hijos están oyendo las peleas, se podría salir al coche cuando empiece una. Un ejemplo de esto se muestra a continuación:

En un seminario, un terapeuta se acercó a Bill durante una pausa y le dijo que había asistido a uno de sus seminarios anteriores. Había estado asesorando a una pareja, Ron y Penny, que tenía terribles peleas en las que ambos se decían cosas hirientes de las que más tarde se arrepentían, pero que eran difíciles de olvidar. Tras probar todo lo que pudo imaginar para ayudar a esta pareja, el terapeuta había acabado por no intentar determinar la causa del problema y tratar en cambio de que cambiaran su pauta. Sugirió que la próxima vez que Ron y Penny empezaran a decirse cosas mezquinas, dejaran de discutir inmediatamente y se fueran al baño. Allí Ron se quitaría toda la ropa y se tumbaría en la bañera. Penny se sentaría en el retrete completamente vestida y luego continuarían con la discusión. Como es de imaginar, era muy difícil seguir con la discusión en una situación tan disparatada. Normalmente acababan riéndose de lo absurdo que resultaba; al cabo de un tiempo, una simple mirada hacia el cuarto de baño era suficiente para calmar una discusión (O'Hanlon y Hudson, op. cit; p. 62.).

Desde luego, los autores normalmente no recomiendan llegar a extremos tan absurdos para cambiar las pautas de una relación, pero para Ron y Penny funcionó.

Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de la queja : por ejemplo, antes de llevar a cabo la situación problema, hacer algo que le agrade a la persona. Como en el caso anterior, si fuera el caso de que a la señora le gustara ducharse, entonces como se muestra se le pediría que lo haga enseguida de que



su esposo llegue, para que cuando salga no tenga la misma intensidad que si no lo hubiera realizado.

Cambiar la secuencia de elementos/ eventos en el patrón de la queja: a veces llevamos a cabo la situación que nos desagrada de una manera que se vuelve muy común o cotidiana, de tal modo que se trata ahora de alterar uno de sus componentes, como es la secuencia del evento.

Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños: si una pareja peleara o tuviera discusiones a menudo, se le diría que sólo podían pelearse por escrito. El tendrá 5 minutos para escribir su parte y luego se la pasará a su pareja para que pueda escribir su parte, de tal modo que el efecto de la queja cambie.

Asimismo, cuando abordamos la queja a través de una intervención sobre el mismo patrón, es probable que no se tengan resultados, por lo que es mejor que se alteren las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan la queja, lo cual consiste en llevar a cabo intervenciones en donde se busque modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja. De esta manera el terapeuta debe pedir descripciones de algunas acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarla habitualmente.

Tareas de fórmula

A continuación describiremos varias intervenciones de fórmula lo que el equipo de BFTC denomina como “tareas de fórmula”, las cuales han resultado de utilidad a lo largo de los años. Lo que llama la atención no son tanto las propias tareas, sino la idea de que los terapeutas no necesitan saber mucho sobre la dinámica de las dificultades para ayudar a resolverlas. Las características específicas del patrón problema parecen no estar relacionadas con el proceso de solución.



Estas tareas se les dejan a los pacientes, siempre y cuando tengan como fin el cambio de la manera en cómo ven la situación, por una alternativa más satisfactoria para el paciente. Éstas se pueden clasificar como:

Tarea de fórmula de la primera sesión:

“Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a nosotros nos gustaría que observaras, de modo que puedas describirnoslo la próxima vez, lo que ocurre en tu (familia, escuela, etc.) que quieres que continúe ocurriendo.”
(O’Hanlon, y Weiner op. cit. p. 149)

Esta tarea tiene varios aspectos interesantes; uno de ellos es que como los clientes no esperan que el terapeuta les pregunte sobre lo que va bien, cuando se les pregunta quedan sorprendidos por esta petición. Con esta tarea, van a casa con sus *gafas de buscar cosas positivas*, y para sorpresa suya, suelen descubrir bastantes cosas que quieren que continúen. Quizá algunas de estas cosas valiosas ya hayan estado pasando, pero simplemente o desafortunadamente pasaban desapercibidas antes de que la tarea dirigiera la atención de los clientes hacia estos puntos.

Asimismo, los clientes responden de tal modo que, aunque no se les pida que hagan algo nuevo o diferente, suelen hacer precisamente eso, “pasar una nueva página”, y modificar su comportamiento. En el caso de que la intervención vaya dirigida a una familia o pareja, otros miembros de la familia advierten los cambios (se podría decir que también llevan las gafas de buscar cosas positivas) y reaccionan cambiando a su vez; y lo interesante es que estos cambios son los necesarios para resolver su “problemática”; sin embargo, el terapeuta no le(s) dijo qué hacer, sino que se creería entonces, que la información sobre las excepciones, soluciones y recursos que emergen durante la terapia centrada en las soluciones ofrece a los clientes los datos necesarios para emplear la tarea de la primera sesión de la forma más provechosa.



Cuando los clientes vuelven a la segunda sesión se les pregunta: *¿qué está sucediendo que os gustaría que siguiera sucediendo?*, lo cual implica que, al utilizar este tipo de lenguaje (de solución) el terapeuta se vea seguro de que suceda cosas positivas y de que han sido advertidas; y esto a su vez genera que se amplifiquen y mantengan los cambios.

La tarea de promover la solución

Este tipo de tarea puede fortalecer a las personas que necesitan enfrentar y vencer algunos malos hábitos (De Shazer, 1985; en Selekman, op. cit.). Se puede aplicar con pacientes que presentan adicciones, tales como a drogas, inhalantes, etc., y también a personas que presentan problemas en la alimentación. Así que se le puede decir:

“durante la semana próxima, qué te parece si realizas las actividades que tienes pendientes para evitar la tentación de [lenguaje del paciente] estar ‘borracho’, ‘pirado’, de ‘atracarte’, de ‘empacharte’, etc.”.

De tal modo que la tarea resulta especialmente eficaz con los pacientes que tienen *opiniones confusas*, pues los ayuda a generar más excepciones y a aumentar aun más su capacidad de resolver problemas. A los pacientes adictos a las drogas se les puede pedir que realicen algunas listas, con todas las soluciones prácticas que se les ocurran, y que las escriban en tarjetas que llevarán permanentemente en sus bolsos o billeteras; lo cual ha resultado efectivo, incluso en períodos de crisis.

La tarea de la sorpresa para parejas o familias:

“Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tus padres, (etc). Nos les digas qué es. Padres, vuestra tarea consiste en adivinar qué es o que ella está haciendo. No comparéis vuestra nota; se hará en la siguiente sesión” (O’Hanlon y Weiner-Davis op. cit., p. 150).



Este tipo de tarea hace que las cosas se vuelvan más impredecibles, de modo que los clientes se fijen en nuevas o diferentes conductas de la otra(s) persona; y al mismo tiempo, aquellos que están intentando nuevas conductas no tendrán que preocuparse de que sus esfuerzos pasen desapercibidos, puesto que las otras personas van a estar alerta a los sucesos positivos.

Esta tarea tiene cierto carácter lúdico, pasando de una situación difícil o desagradable a una actividad lúdica y divertida. Cuando los clientes vuelven a la sesión se les puede preguntar *¿qué cosas has notado que ha hecho A durante esta semana?*. Y lo que es más importante, las sorpresas que se llevan a cabo suelen convertirse en soluciones.

Este tipo de tarea también se puede aplicar con algunas otras personas y no solamente con las parejas, por ejemplo, se le puede pedir a un adolescente que elija dos sorpresas para conmocionar positivamente a sus padres durante la semana y que mantendrá en secreto. A su vez, se les puede decir a los padres que traten de averiguar cuáles serán o son las sorpresas. De tal modo que esta tarea es divertida tanto para los padres como para el adolescente; asimismo resulta eficaz para ampliar excepciones y cambios. O se puede manejar de manera contraria; se le pide a los padres dar las sorpresas. En este sentido, para Selekman (op. cit.), este tipo de tareas resultan muy eficiente en pacientes que presentan opiniones confusas.

La tarea genérica:

“fíjate qué haces esta semana que te hace sentir con mayor control sobre las cosas”

Se puede sugerir que los clientes anoten sus observaciones, o simplemente que vuelvan preparados para contarnos sus descubrimientos. Esta tarea presupone que entre las sesiones se producirán conductas deseables, y suelen



producirse. También nos ayuda a que los clientes que se expresan en términos vagos vuelvan a la sesión posterior con mayor claridad en sus objetivo.

Tirar la moneda

Otro tipo de tarea que se puede utilizar, es la que se denomina como “tirar la moneda”, la cual se puede emplear con los padres cuando tienen que implementar determinadas reglas para sus hijos, o imponer disciplinas. En este tipo de tarea se les recomienda a los padres que, todas las mañanas arrojen la moneda para determinar quién se hará cargo de la disciplina ese día. De ese modo, cada uno de los padres tendrá la misma probabilidad de desempeñar el papel “de poder”, con lo cual se ha visto que disminuyen los conflictos entre los padres y se vuelven a equilibrar las relaciones entre éstos y el hijo.

Tarea de la disputa familiar estructurada

De Shazer (1985; en Selekman, op. cit.) elaboró esta tarea terapéutica para parejas que se quejaban de sus discusiones crónicas, y, de acuerdo con su experiencia, la estrategia resulta muy eficaz, sobre todo con las familias que pertenecen a las categorías de *igual o peor* y en las cuales el problema de las disputas crónicas constituye la preocupación principal de todos los miembros de la familia. La frecuencia de las disputas estructuradas se determinará según la frecuencia de las peleas familiares. Por ejemplo, si un adolescente se inmiscuye en violentos altercados con sus padres cuatro veces por semana, las sesiones de disputa se pueden estipular por un día. La familia puede usar un cronómetro y se comenzará la sesión de disputa arrojando una moneda al aire, para ver quién empieza primero. Luego un miembro de la familia puede pelear con el otro durante diez minutos. Lo que no se ha ventilado en ese lapso, se registra por escrito en un papel y se lo emplea en la próxima sesión de disputa programada. Cada miembro de la familia tiene su turno y no se permiten disputas fuera del horario estipulado.



Cabe señalar que este tipo de tarea es útil para las familias que afirman no poder controlar el “problema” (por ejemplo las peleas) ya que sirve para interrumpir esta pauta arraigada de interacción.

Lo anterior, como lo mencionamos, son algunas tareas que se pueden emplear durante la terapia, sin embargo no son las únicas actividades que se pueden llevar a cabo, puesto que también existen otras como:

Las cartas

Las cuales son una manera de hacer participar activamente a los miembros significativos del cliente y de producir modificaciones en los sistemas más amplios involucrados en el caso. Así como también nos ayudan a realizar algunos ritos significativos para la persona, como son despedidas, pedir perdón, etcétera.

Quizá hasta este momento el lector, pueda considerar sencillo lo que se realiza en este tipo de terapia, pero ¿qué sucede cuando las cosas llegan hasta un punto muerto o incluso empiecen a ir cuesta abajo?, ¿cómo hacer para que se sigan generando los cambios?. En los párrafos siguientes nos enfocaremos a lo que son las intervenciones que un terapeuta puede llevar a cabo en las sesiones posteriores a la primera.

Para poder seguir con los cambios en la segunda y las siguientes sesiones se comprueban los resultados de la tarea. ¿qué ha sucedido que te gustaría que continuara sucediendo? O ¿qué observaste que estaban haciendo y que te daba mayor confianza en ti mismo?. Al igual que todas las preguntas presuposicionales, la pregunta inicial expresa la certeza del terapeuta de que ha realizado la tarea y de que han sucedido cosas buenas. Una vez que los clientes dan una respuesta positiva, se puede realizar una pregunta enfocada a las excepciones para ampliar los cambios.

Se usan verbos en pasado cuando se investigan las diferencias entre las cosas positivas que sucedieron entre la primera y la segunda sesión y las ocasiones del pasado en las que solía darse el problema ¿cómo conseguiste que



sucediera?. Al trabajar con parejas o familias se pregunta a todos qué impacto tuvieron los cambios positivos en su vida. Así, la estructura de la segunda entrevista y de las siguientes depende de la magnitud del cambio entre sesiones que describen los clientes.

Pero no todos los clientes van a reportar cambios puesto que no todos son iguales. Hay diferentes tipos de pacientes a los que se va uno a enfrentar y ante los cuales se deben de tomar diferentes formas de emplear las entrevistas.

Aún a riesgo de simplificar, O'Hanlon y Weiner-Davis (op. cit) dividen a los clientes en tres grupos, según la cantidad de cambio experimentando entre la primera y la segunda sesión. Hay quienes al volver informan de una semana milagrosa, una cura en una sesión, puesto que reportan que todo va muy bien, mejor de lo que se hubiera imaginado, a este tipo de grupo se le conoce como "grupo milagro". Otro tipo de grupo es el "así- así", en donde reportan o comentan que han tenido una semana mejor que las anteriores, pero sigue habiendo muestras de que el problema aún no está completamente resuelta. El tercer y último grupo es el que se conoce como "igual o peor", el cual menciona que no hay ningún cambio o quizá se presentó un retroceso. A continuación trataremos de explicar este tipo de grupos.

El grupo milagro

Como lo habíamos mencionado en algunos párrafos anteriores, los terapeutas animan a los clientes a que hablen del cambio con todo el detalle y durante todo el tiempo que sea posible; lo cual es sencillo cuando se han producido milagros (logros, cambios) entre las sesiones. De tal manera que a los clientes les gusta y están deseosos de comentar sus logros. Y al final de la sesión, tanto el terapeuta como el cliente deben tener una imagen clara de cuáles son los cambios, cómo se han producido y lo que es más importante, qué debe ocurrir para que continúen produciéndose.



De este modo, cuando los clientes (grupo milagro) concurren a la segunda sesión y a las subsiguientes informando que se han producido cambios importantes en el área del objetivo o en otras áreas, el terapeuta puede dedicar la mayor parte de la sesión a amplificar las excepciones y consolidar los cambios (Selekman, op. cit.).

Se podría dirigir la siguiente pregunta a cada uno de los presentes (si es que hay más de un cliente):

¿Qué tienes para hacer que los cambios persistan?

¿Qué necesitas hacer para...?

Así también, se pueden hacer preguntas relacionadas a la manera en cómo logró dichos cambios, y se pueden hacer algunas preguntas como:

¿Cómo logró que eso sucediera

¿Cómo se le ocurrió una idea tan ingeniosa

¿Esto es realmente distinto?

Siempre es beneficioso que los miembros de la familia distingan entre las viejas y las nuevas pautas de interacción. A fin de reforzar las nuevas pautas excepcionales de conducta, se pueden utilizar algunas preguntas para consolidar el cambio, tales como:

¿Qué tendría que hacer para no sufrir un retroceso?

¿Qué tendría que hacer para evitar una recaída de consideración?

¿Qué tendría que seguir haciendo para que eso (la excepción) sucediera más a menudo?

Si mirara en mi imaginaria bola de cristal dentro de tres meses, ¿qué nuevos cambios observaría en la familia?

Otra manera de subrayar los cambios consiste en preguntarles a los miembros de la familia cómo se calificarían en la escala correspondiente al área del objetivo.

De tal modo que cuando los cambios se han presentado, es importante preparar al cliente a alguna situación difícil que se le puede llegar a presentar en un futuro. Pues como menciona O'Hanlon: "Muchos clientes comentan que



cuando surgen dificultades es una buena ayuda tener un plan preparado” (O’Hanlon y Weiner-Davis, op. cit. p. 161).

¿Hay alguna cosa que pudiera ocurrir en las próximas semanas y que pudiera ser un obstáculo?

Y cuando se presentan a la primera o a la segunda sesión estos clientes (grupo milagro), a veces no es tan necesario llevar a cabo más debido a la magnitud de los cambios experimentados o simplemente porque han resuelto el problema. En esos casos, el terapeuta toma un tiempo para volverlos a citar y ver los avances que han tenido, así también, se le amplían los intervalos de tiempo entre sesiones como un voto de confianza; de tal modo que los clientes se sientan capaces de progresar por sí mismos.

Sin embargo, hay familias que desean continuar la terapia a fin de revisar más exhaustivamente el área del objetivo, y en este sentido se puede seguir trabajando con las excepciones, y con los cambios que han conseguido en este tiempo.

El grupo así-así

En este grupo, tras la pregunta ¿Qué cosas positivas sucedieron esta semana?, algunos clientes empiezan a describir las dificultades con las que se enfrentaron durante ese periodo. Se les interrumpe educada pero firmemente y se sugiere:

“espera un momento....volveremos sobre esto en un minuto. Primero me gustaría que me contaras qué cosas positivas ocurrieron. “

Lo cual tiene su importancia por varias razones:

- Los clientes generalmente suelen recordar los momentos agradables de la semana anterior y, a menudo, estos ratos agradables superan en mucho a los desagradables, lo cual cambia la perspectiva



respecto a la importancia de los momentos “no tan buenos” que parecen menos relevantes al final de la sesión.

- Se quiere, por parte de los terapeutas, que los clientes sepan que el camino más directo hacia las soluciones es examinar lo que está dando resultado.

Y cuando se haya concluido el análisis de los recursos y las soluciones, se podrá preguntar: bien ¿qué te preocupaba? Ellos dan una descripción de lo que queda del problema y luego se pregunta de nuevo sobre las excepciones. Se puede pedir a los clientes que valoren, sobre una escala de 1 al 10, su situación antes de venir a terapia. Después se les pide que valoren la última semana en la misma escala. Finalmente, se les pregunta en qué lugar de la escala tendrán que situarse para sentirse satisfechos.

Selekman (op. cit.) menciona que cuando lo anterior no le da un resultado favorable y conduce a la negación de las excepciones, y hace algo diferente preguntándoles:

¿Por qué las cosas no están peor?

Con frecuencia contestan mencionando excepciones significativas, y a cada una de las cuales responde con expresiones de aliento y preguntas centradas en la excepción. A veces es necesario reexaminar y renegociar el objetivo del tratamiento establecido por los clientes, a fin de transformarlo en un objetivo más pequeño y más accesible.

Dentro de las sesiones con este tipo clientes se puede asignar una nueva tarea terapéutica que se adapte mejor a su pauta peculiar de respuesta cooperativa. La tarea de “hacer algo diferente” es particularmente útil con los clientes que se han estancado “haciendo más de lo mismo”.

Quizá este tipo de actitudes sea un poco más complicado de explicar que el anterior, por lo cual se presentará un ejemplo que logre exponerlo de manera más clara para el lector.



Los padres de Roger, un adolescente de 16 años, lo llevaron a terapia por violar continuamente las reglas, tener problemas con la policía y faltar a la escuela sin permiso. En la primera entrevista, los padres decidieron que había que terminar con “las inasistencias injustificadas”. Según informaron, Roger faltaba a la escuela con sus “amigos” y sólo concurría a dicho establecimiento una o dos veces por semana. Ningún miembro de la familia pudo dar cuenta de estas excepciones espontáneas. En el curso de la entrevista, descubrió el terapeuta que existía un grave conflicto entre los padres, y que a menudo se reprochaban mutuamente la manera de educar a Roger. Se utilizó entonces, las preguntas centradas en la excepción y le pedí a Roger que abandonara el cuarto, lo cual, al parecer, interrumpió la pauta negativa de interacción. Luego de elogiar a cada miembro de la familia por sus fuerzas y estrategias para enfrentar el problema, se les asignó la tarea de predicción como “un experimento útil” que debían realizar durante la semana. Todas las noches, los tres tenían que predecir por separado si Roger “estaría o no en la escuela” a la mañana y, al día siguiente y buscar las razones que explicaran lo sucedido.

La familia regresó a la segunda sesión informando que Roger había concurrido a la escuela “cuatro de cada cinco días”. Se festejó este hecho y se ampliaron las excepciones. No obstante, los padres comenzaron a criticarse por lo mal que habían manejado “una violenta disputa” a causa del hijo. Roger había querido ir a una fiesta con “sus amigos revoltosos” y la madre le dijo “¡no!”; al padre, por el contrario, le pareció “bien que fuera a la fiesta”. Se le pidió a Roger que aguardara en la sala de espera mientras el terapeuta se reunía a solas con sus padres. En primer término, elogió a los padres por conseguir que Roger “estuviera en la escuela”; en segundo término, les asignó una tarea de observación para la semana: cada uno debía observar lo que el otro hacía de bueno respecto de Roger y registrarlo por escrito a fin de analizar sus descubrimientos en la próxima sesión. Los padres reconocieron que “dedicaban muy poco tiempo” a reparar en las cosas buenas que el otro hacía por el hijo. Después de elogiar a todos los miembros de la familia, se les recomendó que continuaran con la tarea de predicción alegando que siempre resulta beneficioso “seguir haciendo lo que funciona.

Una semana más tarde la familia regresó informando que se habían producido muchísimos cambios. Roger “iba diariamente a la escuela”, cesaron las “violentas disputas” y los padres no se habían peleado ni criticado en toda la semana. Cuando se reunió el terapeuta a solas con los padres, cada uno registró por lo menos cuatro cosas que le gustaban del comportamiento parental del otro. Se les concedió cuatro semanas de vacaciones como voto de confianza y se les pidió que en ese intervalo “continuaran haciendo más de lo que funciona”. Decidieron terminar la terapia después del período de descanso, pues ya habían resuelto el problema (Selekman, op. cit., pp. 137-138).

El grupo igual o peor

Cuando los clientes informan que las cosas han seguido igual o que han empeorado se les denomina como grupo igual o peor, pero el terapeuta no acepta este informe sin más, sin una ulterior investigación, pero ocasionalmente, algunos pacientes insisten en que sigue habiendo un problema que les amenaza. En ellos los esfuerzos por redirigir la sesión parecen inútiles. De tal modo que una manera de abordarlo es considerar al terapeuta y a la terapia como parte del problema y no como parte de la solución. A veces, cuando los clientes informan que las cosas



no cambian o empeoran, lo más útil es devolver la pelota y pedirles que nos convenzan de que el cambio es realmente necesario o deseable.

Pero hay que tomar en cuenta que cuando no se está generando algún tipo de cambio o progreso en la terapia, se debe volver a las preguntas básicas:

- ⊖ ***¿ quién es nuestro cliente? ¿ quién se está quejando de algo? ¿Quién quiere que haya algún cambio? ¿Quién percibe algún problema?***
- ⊖ ***¿Cuál es el objetivo? ¿Cuándo sabremos que lo hemos alcanzado?***

A veces se tiene que cambiar la estrategia cuando averiguamos que quien está en nuestro consultorio no es el cliente y que además no está motivado para cambiar, o puede ser que estemos platicando con alguien que no percibe algún problema; así que tenemos que buscar o contactar a la persona que piensa que existe un problema y quiere trabajar en ello.

En general mantenemos y ampliamos los cambios en terapia al continuar atentos a las soluciones, se espera que salgan a la luz los recursos y las habilidades; si no aparecen rápidamente, los buscamos. Si siguen sin aparecer, persistimos hasta que vemos o creamos una apertura para el cambio. Si se diera el caso de que esto fallara, se cambia nuestra forma de pensar y nuestra línea de conducta. Pero si seguimos sin tener éxito, se pueden pedir ideas a colegas sobre cómo cambiar nuestra forma de pensar y nuestra estrategia terapéutica, y si a pesar de esto no se tienen resultados, el terapeuta o el cliente termina por desistir.

Con este tipo de clientes, Selekman (op. cit) menciona que si la familia no ha respondido bien a las tareas centradas en la solución o a la intervención sobre la pauta, se puede llevar a cabo la externalización del problema. Y en algunos casos, sin embargo, los pequeños cambios que estas estrategias han producido no llegan a ser “diferencias que establezcan una diferencia” para el cliente. Por lo tanto, este autor señala que puede resultar más útil intervenir menos y dejarles más espacio para que cuenten sus historias saturadas de problemas. Las preguntas conversacionales permiten que los clientes relaten sus historias sin que



el terapeuta y el equipo las corten, lo que da origen a nuevas narraciones y significados en torno de la historia familiar.

Un ejemplo de esto lo expone Selekman (op. cit. pp. 145-146)

Kelly, de 17 años, fue enviada a terapia por el tribunal de menores porque robaba en los negocios, violaba constantemente las reglas parentales, faltaba a la escuela sin permiso y consumía drogas. En la primera sesión, el equipo y yo recomendamos a los padres “la tarea de hacer algo diferente” (de Shazer, 1985). Una semana más tarde regresó la familia informando que no se había producido progreso alguno. Los padres se habían fijado como objetivo que su hija “volviera a casa a una hora prudente, por lo menos una vez a la semana”. Kelly no se adhirió al objetivo y no pudo identificar nada que realmente quisiera obtener de la terapia o de sus padres. Según éstos, Kelly no había llegado a horario ni siquiera una vez y estaban “furiosos con ella”. Rastreando la secuencia del problema, descubrí que las peleas familiares más violentas tenían lugar en la cocina, luego de las traspasadas de Kelly. Por lo general, Kelly ganaba todas las peleas porque estaba “más despierta” que sus padres, y terminaba maldiciéndolos y encerrándose con llave en su cuarto. El equipo y yo les recomendamos que se pelearan en la sala y durante las primeras horas de la noche, cuando los padres “estaban más despiertos”. Las peleas familiares eran, a nuestro entender, el mejor modo de transmitir el “interés” y la “relación emocional” que existía entre ellos. Se los instruyó para que pelearan por turno con cada miembro de la familia durante cinco minutos. Usarían el cronómetro de la cocina para controlar exactamente el tiempo. Cualquier tema que se hubiera pasado por alto debía ser registrado por escrito y abordado en la próxima sesión de pelea.

Cuando la familia regresó a la tercera sesión, informó que las peleas habían disminuido y que la conducta de Kelly era un poco más aceptable, de modo que amplifiqué esos cambios. Sin embargo, Kelly se revolvió en su asiento y se veía deprimida. Al parecer, había cierta tensión entre Kelly y su padre. El equipo reparó en esta conducta no verbal y la incluyó en sus reflexiones cuando la familia y yo nos colocamos detrás del vidrio espejado durante el descanso. Algunos comentarios del equipo fueron del siguiente tenor: “Me pregunto si en este rompecabezas familiar no faltará una pieza de la que aún no se ha hablado...”; “Sí, a pesar de los progresos de la semana pasada, hay algo que está poniendo sordina a los buenos sentimientos...”; “Me pregunto si Kelly no está tratando de decirnos algo que podría ser la pieza faltante del rompecabezas, pero no estoy seguro de que esa pieza ‘encaje’ en la familia...”

Después de cambiar de cuartos, la familia comentó las reflexiones del equipo. Y de pronto Kelly se animó a confesarnos que hacía tres años, cuando su hermano mayor regresó de la universidad para pasar el verano en casa, abusó sexualmente de ella. Los padres se sintieron totalmente conmocionados, sobre todo el padre, que era muy apegado a su hijo. Según Kelly, Alan (el hermano de 24 años) había vuelto borracho de una fiesta cuando los padres no estaban y la había obligado a tener relaciones sexuales con él, amenazándola con “matarla” si “soltaba la lengua”. La madre abrazó a Kelly y le dijo: “¡Esto no volverá a suceder!” y “Alan tendrá que dar cuenta de ello”. El padre pensó en encarar a Alan por el incidente y “mandarlo a terapia”. Los padres negaron estar al tanto del abuso sexual sufrido por Kelly. Le aclaré a la familia que en mi condición de informante bajo mandato, estaba obligado a llamar al departamento de servicios de protección al menor y notificar el incidente. El padre se ofreció a telefonar desde mi consultorio. Les dije que colaboraría con el trabajador de la protección al menor, que abogaría por ellos y les brindaría terapia durante el período de crisis.

Kelly y sus padres decidieron presentar cargos contra Alan, que fue enviado por la corte a un grupo de delincuentes sexuales. En las siguientes sesiones, se le dio apoyo a Kelly y a sus padres, se colaboró con el trabajador de la protección al menor y con el funcionario a cargo de la libertad



condicional. Vi a Kelly y a su familia seis veces más. Luego derivé a Kelly a un grupo especial para jóvenes víctimas de abuso sexual. La conducta de Kelly mejoró notablemente después de la osada revelación que les hizo a sus padres.

Este tipo de ejemplo muestra un poco la flexibilidad terapéutica, pues a pesar de que se trabajó con el enfoque de terapia breve centrado en las soluciones, no se produjo ningún cambio relevante. De hecho, las cosas empeoraron. Se intentó interrumpir la pauta de interacción en torno a las traspasadas de Kelly, lo que dio por resultado algunos cambios que no fueron “dignos de ser noticia” para ella, pues tenía una historia más importante que contar. Así que la posición terapéutica originaria, de carácter intencional e intervencionista, impidió a Kelly relatar la historia. Era obvio que necesitábamos hacer algo diferente. El equipo reflexivo percibió conductas no verbales que indicaban la existencia de algún secreto de familia todavía oculto. Como grupo, eran libres de hablar metafóricamente del secreto, lo que facilitó el camino para que Kelly revelara “lo no dicho aún”. La valiente revelación de Kelly permitió a los padres dar un nuevo significado a la conducta de la hija y dio por resultado notables cambios familiares.

Otro ejemplo que ilustra también este tipo de grupos:

Rorie fue derivado a terapia familiar por el consejero escolar a causa de su adicción a las drogas y su inasistencia a la escuela. Rorie se negó a concurrir a la primera sesión de familia. Dedicué la mayor parte de la sesión a averiguar cuáles eran las excepciones parentales y las soluciones intentadas con éxito en el pasado. Los padres no identificaron ninguna excepción ni estrategia útil que hubieran usado para lograr que Rorie concurriera a la escuela o no abusara de la marihuana. Incluso formulándoles la pregunta por el milagro, y cooperando con su posición pesimista, no pude obtener material de excepción. Puesto que los padres se pasaron toda la sesión quejándose de la conducta de Rorie, les asigné una tarea de observación. A los padres les gustó la idea de ocupar la semana observando a Rorie, en lugar de “perder” el tiempo “gritándole”.

Una semana más tarde los padres informaron no haber registrado excepciones en el comportamiento de Rorie. Llegado a este punto, decidí cambiar de táctica y rastrear la secuencia que mantenía el problema en torno del abuso de marihuana, un problema que los padres querían cambiar en primer término. Le pedí entonces a la madre que me diera una descripción semejante a una videocinta de todo lo que sucedía antes, durante y después de que Rorie fumara marihuana en la casa. La descripción de la madre fue la siguiente:

Rorie vuelve a casa alrededor de las cuatro de la mañana “muy pirado”. “Pone la música a todo volumen” y “fuma marihuana en el cuarto”, a veces solo, a veces con sus amigos. Ella lo enfrenta. Rorie “le grita, se enfurece y sale precipitadamente de la casa”. El padre regresa al hogar y junto con la madre le “quitan el teléfono y el equipo de música” por un tiempo. Rorie vuelve a casa a las nueve o diez de la noche y “se encierra con llave en su cuarto”. Los padres le comunican que estará en penitencia el próximo fin de semana.



Los padres se hallaban al cabo de sus fuerzas; incapaces de obtener algún resultado con respecto a Rorie, me preguntaron si se me ocurría alguna idea”. Como estaban dispuestos a todo y contaban con dinero suficiente, les sugerí que contrataran a dos actores locales disfrazados de agentes del FBI, que se presentarían en la casa a las cuatro de la mañana. Los actores simularían estar investigando a una banda de narcotraficantes en el vecindario y preguntarían por Rorie, a fin de someterlo a un interrogatorio. Luego se lo llevarían a dar un paseo en automóvil y le dirían que era un sospechoso potencial. A los padres les encantó la idea y dedicaron la semana siguiente a visitar las agencias locales de contratación de actores.

Dos semanas más tarde, después de haber contratado y entrenado a dos actores, decidieron poner a prueba la estrategia un miércoles a las cuatro de la madrugada. Según los padres, la experiencia influyó profundamente en la conducta de Rorie. No sólo se “aterrorizó hasta perder la cabeza” sino que se produjeron los siguientes cambios: “Iba a la escuela”; “No mostraba signos de consumir marihuana”; “No ponía la música a todo volumen” y se atenía a las “reglas” parentales. También concurrió a las tres últimas sesiones de terapia. Tanto los padres como yo simulamos creer que la investigación del FBI constituía una gravísimo problema para Rorie. Este se hallaba dispuesto a hacer cualquier cosa que lo borrara de la lista de sospechosos del FBI; por ejemplo, “abstenerse de la marihuana y “concurrir a clase”. También colaboré con el personal de la escuela para ayudar a Rorie a comenzar una nueva etapa. Rorie dejó de drogarse y de faltar a clase después de descubrir “las graves consecuencias de sus actos y de aprender que podía ganarse “interesantes privilegios” si no “se metía en problemas” (Selekman, op. cit. pp. 140-141).

Por último, cabe señalar que hay algunos clientes, que regresan a la segunda sesión y a las subsiguientes con una actitud muy pesimista y sintiéndose víctimas del problema, pero Selekman menciona que se trata, en general, de personas que han sufrido múltiples fracasos terapéuticos y que han estado oprimidas por su conflicto durante mucho tiempo, pero eso no significa que, no se puedan generar cambios y que nos tengamos que enfocar en el “problema”.

6.3. El desarrollo de la terapia centrada en las soluciones

En los últimos años este enfoque terapéutico se ha propagado de forma espectacular no sólo en Estados Unidos, sino también en el Extremo Oriente y sobre todo en Europa (Beyebach, op. cit). Además, se están abriendo numerosos campos de aplicación de la terapia centrada en soluciones tanto dentro como fuera del ámbito de la psicoterapia. Así, se han publicado trabajos sobre el abordaje desde la terapia centrada en soluciones de problemas como el alcoholismo, drogadicción, delincuencia (Selekman, op. cit; Ulivi, s/a), violencia familiar, esquizofrenia y abuso sexual (Durrant y White, 1993), trastornos alimenticios (Beyebach, s/a), terapia a niños y sus familias (Beyebach, s/a), y se



han desarrollado interesantes experiencias de aplicación en contextos no-clínicos como la orientación escolar, la consultaría organizacional o el trabajo social. Algunos de ellos trabajan como terapia breve y otros no, dependiendo de las características de su campo de acción, pero todos coinciden en que centrarse en las soluciones resulta mucho más rápido y eficaz que hacerlo en la queja.

Coincidiendo con Beyebach, (op. cit.), a nuestro parecer, las líneas por las que está evolucionando la terapia centrada en soluciones son las siguientes:

- ⦿ La propagación del enfoque. Esta propagación se da también entre profesionales que, sin compartir muchas de las premisas teóricas del modelo, se ven sin embargo obligados a recurrir a técnicas de terapia breve a fin de ajustar la duración de sus terapias a las exigencias cada vez más imperiosas del mercado. Este fenómeno se observa sobre todo en Estados Unidos, donde la presión de las organizaciones proveedoras de asistencia en salud mental está obligando a un número creciente de terapeutas a inclinarse hacia las terapias breves –y en especial a la terapia centrada en soluciones - Este fenómeno desafortunado da lugar, lógicamente, a considerables complicaciones y en muchos casos pervierte la naturaleza de la terapia centrada en soluciones.

- ⦿ El trabajo en formatos nuevos, y en especial en formato grupal (Eakes, Walsh, Markowski, Cain y Swanson, 1997; en Beyebach, op. cit; Selekman, op. cit.), donde técnicas como las preguntas de escala parecen resultar especialmente útiles para crear "grupos centrados en las soluciones".

- ⦿ La aplicación de la terapia centrada en soluciones a contextos no clínicos. Las premisas que sustentan el trabajo de esta propuesta terapéutica, permiten que se utilice tanto para remodelar el funcionamiento de un hospital psiquiátrico como para hacer consultoría en una empresa, intervenir como trabajador social o hacer orientación escolar. En todos estos contextos, el énfasis de la terapia centrada en soluciones sobre los aspectos no patológicos, y sobre los recursos y la colaboración, la hace una herramienta útil. Además, el carácter formal del modelo,



que no prejuzga qué contenidos trabajar, permite por tanto, aplicarlo a temas y situaciones muy diversas, aumentando así su aplicabilidad.

o La organización de los profesionales que emplean este modelo de terapia. Por ejemplo, en 1996 se creó la European Brief Therapy Association, con sede en París, que agrupa a más de un centenar de terapeutas y celebra reuniones científicas cada seis meses. En 1997 se creó también una lista de discusión en INTERNET (SFTL@MAELSTROM.STJOHNS.EDU), que proporciona un excelente foro de discusión y debate. Asimismo en España se están desarrollando diferentes investigaciones utilizando la terapia centrada en soluciones como marco del trabajo psicoterapéutico, es así que podemos hablar del grupo de profesionales de la Universidad Pontificia de Salamanca, quienes están potenciando la investigación, la cual se está convirtiendo en una preocupación prioritaria para los profesionales del área.

6.4. La investigación sobre terapia centrada en las soluciones.

Aunque son aún pocos los estudios que han examinado la terapia centrada en soluciones desde un punto de vista empírico, es igualmente cierto que cada día aumenta el número de investigaciones de las que disponemos acerca del resultado y el proceso de esta particular modalidad terapéutica (Beyebach, op. cit; Beyebach (s/a a); Beyebach (s/a b); Beyebach y Rodríguez (s/a); Beyebach, Rodríguez, Arribas, Herrero, Hernández y Rodríguez (1997); Espina y Pérez (2000); Emperador (s/a); Selekman(1996)) Consideramos que a medida que este enfoque terapéutico se vaya popularizando, aumentará también el esfuerzo investigador que se le dedique.

A continuación presentaremos algunas investigaciones que encontramos acerca de esta propuesta terapéutica, de tal manera que podamos apreciar de mejor forma los beneficios que proporciona ésta, al asumirla dentro del quehacer profesional del psicólogo.



Espina y Pérez (2000) realizaron una evaluación de la terapia breve –como la llaman ellos- centrada en soluciones, dentro de los servicios públicos. Todos los casos que fueron tratados con terapia centrada en soluciones fueron revisados al cabo de más de un año de finalizar la misma. Para realizar la evaluación y evitar las expectativas optimistas del terapeuta, la revisión fue efectuada por un médico residente en psiquiatría que conocía la terapia centrada en soluciones, pero no había intervenido en las psicoterapias evaluadas.

La evaluación que se realizó fue vía telefónica y el diseño se basa en los objetivos establecidos durante la primera sesión. La valoración se realizó en una escala de uno a diez por el propio paciente. Primero sobre el estado que tenían antes de la terapia, segundo al finalizar la terapia, y tercero en el momento actual de la evaluación, así como una previsión de futuro. Esta forma de evaluación fue elegida dado que esta propuesta terapéutica se basa en las soluciones de los pacientes, y parece lógico entonces, que sean ellos los que puntúen el logro de las mismas.

Se evaluaron 41 psicoterapias, planteándoles a los clientes la valoración de su problema dentro de una escala de 0 a 10, donde 0 equivaldría a encontrarse muy mal y 10 estar perfectamente.

La valoración se hizo sobre dos momentos concretos:

- ♣ Actualmente, transcurrido mas de un año desde que había finalizado la terapia.
- ♣ Una valoración futura respecto al problema por el que se solicitó ayuda.
- ♣ Se obtuvo, además, la puntuación al comenzar y al finalizar el tratamiento. Estos datos fueron recogidos directamente de la historia clínica, así como el número de sesiones de terapia, el problema por el que se acudió y los objetivos que el propio cliente se planteó.



La queja más frecuentemente tratada correspondió a relaciones de pareja, que junto con los de familia constituyeron prácticamente la mitad de las psicoterapias evaluadas.

Respecto al número de sesiones, la media fue de 3, oscilando entre 1 en los casos más breves y 6 en los más prolongados.

La puntuación, evaluada por los propios pacientes entre 0 y 10, obtuvo los siguientes resultados:

- ♣ Al comienzo del tratamiento la puntuación media fue de 3, dándose en muy pocos casos una valoración totalmente pesimista de 0.
- ♣ Al final del tratamiento se obtuvo una puntuación media de 7, existiendo una clara diferencia entre el comienzo y la finalización de la terapia, independientemente del número de sesiones.
- ♣ La valoración media, transcurrido más de un año desde que finalizó la terapia se situó en 8. Se observó que no sólo se mantuvo la mejoría, sino que incluso aumentó la percepción de dicha mejoría.
- ♣ Respecto a la valoración futura, en la mayoría de los casos se mantuvo la misma expectativa que en el momento de la evaluación, salvo en un caso que se considera fracaso al año de finalizada la terapia, con una puntuación promedio de 8.

Los resultados obtenidos en esta investigación son muy similares a otros obtenidos por Espina y Caceres, (1999; en Espina y Pérez, op. cit) en donde se comparan con otras investigaciones (Beyebach y cols, op. cit; en Espina y Pérez, op. cit).

Otro estudio que encontramos, fue el realizado por Emperador (s/a) en el sitio web psicoconsulta.com, y aunque para algunos pueda resultar sin carácter científico, no podemos negar la existencia de estas otras “formas de hacer terapia” que de alguna manera cumplen con una demanda social. Además,



independientemente de la “rigurosidad científica” que muchos exigen, los instrumentos de medida aplicados finalmente proporcionan orientación e información sobre los cambios que son percibidos por los clientes al recibir ayuda terapéutica a través del chat.

Los instrumentos de medida que se utilizaron en esta evaluación fueron:

a) Escala de Avances (Anexo I).

Con este instrumento se tiene en cuenta la puntuación de los clientes a lo largo de todas las sesiones, y también en el seguimiento por e-mail.

b) Cuestionario de feedback (Anexo II)

El cual suele enviársele al cliente al día siguiente de la última sesión. Con él se recoge información acerca de lo que le ha parecido la terapia, el terapeuta, el modo de trabajar, etc.

c) Cuestionario de seguimiento (Anexo III) el cual se envió a los clientes a los seis meses y al año de haber concluido con el proceso terapéutico.

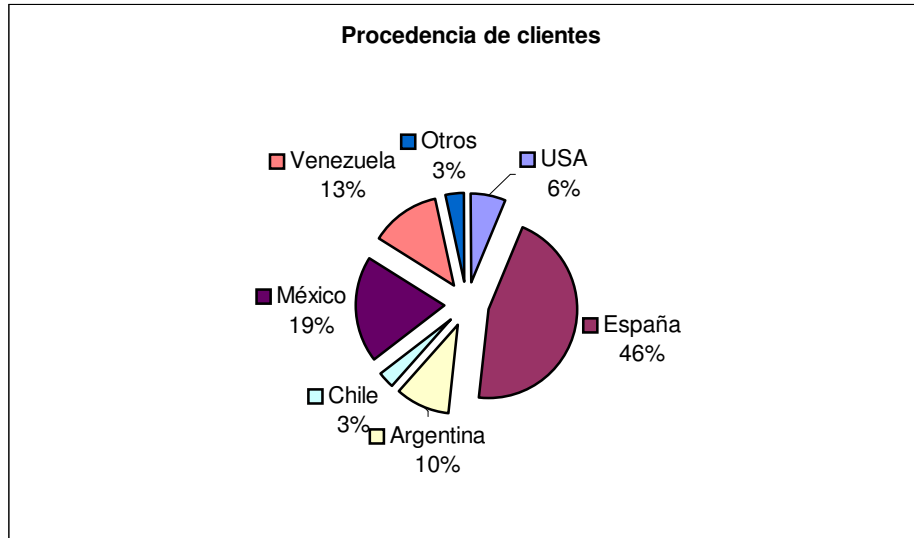
Para esta evaluación, no se realizó ningún tipo de selección, ya que fue el medio en sí, el encargado de seleccionar a las personas que eran usuarios de internet y querían recibir ayuda a través de él. Las sesiones on-line se realizaron a través de chat escrito en tiempo real, y fueron llevadas a cabo por un profesional especializado en terapia familiar sistémica centrada en soluciones. La muestra de esta estudio constó de 31 casos, sobre los cuales se describen las siguientes variables:

País de procedencia(%)

El porcentaje mayor de clientes que se atendieron fueron españoles, un 46% frente a un 19% de mexicanos, seguidos de venezolanos.



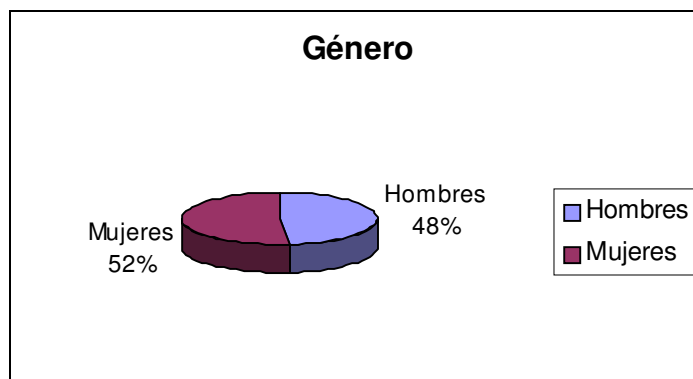
Gráfica 1.



Género:

El porcentaje de mujeres que acudieron a consulta fue de un 52% frente a un 48% de hombres.

Gráfica 2



Edad %

La edad promedio de los clientes fue de 32,83 años.

Motivos de consulta (queja):



A continuación se presenta una tabla detallada de todos los motivos de consulta que les hicieron pedir ayuda a los clientes.

Cuadro 1

Problema de pareja	19.35%
Problema de depresión	19.35%
Problema de ansiedad	16.13
Problemas obsesivos	6.45
Abusos sexuales	6.45%
Duelo	3.22%
Relación con los hijos	3.22%
Adaptación a los cambios evolutivos	3.22%
Estrés	13.22%
Relaciones sociales/ autoestima	3.22%
Toma de decisiones, confusión	12.90%

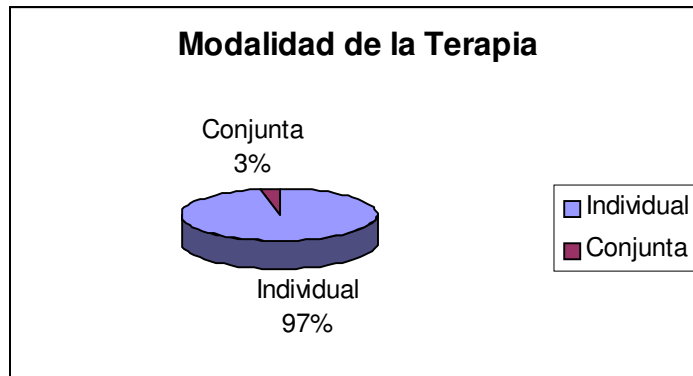
Modalidad de la terapia

Individual: fue aquella en la que acudió a consulta una sola persona, pese a que la demanda fuera relacional.(Por ejemplo, problemas de pareja, problemas con la relación con hijos).

Conjunta: fue aquella en la que accedieron dos personas a la sesión.



Gráfica 3.



Cambios pre-tratamiento.

En este estudio se consideró la existencia de cambios pre-tratamiento, cuando los pacientes habían notado cambios positivos durante el tiempo que les llevó acudir a terapia, es decir, desde que llenan el cuestionario de petición de consulta hasta que tienen la primera entrevista. No se consideró que hubieran existido los cambios pre-tratamiento si los clientes dijeron no haber notado ningún cambio al respecto.

El porcentaje de clientes en los que sí hubo cambios fue de 32.27%, en el que no los hubo fue de 25.80 % y en el 41.93% restante, no se preguntó sobre los cambios y tampoco los clientes hablaron sobre posibles cambios.

Modo de terminación de la terapia.

Dentro de este estudio se realizó una clasificación acerca de las diversas formas de terminación del proceso terapéutico.

Por mutuo acuerdo, se consideró a aquellos casos en los que la finalización de la terapia es acordada por ambas partes, terapeuta y cliente. Por abandono se distinguió al abandono temprano, si se producía tras la primera sesión, y al



abandono exitoso, a aquel en el que ocurrió un avance en la escala de De Shazer, desde la primera sesión y la última (o la primera y el seguimiento)

Después de tener en cuenta esta clasificación, los resultados fueron:

13 casos (41,93 %) fueron los que emplearon una única entrevista (abandono temprano), de los cuales 10 (76,92 %) consideraron esa única entrevista como útil o muy útil. A 2 personas (15,38 %) no les fue útil de momento, y sobre el otro caso (7.69%) no se obtuvo feedback. 18 casos (58,06%) fueron los que continuaron con más de una sesión. De estos, el 50% fueron considerados abandono exitoso y el 11,22% abandonos no exitosos. El 38,89% fueron terminación por acuerdo entre el paciente y el cliente.

Respecto al número de sesiones empleadas, el mínimo de sesiones que se emplearon fueron 2 y un máximo de 6 .

Cuadro 2

<i>Modo de finalización</i>	<i>Media de sesiones empleadas</i>
Abandonos exitosos:	2.8
Abandono no exitoso:	3,5
Mutuo acuerdo(éxito):	4.3

El cuadro 3 tiene en cuenta la modalidad de terminación de la terapia, la puntuación en la escala de avances en la primera y la última sesión, y la media de sesiones empleadas de los casos atendidos.



Cuadro 3

<i>Terminación de la terapia</i>	<i>1ª sesión</i>	<i>Última</i>	<i>Media de sesiones</i>	<i>N</i>
Abandono exitoso	2.22	4.89	2.8	9
Abandono no exitoso	1	1.5	3.5	2
Mutuo acuerdo(éxito)	4	8.43	4.3	7

Seguimiento.

Se aplicó el seguimiento en aquellos casos en los que habían pasado 6 meses desde la última sesión. La puntuación media en la escala de seguimiento de los que respondieron fue de 7.5 puntuación, que refleja el grado de mantenimiento de las mejoras por el tratamiento. De todos ellos, sólo un caso recayó, con una puntuación de 4 en el seguimiento. La media sin incluir este caso fue de 8.2.

Asimismo, queremos comentar otro estudio realizado por Beyebach (s/a b). La muestra para esta investigación fue recogida en el centro clínico de la Universidad Pontificia de Salamanca. La población sobre la que se realizó el estudio constó de 125 casos atendidos entre octubre de 1992 y marzo de 1996, primero (1992-1993) en el Departamento de Terapia Familiar del Master en Psicología Clínica Infantil, y después (1993-1996) en el Master de Formación de Terapeutas Sistémicos. De los 83 casos incluidos en la muestra final, 36 son casos con quejas referidas a niños, incluyendo quejas sobre el rendimiento escolar, ansiedad, depresión, problemas de conducta y problemas de relación padres/hijos.



Uno de los instrumentos que se utilizaron para esta evaluación, fue –al igual que en el estudio que presentamos anteriormente- el cuestionario de valoración de la primera entrevista. Este cuestionario proporciona información sobre:

- ♣ La descripción que los clientes hacen del problema (queja).
- ♣ Si los clientes informan haber recibido un diagnóstico de otro profesional.
- ♣ Si los clientes informan estar tomando medicación relacionada con su problema.
- ♣ La lista de objetivos que se acuerdan, generalmente a partir de la "Pregunta Milagro" o similares.
- ♣ Si se trabaja o no en sesión el cambio pre-tratamiento.
- ♣ El tipo de relación que los clientes establecen con el terapeuta (de visitante, de queja, de comprador).
- ♣ La puntuación en la escala de avance que dan los clientes.
- ♣ Una valoración del proceso inter- o intrapersonal que a juicio de los jueces mantiene el problema.

Otro de los instrumentos fue el cuestionario de valoración de la última entrevista. El cual también fue completado por jueces que revisaron las grabaciones en vídeo de la última sesión. El cuestionario contiene los siguientes items:

- ♣ Si los clientes hablan o no en tiempo pasado del problema(s) que motivó la consulta.
- ♣ Si los clientes informan haber alcanzado todos o parte de los objetivos que se plantearon en primera sesión.
- ♣ Si, a juicio de los jueces, la queja está resuelta del todo o en parte.
- ♣ Si, a juicio de los jueces, han surgido problemas nuevos.
- ♣ Si, a juicio de los jueces, se ha modificado el proceso inter- o intrapersonal que en primera sesión consideraron que mantenía el problema.



Un instrumento más, fue el cuestionario de seguimiento, que consta de un total de doce preguntas que se hacen por teléfono, y fue desarrollado para esta investigación basándose en los cuestionarios utilizados en estudios previos sobre terapia familiar breve.

El proceso que se siguió fue que dos terapeutas familiares y una licenciada en psicología realizaron las llamadas de seguimiento en los meses de mayo y junio de 1996 (primera fase) y entre mayo y septiembre de 1997 (segunda fase). Se incluyeron en el seguimiento todos los casos de terapias que hubieran finalizado al menos seis meses antes, aunque el promedio de tiempo entre la última sesión y el seguimiento se acercó a los dos años. En los casos incluidos en esta sub-muestra, el interlocutor elegido fue siempre uno de los padres, que además generalmente era el que había hecho la consulta telefónica inicial.

Dos jueces, ciegos a los resultados del seguimiento, revisaron las grabaciones en vídeo de las primeras y últimas entrevistas a fin de poder cumplimentar los cuestionarios de primera y de última entrevista, así como para determinar el modo de terminación (abandono/mutuo acuerdo). Además, utilizaron las notas de los casos a fin de establecer si el formato de trabajo había sido individual o conjunto.

Adicionalmente de las variables obtenidas directamente de los cuestionarios, se establecieron dos medidas globales de éxito terapéutico:

Se definieron como "éxito a término" aquellos casos en los que, en la última entrevista, se dieron al menos dos de los tres criterios siguientes (con base en el cuestionario de última entrevista valorado por los jueces):

- 1.- Los clientes hablaron de la queja en tiempo verbal pasado.
- 2.- Los clientes informaron haber alcanzado todos o parte de los objetivos que se plantearon en primera sesión.



3.- Los jueces consideraron que la queja estaba resuelta del todo o en parte.

Se consideraron como "no éxito" aquellos casos en los que no se cumplieron al menos dos de estos criterios.

El "éxito en el seguimiento" se refería a aquellos casos que, en el seguimiento, cumplieron las tres condiciones siguientes:

- 1.- Se sitúan en "5" o más en la pregunta de escala.
- 2.- Han subido en la pregunta de escala respecto a la primera sesión.
- 3.- Informan que, una vez terminada la terapia, no han consultado con otro profesional por el problema que motivó la consulta.

Ahora bien, respecto a los resultados obtenidos, se encontró que para la muestra de quejas infantiles, el 75% de los casos requirió 5 o menos sesiones de terapia. En el 80% de los casos, el formato de las sesiones fue predominantemente conjunto, y en todos ellos había al menos un miembro de la familia que establecía una relación de "comprador" con el terapeuta. Sólo en el 6% de los casos el niño "motivo" de consulta estaba medicado psicofarmacológicamente, y en el 8% tenía un diagnóstico clínico (psicológico o psiquiátrico) realizado por otro profesional.

En la primera sesión, el promedio de las respuestas a la pregunta de escala fue de 4.1, pasando en última sesión a 7.4 y en el seguimiento a 7. Estas diferencias son estadísticamente significativas. En la última sesión, el 6% de los casos se situaba por debajo de 5 en la escala, mientras el 70% de los casos se valoraba en 7 o más. En el seguimiento, estos porcentajes pasaron al 16% y al 60%, respectivamente. La revisión de los jueces independientes permitió



establecer que, en la última sesión, en el 90% de los casos se habían alcanzado todos o parte de los objetivos planteados en la primera sesión, que la queja aparecía resuelta total o parcialmente en el 64% de los casos a juicio de los jueces, y que en el 47% de los casos los niños o sus padres incluso hablaban de ella en pasado. Combinando estos criterios para establecer el éxito a término, el 65% del total de los casos fueron categorizados como exitosos. Excluyendo los casos de abandono, el porcentaje de éxito sube hasta el 74%.

En el seguimiento telefónico se averiguó que el 84% de los entrevistados consideraban que el problema se había resuelto total o parcialmente durante la terapia, que a juicio del 85% la terapia había sido de utilidad, y que sólo un 11% habían acudido a otro profesional tras la terapia para consultar por el mismo problema. Tomando estos datos en su conjunto, el 74% de los casos fueron categorizado como exitosos.

Es así que se encontró que mayoría de las familias mostraron avances considerables en la problemática que les había llevado inicialmente a consulta. Así, el grupo en conjunto pasó de situarse en un 4.1 en la pregunta de escala ("En una escala de 1 a 10, donde 1 sería el momento en que peor han estado los problemas por los que consulta, y 10 que están del todo resueltos, ¿cómo están ahora las cosas?") a situarse en un 7.4 en la última sesión, con más del 70% de las familias valorándose en un 7 o más, y sólo un 6% considerándose "suspendidos". Además, la revisión de las últimas entrevistas permitió comprobar que 9 de cada 10 familias avanzaron en la consecución de sus objetivos, y que una parte considerable, o bien hablaban ya de la queja como algo pasado, o habían avanzado en su resolución.

El seguimiento telefónico, realizado hasta tres años después, permitió afirmar que en general los cambios conseguidos durante la terapia parecen firmes, por cuanto se mantienen e incluso mejoran la mayoría de los indicadores. Así, el hecho de que sólo una de cada diez familias necesitase consultar con otro



profesional tras la terapia ya recibida, y de que más del 80% de los encuestados considerase útil la terapia y que el problema se había resuelto del todo o en parte durante la terapia, permite considerar como exitosos a seguimiento tres cuartas partes de los casos atendidos. Por tanto, no se producen apenas fenómenos de recaída o de "sustitución de quejas".

Asimismo, es de suma relevancia el subrayar que estos cambios se produjeron durante un tiempo de terapia relativamente corto, y con un número de sesiones muy reducido, que en la mayoría de los casos no excedió de cinco entrevistas. Estamos convencidas que este dato proporciona apoyo empírico a nuestra idea de que la terapia centrada en soluciones es una alternativa viable para el abordaje terapéutico, y quisiéramos pensar que todo ello no es más que el reflejo de algo que hemos venido afirmando a lo largo de este trabajo: que todas las personas tienen recursos y posibilidades.

Por último, a manera de resumen y sin pretender exponer a detalle la literatura existente, nos limitaremos en esta última parte a presentar las conclusiones que Beyebach (op. cit) nos ofrece a partir de un examen detallado del conjunto de investigaciones que en este momento existen acerca de la terapia centrada en las soluciones.

a) La terapia centrada en soluciones parece *eficaz* en un considerable porcentaje de los casos en los que se emplea: tanto en estudios americanos, como españoles y europeos en general, en torno a tres cuartas partes de los clientes tratados con esta modalidad de terapia informan en el seguimiento que el problema por el que consultaron se ha resuelto del todo, o que han mejorado de forma significativa.

b) La *tasa de recaídas tras la terapia es muy pequeña*, y no supera el 10% de los casos tratados con éxito. Además, rara vez aparecen problemas nuevos tras la terapia, por lo que puede descartarse que se produzca una



"sustitución de quejas". Es más, el efecto es más bien el contrario: en un considerable porcentaje de los casos se informa en el seguimiento que tras la terminación de la terapia se han producido cambios nuevos y otras mejorías. Por tanto, cada vez hay más apoyo empírico a la idea de que los cambios producidos durante la terapia centrada en soluciones se mantienen e incluso tienden a ampliarse, en lo que desde el punto de vista teórico se había descrito como "efecto bola de nieve". En otras palabras, la investigación parece apoyar la idea de que la terapia centrada en soluciones es capaz de producir cambios estables y duraderos, que además tenderían a generalizarse a otras áreas en la vida de los clientes.

c) Los datos sobre la duración real de la terapia centrada en soluciones llevan a la idea de que es un *tratamiento breve*, con una media de sesiones que oscila entre las 3 y las 5 sesiones. Y al menos el 70% de las terapias dura 5 o menos sesiones. Estos datos apoyan la *eficiencia* de esta modalidad de terapia centrada en soluciones, pues no sólo se trata de un tratamiento eficaz en muchos casos, sino que consigue estos resultados con un bajo costo temporal, económico y emocional. (no obstante que no se tenga necesariamente la intención de trabajar pocas sesiones).

d) En algunos estudios realizados, aparece una asociación entre un mayor *número de sesiones* y un mejor resultado terapéutico, de suerte que las terapias exitosas tienden a ser algo más largas que las no exitosas (Beyebach y cols., op. cit). Obviamente, la dirección de la causalidad puede ir en los dos sentidos. Así, se podría explicar esta asociación pensando simplemente que los casos no exitosos tienden a seguir menos tiempo en terapia porque consideran que ésta no les ayuda, mientras que los casos que sí son exitosos tenderían a seguir yendo a las sesiones porque les encuentran utilidad. La explicación alternativa sería que es precisamente el tener alguna sesión más -dentro de la



brevedad del tratamiento- lo que hace que los resultados terapéuticos sean mejores.

e) Los estudios realizados no encuentran diferencias en el éxito de la terapia con base en aspectos como el tipo de queja que presentan las personas, su cronicidad, clase social, el género de los clientes o de los terapeutas. Además, la terapia centrada en soluciones parece aplicable a un amplio espectro de aspectos psicológicos, habiéndose utilizado en una gran variedad de situaciones clínicas y de contextos de intervención. No existirían, por tanto, contraindicaciones específicas para este tipo de terapia. La ventaja que ello supone es la gran *aplicabilidad* del modelo, y su potencialidad en situaciones muy diversas.

f) Algunos de los estudios sugieren que los clientes que *abandonan* la terapia de modo unilateral tienden a obtener un menor éxito terapéutico que los que terminan de acuerdo con su terapeutas. Y aunque desde el punto de vista teórico de la terapia centrada en soluciones, se considera que el término de la misma es básicamente una decisión que toma el cliente de una u otra manera, estos datos sugieren que vale la pena investigar algo más la cuestión del abandono, y no asumir a priori que los clientes que abandonan simplemente ya han obtenido toda la ayuda que querían o necesitaban obtener.

g) Algunas explicaciones que el mismo Beyebach (op. cit.) proporciona acerca de los factores terapéuticos que inciden positivamente en la terapia son:

- ♣ La existencia de cambio pre-tratamiento parece un buen predictor del resultado final del tratamiento, multiplicando por cuatro las probabilidades de éxito.



- ♣ La negociación de objetivos en primera sesión parece también un factor importante que multiplica por dos las probabilidades de éxito al final del tratamiento.
- ♣ En otro orden de cosas, ayuda la conveniencia de que el terapeuta centrado en las soluciones mantenga una postura de colaboración con sus pacientes, evitando la confrontación con ellos y buscando el acuerdo y el apoyo de sus lados fuertes.

En resumen, las investigaciones que se han realizado hasta la fecha acerca de la terapia centrada en soluciones parecen apoyar la idea de que se trata de un tratamiento breve y eficaz que produce cambios duraderos y además es aplicable a una gran variedad de situaciones. A nuestro juicio, estas cuatro características (brevedad, eficacia, aplicabilidad y diseminabilidad) hacen a la terapia centrada en soluciones merecedora de ser incluida en estudios controlados sobre la eficacia de la psicoterapia, tal y como ya está sucediendo.

CONCLUSIONES





CONCLUSIONES

Una vez concluida la presente tesis, deseamos manifestar las reflexiones que han surgido en nosotras a lo largo de este proceso de elaboración.

En primera instancia, queremos mencionar que llevar a cabo este trabajo no fue nada fácil, en principio, porque al realizarlo tuvimos que ir cambiando los lentes con los cuales estábamos acostumbradas a “ver”, fue entrar en esta nueva cosmovisión postmoderna que dentro del quehacer terapéutico pone en tela de juicio algunos de los presupuestos más apreciados y arraigados de la terapia; además, a lo largo de la formación que hemos recibido para ser unas “profesionales” llámese en este caso Licenciadas en Psicología, nos encontramos con que la mayor parte de la preparación que recibimos pretende que seamos algo así como “detectives de patologías” pretendiendo con ello, garantizar el que podamos “resolver” lo que pasa con los problemas humanos. Es necesario aclarar que en ningún momento intentamos desacreditar la importancia y relevancia que las diferentes orientaciones brindaron a nuestra formación profesional.

Por otro lado, y como lo abordamos durante esta información, podemos decir que a lo largo de la historia y la práctica de la psicología, se ha entrenado a los futuros psicólogos sobre todo desde la óptica de los “grandes modelos”, de esta forma, se han “preparado” psicólogos psicodinámicos, psicólogos conductuales, psicólogos cognitivo-conductuales, psicólogos sistémicos, etcétera. Más aún, auspiciándose de las ideas modernistas, en la actualidad la oferta psicoterapéutica se “organiza” cada vez más en torno a tipos de problemas, y tenemos por tanto, “especialistas en trastornos de la alimentación”, “especialistas en toxicomanías”, “especialistas en trastornos de ansiedad”, o incluso en torno a categorías diagnósticas aún más delimitadas, “especialistas en bulimia” “especialistas en terapia familiar con bulímicas, especialistas en trastornos por estrés post-traumático” etcétera.



A su vez, existe una fuerte presión para que la psicoterapia en cada uno de estos subcampos, así como el entrenamiento de estos especialistas, se realice de una determinada manera y no de otras, empleando unos procedimientos psicoterapéuticos y no otros, y siguiendo unos protocolos de tratamiento supuestamente apoyados en la investigación empírica y excluyendo por tanto otras propuestas.

Esta supuesta evolución en el campo de la psicología, a primera vista, puede parecer positiva. Pues al fin y al cabo, este desarrollo corresponde plenamente con lo que cualquier lego esperaría de una disciplina como la psicología: una progresiva decantación de los métodos, un conocimiento creciente de los mecanismos etiológicos, una delimitación cada vez más precisa de las diversas entidades diagnósticas y de sus abordajes terapéuticos. No en balde, se dirá, esta es también la evolución que han seguido las diferentes disciplinas "científicas": de un abordaje generalista e indiferenciado a una especialización impresionante; de una práctica "pre-científica" basada en la intuición y el "ojo clínico" al desarrollo de un verdadero arsenal de técnicas diagnósticas y de tratamiento, encuadradas en un sin fin de especialidades y sub-especialidades.

A pesar de ello, no nos cabe duda de que en estas últimas décadas se ha ensanchado considerablemente la base de conocimientos sobre la que podemos apoyarnos los psicólogos. Tampoco pretendemos negar la necesidad de que sigan avanzando la investigación empírica y la práctica de la psicoterapia. Pero sí entendemos que la dirección en la que se está produciendo este avance es excesivamente excluyente. Pues a nuestro juicio, la "super-especialización" de la psicoterapia y la adopción de protocolos específicos para problemáticas rígidamente delimitadas presenta numerosos inconvenientes, como los ya abordados a lo largo de esta tesis, pues finalmente, implica adoptar el modelo médico como marco de referencia, y por tanto abordar los fenómenos psicológicos y sociales desde una lógica básicamente biologicista y mecanicista que a nuestro



juicio resulta profundamente inadecuada, sobre todo por que deja de lado las particularidades de los individuos y de sus contextos socioculturales. Este efecto, nos parece especialmente perverso, porque no sólo repercute en los profesionales, entre otras cosas, desincentivando la creatividad de los investigadores y el "sentido común" de los psicoterapeutas, sino que se revierte también en nuestro entorno cultural, contribuyendo a medicalizar y patologizar los problemas humanos. Pues de manera punzante, los pensamientos centrados en los problemas no solo dominan en la mayoría de los terapeutas, sino que también "dominan" la vida de los clientes; por otro lado, los medios de comunicación favorecen esta situación, pues se están gestando ideas populares que penetran en los problemas y en los contextos terapéuticos, y a menudo, muchos pacientes creen que sus terapeutas tienen que entender completamente las causas y describir los por qué de sus quejas para poder resolverlas.

Ahora que en nuestro campus universitario está el marcha el proceso de cambio curricular, estamos a favor de que se de la apertura para escuchar nuevas voces en la psicoterapia, como la terapia centrada en las soluciones, las cuales pueden enriquecer la calidad académica de sus egresados pues representan propuestas para el quehacer terapéutico que por sus características, favorezcan que la labor del psicólogo sea un trabajo comprometido con las problemáticas más apremiantes de la sociedad contemporánea.

Pues independientemente de la aproximación teórica que asuma el psicólogo, deberíamos tener un buen entrenamiento enfocado a la optimización de los "factores comunes" en psicoterapia. En otras palabras, deberíamos aprender a capitalizar al máximo los recursos de los propios clientes y de sus redes sociales a fin de activar el potencial de cambio de éstos. También, deberíamos de ser capaces de aprovechar al máximo las propias expectativas de los pacientes y el efecto de una relación terapéutica adecuada, lo cual supondría también desarrollar habilidades comunicacionales básicas desde las cuales



potenciar estos otros aspectos. Esta formación básica puede desarrollarse desde modelos teóricos diferentes, ya que es evidente que no existe una teoría correcta de la psicoterapia, ya que muchas aproximaciones y muchas técnicas parecen producir cambios y resultados positivos, por esto no se pretendió durante esta tesis postular a la terapia centrada en las soluciones como la orientación terapéutica más eficaz, ni la mejor. Sin embargo, sí la presentamos como una propuesta terapéutica muy prometedora que bajo las consideraciones anteriores, ofrece múltiples beneficios, tanto a los psicólogos que pueden aprovecharla en su quehacer profesional, como para quienes solicitan su ayuda. Pues es un modelo de terapia caracterizado por sus presupuestos socioconstruccionistas, por una cierta forma de usar el lenguaje, y por un conjunto de técnicas que traducen y ponen de manifiesto los dos elementos anteriores.

Es una propuesta que parte de la idea de que los clientes que acuden a terapia disponen de los recursos necesarios para resolver sus conflictos, la noción de que el cambio es constante e inevitable, la idea de que para encontrar una solución no hace falta conocer el problema que se pretende solucionar, y en general, la premisa de que parte fundamental del trabajo terapéutico es “hacer el problema más manejable”. Se trata de un enfoque no-normativo, que trata de abordar a cada persona, familia o pareja desde su unicidad, sin imponer criterios externos de normalidad o corrección, por lo que incluye, como el resto de las terapias narrativas o postmodernas, un proceso de reflexión acerca de los significados socialmente construidos.

Además, evita la patologización de las personas y de sus relaciones, y se centra en sus posibilidades y no en sus posibles déficits o limitaciones. El lenguaje centrado en las soluciones, es un lenguaje orientado hacia las posibilidades y hacia el futuro, que busca crear descripciones interaccionales y positivas de las metas y aspiraciones de los clientes. Además, se promueve constantemente la



cooperación con el usuario, al que se trata de ayudar a asumir una posición de control del proceso de cambio (“empoderamiento”). Esta posición del terapeuta incluye también un esfuerzo constante por mantenerse “por detrás” de sus interlocutores, por escucharles con atención y por evitar empujarles en una u otra dirección, lo que implica alejarse de la voz del “experto” y relacionarse de manera “horizontal” y profundamente respetuosa.

Acorde a las propuesta socioconstruccionistas, podemos entender la terapia como una conversación en la cual terapeutas y clientes construyen nuevas realidades más satisfactorias y prometedoras.

Por lo anterior, no nos cabe duda alguna que estas características de la terapia centrada en las soluciones dan un giro completo al ámbito de la psicoterapia con respecto a los modelos tradicionales centrados en los problemas y la patología.

Nosotras y quienes apoyan las ideas postmodernas y socioconstruccionistas, vemos en esta nueva cosmovisión, una propuesta terapéutica que puede tener y ofrecer muchos progresos. Asimismo, puede tener un enorme impacto social pues además de su eficacia terapéutica, los procesos a través de los cuales produce los cambios tienden a ser breves, lo cual se traduce en un enfoque terapéutico muy provechoso para pacientes y terapeutas.

A pesar de los beneficios que nos ofrece este modelo terapéutico, aún no cuenta con la apertura necesaria en muchas Universidades; por ende, el material teórico y las investigaciones de que se dispone, son escasos. Sin embargo, esta tesis tuvo el interés de presentar a la terapia centrada en soluciones como una nueva cosmovisión postmoderna dentro del quehacer terapéutico, esperando que



de esta manera, se haya favoreciendo el que múltiples sentidos puedan ver, escuchar, sentir y tocar lo que esta orientación nos propone.

Por ultimo, nos gustaría terminar este trabajo expresando que la terapia centrada en soluciones es como una forma creativa de arte. El contexto terapéutico es el escenario que se presta a la improvisación, a la creatividad y al juego. Y al igual que un músico, el terapeuta puede comenzar la entrevista tocando el tema central del cliente y gradualmente, a través de las soluciones, tocar las notas que están fuera de su registro, a fin de co-crear con el cliente una nueva partitura musical que convine los elementos de la vieja y la nueva partitura y se transforma en un futuro prometedor. Esta nueva partitura, no solo apremia en el contexto terapéutico, sino que también “allá afuera” existe la necesidad de buscar y crear un mundo de soluciones, dentro de este mundo que no nos ofrece la más mínima oportunidad, pero sí grandes problemas.

BIBLIOGRAFÍA





BIBLIOGRAFÍA.

Adams-Westcott, J y Isenbart, D. (1993) La utilización de ritos dedicados a capacitar a los miembros de las familias que sufrieron abuso sexual infantil. En Durrant. M y Cerril, W. (comps.) **Terapia del abuso sexual**. Barcelona: Gedisa.

Andersen, T. (1996) Reflexiones sobre la reflexión con familias. En: Gergen, K. J. y McNamee, S. (comps.) **La terapia como construcción social**. España: Paidós.

Andersen, T. (2001) Ver y oír, ser visto y ser oído. En: Friedman, S (comp.) **El nuevo lenguaje del cambio**. Barcelona: Gedisa.

Anderson, H. (2001) En la montaña rusa: un enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración. En: Friedman, S (comp.) **El nuevo lenguaje del cambio**. Barcelona: Gedisa.

Anderson, H. Un enfoque postmoderno de la terapia: la música polifónica y la terapia “desde dentro”. En: Limón, A. G. (comp.) **Terapias Postmodernas. Consideraciones Construccionistas**. México: Pax. En prensa.

Anderson, H; y Goolishian, H. (1996) El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: Gergen, K. J. y McNamee, S. (comps.) **La terapia como construcción social**. España: Paidós.

Beltrán, R. L. (2002). **La construcción de realidades alternativas en las interacciones verbales. Análisis de la conversación terapéutica**. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. UNAM. Facultad de Psicología.



Beyebach M; Rodríguez, S. M; Arribas. M; Herrero, V; Hernández, C y Rodríguez M. (1997) **Outcome of solution-focused therapy at a university family therapy center.** España: Universidad Pontificia de Salamanca. En:

<http://www.upsa.es/~psicologia/titulaciones/masters/publicaciones9.htm>

Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones. En Navarro G, A; Fuertes T. Ugidos, (ed.). **Intervención y Prevención en Salud Mental.** Salamanca: Amarú.

Beyebach, M. (s/a a) **El uso de la técnica de la externalización en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.** España: Universidad Pontificia de Salamanca. En:

<http://www.upsa.es/~psicologia/titulaciones/masters/publicaciones7.htm>

Beyebach, M. (s/a b) **La terapia familiar breve en el trabajo con niños y sus familias.** España: Universidad Pontificia de Salamanca. En:

<http://www.upsa.es/~psicologia/titulaciones/masters/publicaciones6.htm>.

Beyebach, M y Rodríguez, M. A. (s/a). **Solution-focused therapy in spain: the experience of the salamanca group.** España: Universidad Pontificia de Salamanca. En:

<http://www.upsa.es/~psicologia/titulaciones/masters/publicaciones5.htm>.

Biever, J; Bovele, M; Gardner, G y Franklin, C. Perspectivas Postmodernas en Terapia Familiar. En Limón, A. G. (comp.) **Terapias Postmodernas. Consideraciones Construccionistas.** México: Pax. En prensa.

Boscolo, L y Cecchin, G. (1989) **Terapia familiar sistémica de Milán: teoría y practica.** Amorrortu: Buenos Aires.



Caro, G. I. (1999). El origen cultural de la integración y del eclecticismo en psicoterapia. **Psiquiatría Pública**. (11), 19-26.

Cecchin, G. Construcción de posibilidades terapéuticas. (1996) En: Gergen, K. J. y McNamee, S. (comps.) **La terapia como construcción social**. España: Paidós.

De Shazer, S. (1989) **Pautas de Terapia Familiar Breve: Un enfoque ecosistémico**. Barcelona: Paidós.

De Shazer, S. (1991) **Claves para la solución en terapia breve**. Barcelona: Paidós.

De Shazer, S. (1999) **En un origen las palabras eran magia**. Barcelona: Gedisa.

De Shazer, S; Berg I.K; Lipchik, E; Nunnally, E; Molnar, A; Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. **Family Process**, 25, 207-221

Durrant, M y Kowalski (1993) Superar los efectos del abuso sexual: desarrollar la percepción de la propia capacidad. En Durrant. M y White, Ch. (comps.) **Terapia del abuso sexual**. Barcelona: Gedisa.

Durrant, M y White, Ch. (comps) (1993) **Terapia del abuso sexual**. Barcelona: Gedisa.

Eguiluz, R. L. (2001) **La teoría sistémica: Alternativa para investigar el sistema familiar**. México: UNAM-UAT.

Emperador, H. L. (s/a) **Psicoconsulta: una terapia on-line**. En: www.psicopsulta.com



Epston, D; Murray, K; y White, M. (1996) Una propuesta para re-escribir la terapia. Rosse: la revisión de su vida y un comentario. En: Gergen, K. J. y McNamee, S. (comps.) **La terapia como construcción social**. España: Paidós.

Espina, B. J. y Pérez, C. A. (2000) **Evaluación de psicoterapia breve en los servicios públicos** . I Congreso Virtual de Psiquiatría. Conferencia. En: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa11/conferencias/11_ci_d.htm

Fisch, R; Weakland, J, y Segal, L. (1985) **La táctica del cambio**. Barcelona: Herder.

Friedman, S (2001). **El nuevo lenguaje del cambio**. Barcelona: Gedisa.

Friedman, S. (2001) Librarse de las furias: una travesía desde la autocompasión a la autovaloración. En: Friedman, S (comp.) **El nuevo lenguaje del cambio**. Barcelona: Gedisa.

Gergen, K. (1992). **El yo saturado**. Barcelona: Paidós.

González, C. (1998) **Familiarizándose con la terapia familiar o Chilango Jones en el templo de la perdición o Las 7 puertas de la sabiduría**. Trabajo de Maestría en Psicología Clínica con Énfasis en Terapia Familiar. México: Inédito.

Haley, J. (1980) **Terapia para resolver problemas**. Buenos Aires: Amorrortu.

Hoffman, L. Una postura reflexiva para la terapia familiar. (1996) En: Gergen, K. J. y McNamee, S. (comps.) **La terapia como construcción social**. España: Paidós.

Jay, L. S y Garske, J. P. (1988) **Psicoterapias contemporáneas: Modelos y métodos**. España: Desclée de Brower.



Kamsler, A. (1993) La formación de la imagen de sí misma: terapia con mujeres que sufrieron abuso sexual durante la infancia. En Durrant, M y Cerril, W. (comps.)

Terapia del abuso sexual. Barcelona: Gedisa.

Kim, B. I. y De Shazer, S. (2001) Hacer hablar a los números: El lenguaje en la terapia. En: Friedman, S (comp.). **El nuevo lenguaje del cambio.** Barcelona: Gedisa.

Limón, A. G. (1997) Psicoterapia y posmodernidad. Perspectivas y reflexiones. **Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales.** Grupo Dicitia, España, Paidós. Vol. II, No. 1.

Limón, A. G. (1999) **El giro interpretativo en psicoterapia.** Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona.

Limón, A. G. (comp.) **Terapias Postmodernas: Consideraciones Construccionistas.** México: Pax. En prensa.

Ludewig, K. (1996) **Terapia Sistémica: bases de teoría y prácticas clínicas.** Barcelona: Herder.

Madanes, C. (1984) **Terapia familiar estratégica.** Buenos Aires: Amorrortu.

Martorell, J. L. (1996) **Psicoterapias: Escuelas y conceptos básicos.** Madrid: Pirámide.

McNamee, S. y Gergen, K. J. (comps.) (1996) **La terapia como construcción social.** España: Paidós.



Minuchin, S. y Fishman, H. (1984) **Técnicas de terapia familiar**. Barcelona: Paidós.

Ochoa, A. I. (1995). **Enfoques en Terapia Familiar Sistémica**. Barcelona: Herder.

O' Hanlon, W. y Weiner – Davis, M. (1993) **En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia**. Barcelona: Paidós.

O'Hanlon, W y Hudson, P. (1996) **Amor es amar cada día**. Barcelona: Paidós.

Selekman, M. (1996) **Abrir caminos para el cambio : soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas**. Barcelona: Gedisa.

Selvin-Palazzoli, M; Cirillo, S; Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1990) **Los juegos psicóticos en la familia**. Barcelona: Paidós.

S/A. **La Terapia Narrativa: Una nueva onda en Grupo-T**: adaptación del artículo "The Third Wave" por Bill O' Hanlon. En: <http://www.lubrano.com/narrativ.htm>.

S/A. **El Renacimiento: Filosofía y modernidad. Los orígenes de la modernidad**. En: <http://www.mgar.net/var/renacimi.htm>

Trujano, R. P. (2002). **Quehacer Psicológico y Terapéutico en el Siglo XXI: Del Discurso de la Verdad al Respeto por la Pluralidad**. Conferencia magistral presentada en el Segundo Coloquio Nacional de Investigación Estudiantil en Psicología. México: FES Iztacala, UNAM.



Trujano, R. P; Casasola, E. O y Estrella, F. A. (2001). **Terapia Narrativa: Una historia de caso**. XX Coloquio de Investigación. México: FES Iztacala, UNAM. En: http://www.iztacala.unam.mx/coloquio/psicología_oral/10htm.

Trujano, R. P. y Limón, A. G. Reflexiones sobre la violencia, el género y la posibilidad de escuchar nuevas voces en psicoterapia. En Limón, A. G. (comp.) **Terapias Postmodernas. Consideraciones Construccionistas**. México: Pax. En prensa.

Ulivi, G (s/a) Terapia Breve Centrada en la Solución como modelo de terapia familiar de toxicómanos. **Centro de Consulta y Terapia Familiar. Italia.**

Watzlawick, P. (1980) **El lenguaje del cambio**. Barcelona: Herder.

Watzlawick P. (1984) **¿Es real la realidad?: Confusión, desinformación, comunicación**. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P; Weakland, P. y Fisch, R. (1994) **Cambio: Formación y resolución de problemas humanos**. Barcelona: Herder.

White, M.(2002a). **Reescribir la vida: Entrevistas y Ensayos**. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002b) **El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas**. Barcelona: Gedisa.

White, M. y Epston, D. (1993) **Medios narrativos para fines terapéuticos**. España: Paidós.

ANEXOS



ANEXO I

Pregunta Escala de Avances (De Shazer; Berg; Lipchik; Nunnally; Molnar; Gingerich y Weiner-Davis. 1986).

A quienes fueron usuarios del servicio de terapia dada por el sitio web <http://www.psycoconsulta.com> se les presentaron estas preguntas de la siguiente manera:

“En una escala del 1 al 10, en la que 1 es el momento en el que peor han estado los asuntos que te han traído a terapia, y 10 cuando todos esos asuntos están resueltos, ¿en qué puntuación de la escala os situaríais ahora?”

ANEXO II.

Esta es una encuesta que nos ayuda, gracias a tus opiniones, a mejorar nuestros servicios. Consta de 9 preguntas sencillas, y un apartado de sugerencias.

1. ¿Cómo ha cambiado la forma de ver la situación que te hizo contactar con nosotros y comenzar la terapia?
2. ¿Que cosas te han sido útiles de haber recibido esta terapia?
3. ¿Cuál es el grado de satisfacción del trabajo realizado con la psicóloga, siendo 1 nada satisfecho/a y 10 totalmente satisfecho/a.
4. ¿Qué cosas cambiarías del trabajo que habéis hecho?
5. ¿En qué momentos te encontraste más a gusto?
6. ¿En qué momentos te sentiste más a disgusto?
7. ¿Qué cualidades de la terapeuta fueron las que más te ayudaron?
8. Del 1 (poco útil) al 10 (muy útil) ¿cómo de útil te fueron las conclusiones de la terapeuta de después de cada sesión?
9. ¿Qué cualidades de ti mismo te han ayudado en este proceso?
10. Alguna sugerencia más sobre nuestro trabajo:.....

Muchas gracias por tu colaboración.

Equipo de Psicoconsulta.

ANEXO III.

Este cuestionario nos sirve para saber cómo van las cosas que un día te hicieron acudir a consulta. Nos sirve de mucha utilidad para ver cómo estás tu y cómo evolucionaron las cosas. Contesta con sinceridad. Gracias.

1. ¿Hasta que punto consideras cumplidos los objetivos o metas que te planteaste al iniciar el tratamiento?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Has consultado el problema con algún otro especialista?

SI NO

Especificar

3. ¿Ha surgido algún problema que te haga pensar que merece la pena empezar un nuevo tratamiento? SI NO

Especificar

4. ¿Has notado alguna mejoría en otras área de tu vida desde la finalización del tratamiento? SI NO

Especificar

5. ¿Alguna de las personas con las que convives ha iniciado un tratamiento psicológico psiquiátrico por cualquier tipo de problema desde la finalización del tratamiento? SI NO

ESPECIFICAR:

1. Me mantiene preocupado todo el día.

SI NO

2. No me permite realizar mis actividades normales.

SI NO

3. Han empeorado mis relaciones con otras personas.

SI NO

4. Me obliga a pasar en casa más tiempo del que quisiera.

SI NO

5. Me hace estar irritable.

SI NO

6. Pienso que se trata de una enfermedad grave.

SI NO

7. No me deja dormir.

SI NO

8. No me deja disfrutar de lo que me gusta.

SI NO

9. ¿Cómo estás hoy respecto de lo que te preocupaba?

Evalúa el estado actual de la dificultad por la que solicitaste la consulta.

En uno de los peores momentos 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente resuelta