



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

“TENDENCIAS NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA”

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTAN:**

Marlot Noel Ángeles Hernández

Martha Patricia Ramírez Hernández

**Directora de tesis
Mtra. Lidia Beltrán Ruiz**



MÉXICO, D.F.

Enero 2007



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.

Agradecimientos

A:

Mis padres: Abdías y Socorro

Que amo y aún están conmigo, acompañando y a quienes las palabras de agradecimiento no me alcanzaría con esta hoja.

Mis hermanos: Aurora, Noé y René

Que los quiero tanto y espero que ésta sea una muestra de entereza, perseverancia y amor hacia la vida, la familia y el trabajo, y que siempre estemos juntos en armonía apoyándonos moralmente.

Mis cuñados: Alfonso, Carmen y Evelyn

Que han estado al pendiente de mí, y espero que junto con mis hermanos sean felices y nunca les falte nada.

Mis amigos (que no están en orden de importancia):

Marco, Noel, Rosi, Isabel, Elena, Sarita y Pily

A quienes aprecio y estimo, y que han estado siempre al pendiente de mí y espero que no perdamos el contacto.

Paty.

Te agradezco...

...Dios, porque me has dado la posibilidad de vivir y de ser feliz. Gracias.

...Papá, porque las palabras que me decías cada vez que caminaba contigo de la mano, las he llevado conmigo siempre.

...Mamá, porque en cada cosa que haces me demuestras que me amas como a nada en el mundo. Gracias por creer en mí.

...Lourdes, por ser tan noble y bondadosa conmigo, por aceptarme con mis errores y confiar en mí. Gracias por formar parte de mi vida.

...Mariana, porque desde que llegaste, me trajiste la felicidad. Por tu ternura y tu sonrisa.

...Samuel, porque no puedes estar ni un minuto sin mi, ni yo sin ti. Lo mejor que me ha pasado en la vida.

...Rafa, porque siempre has estado ahí incondicionalmente, cuando te he necesitado.

...Gabriel, porque cada vez que recuerdo todas aquellas cosas difíciles que pasamos de niños, también me recuerdas que todo se puede lograr si uno se lo propone.

...A mis amigos, familiares, maestros y pacientes que me han ofrecido su cariño; porque con ello, todo ha valido la pena...

Noel.

*¿Quién dijo que todo está perdido?
Yo vengo a ofrecer mi corazón
Tanta sangre que se llevó el río
Yo vengo a ofrecer mi corazón.*

*No será tan fácil, ya sé que pasa
No será tan simple como pensaba
Como abrir el pecho y sacar el alma
Una cuchillada de amor.*

*Luna de los pobres siempre abierta
Yo vengo a ofrecer mi corazón
Como un documento inalterable
Yo vengo a ofrecer mi corazón.*

*Y uniré las puntas del mismo lazo
Y me iré tranquilo, me iré despacio
Y te daré todo y me darás alas
Algo que me alivia un poco más.*

*Cuando ya no haya nada cerca o lejos
Yo vengo a ofrecer mi corazón
Cuando los satélites no alcancen
Yo vengo a ofrecer mi corazón.*

*Y hablo de países y de esperanzas
Hablo por la vida, hablo por la nada
Hablo de cambiar esta nuestra casa
De cambiarla por cambiar nomás*

*Quien dijo que todo está perdido
Yo vengo a ofrecer mi corazón...*

*“Yo vengo a ofrecer mi corazón”
Eugenia León
Trovadores 2*

ÍNDICE

Resumen	
Propósitos.....	13
Introducción.....	14
Fundamentación.....	15
Metodología.....	24
Aplicación del procedimiento metodológico.....	28
<i>Parte I: Concentrados de Información del contexto de aparición de los enfoques con tendencias narrativas.....</i>	<i>33</i>
<i>Parte II: Concentrados de Información de las premisas de los autores orientadas al cambio.....</i>	<i>75</i>
<i>Parte III: Descripción de los enfoques con tendencias narrativas.....</i>	<i>126</i>
1. <i>Enfoque orientado a las soluciones de William Hudson O'Hanlon.</i>	
a) <i>Contexto del desarrollo del enfoque.....</i>	<i>127</i>
b) <i>Premisas del autor acerca de los problemas psicoterapéuticos.....</i>	<i>131</i>
c) <i>Premisas del autor orientadas al cambio.....</i>	<i>133</i>
d) <i>Propuesta de trabajo terapéutico.....</i>	<i>138</i>
e) <i>Posibilidades de acción terapéutica.....</i>	<i>142</i>
f) <i>Perspectivas del autor acerca de su trabajo.....</i>	<i>153</i>
2. <i>Enfoque centrado en las soluciones de Steve De Shazer.</i>	
a) <i>Contexto del desarrollo del enfoque.....</i>	<i>155</i>
b) <i>Premisas del autor acerca de los problemas psicoterapéuticos.....</i>	<i>158</i>
c) <i>Premisas del autor orientadas al cambio.....</i>	<i>161</i>
d) <i>Propuesta de trabajo terapéutico.....</i>	<i>166</i>
e) <i>Posibilidades de acción terapéutica.....</i>	<i>171</i>
f) <i>Perspectivas del autor acerca de su trabajo.....</i>	<i>181</i>

<i>3. Enfoque narrativo de Michael White.</i>	
a) Contexto del desarrollo del enfoque.....	183
b) Premisas del autor acerca de los problemas psicoterapéuticos.....	186
c) Premisas del autor orientadas al cambio.....	188
d) Propuesta de trabajo terapéutico.....	191
e) Posibilidades de acción terapéutica.....	193
f) Perspectivas del autor acerca de su trabajo.....	207
<i>4. Enfoque colaborativo conversacional de Harlene Anderson.</i>	
a) Contexto del desarrollo del enfoque.....	208
b) Premisas del autor acerca de los problemas psicoterapéuticos.....	211
c) Premisas del autor orientadas al cambio.....	215
d) Propuesta de trabajo terapéutico.....	219
e) Posibilidades de acción terapéutica.....	224
f) Perspectivas del autor acerca de su trabajo.....	229
<i>5. Enfoque reflexivo de Tom Andersen.</i>	
a) Contexto del desarrollo del enfoque.....	230
b) Premisas del autor acerca de los problemas psicoterapéuticos.....	233
c) Premisas del autor orientadas al cambio.....	235
d) Propuesta de trabajo terapéutico.....	240
e) Posibilidades de acción terapéutica.....	242
f) Perspectivas del autor acerca de su trabajo.....	245
Discusión y conclusiones.....	247
Epílogo.....	257
Referencias bibliográficas.....	261

RESUMEN

A partir de la década de los ochentas, algunos teóricos en terapia psicológica (William Hudson O'Hanlon, Steve de Shazer, Michael White, Harlene Anderson y Tomm Andersen) basados en las metáforas sistémicas/cibernéticas, comenzaron a influirse de ciertas ideas de corte narrativo que invitan a cuestionar reflexivamente acerca de algunos aspectos filosóficos, teóricos y operativos de sus prácticas terapéuticas. El propósito de esta tesis es el de llevar a cabo una lectura de los textos escritos de estos autores para identificar por un lado, sus premisas con respecto a la manera en la que explican el cambio en el ámbito terapéutico, y por otro lado, identificar también el contexto histórico en el que estas ideas tomaron forma. Para este fin, se utilizó el Análisis de Contenido de citas textuales elegidas intencionalmente, a partir de las cuáles se organizaron categorías analíticas. Posteriormente se hace una descripción acerca de la manera en la que estas premisas toman forma en el contexto terapéutico. La manera en la que cada uno de los autores citados, incorpora la idea del lenguaje, de cooperación, de escucha, del interés por los procesos "locales" de la terapia, como parte de este movimiento crítico hacia las verdades universales, constituyen el centro de la discusión terapéutica. Sin duda, la pretensión desde esta postura narrativa, no es la de llegar a conocer la "verdad" acerca de los procesos terapéuticos, ni tampoco la de negar la utilidad de otras formas de concebir la realidad. Más bien, la aportación de estas ideas narrativas es la de abrir innumerables reflexiones acerca de la terapia, de los procedimientos, de las relaciones y de las posibilidades de cambio, encaminados a darle un sentido social al hecho terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Postmodernidad, terapias narrativas, socioconstruccionismo, lenguaje.

PROPÓSITOS

PROPÓSITO GENERAL

- Se busca argumentar, a partir de la selección de material publicado, algunas de las características que permitan determinar la afinidad con el movimiento narrativo de las siguientes aproximaciones terapéuticas: Terapia Centrada en las Soluciones (De Shazer), la Terapia de Posibilidades (O'Hanlon), la Terapia Colaborativa Conversacional (Anderson), la Terapia Narrativa (White) y el Equipo Reflexivo (Andersen). Estas formas de terapias, se revisaron en el "Programa de Terapia Familiar y de pareja con enfoque sistémico/ narrativo" (Beltrán, 2000).

PROPÓSITOS PARTICULARES

- Construir un cuerpo de citas textuales de los autores mencionados, que legitimen su inclusión en las llamadas tendencias narrativas en la terapia psicológica.
- Llevar a cabo una propuesta analítica de textos que contemple la naturaleza interpretativa de los investigadores.
- Identificar, aquellas ideas que les sirvieron de influencia a los autores así como las premisas que sustentan el cambio terapéutico, por medio de cuadros que permitan apreciar las coincidencias y las diferencias entre los representantes de estas escuelas y la transformación de las ideas de cada uno de los autores.
- Realizar una descripción del surgimiento y desarrollo de dichas orientaciones terapéuticas; asimismo, establecer aquellas diferencias en la aplicación de sus principios en la práctica clínica.
- Proporcionar una serie de referencias bibliográficas de consulta útil, práctica y disponible en nuestro contexto académico que contribuya en algún sentido a comprender algunos aspectos de la influencia narrativa en las mencionadas formas de hacer terapia.

INTRODUCCIÓN.

La idea del presente trabajo surge como resultado de la experiencia teórico-práctica, como pasantes de servicio social en el “Programa de terapia familiar y de pareja con enfoque sistémico y narrativo” en el año 2001. Una de las características del programa es el conocer distintas escuelas de terapia, identificadas con el enfoque sistémico. Adicionalmente, también se examinan aquellas perspectivas que han sido influidas por la metáfora narrativa en terapia. Concretamente, se habla en este trabajo de la perspectiva de William Hudson O’Hanlon, denominada Terapia Orientada a las Soluciones, y más recientemente conocida como Terapia Inclusiva; de la perspectiva de Steve De Shazer, conocida como el Enfoque Centrado en Soluciones; de la perspectiva de Michael White, conocida como Terapia Narrativa; del enfoque de Harlene Anderson y su Enfoque Colaborativo Conversacional y de la escuela de Tom Andersen y el equipo de TromsØ identificado como el Equipo Reflexivo. Estas orientaciones, se han distinguido por integrar aquellas ideas que promuevan la reflexión y la autocrítica. De alguna manera, esta dinámica ha llevado a que se adopten ideas, principalmente provenientes del socioconstruccionismo y acordes a lo que se ha denominado *postmodernidad*. Tales ideas no se presentan de una manera sencilla de comprender (por lo menos en un primer momento), pues rompen con el discurso prevaleciente en la ciencia y consecuentemente en la psicología, con respecto a la verdad, la objetividad, el papel del profesional, así como la relación terapeuta-paciente, entre otras cosas.

Lo que ofrece este trabajo es una lectura congruente, a partir de la revisión de algunas producciones escritas de los autores antes mencionados, acerca de lo que consideran como sus influencias, sus ideas acerca de los problemas, del cambio, de los procedimientos terapéuticos y de sus perspectivas acerca de la terapia.

Si bien es cierto que en un principio la idea que nos motivó a llevar a cabo este trabajo, se basaba en el interés de que los lectores encontraran cosas útiles en su formación y en su trabajo terapéutico; también pensamos que nuestra práctica terapéutica se ha influido por las ideas leídas, extraídas, resumidas y redactadas de los autores, lo que indudablemente nos ha ayudado a conformar un estilo propio de hacer terapia, pero sobre todo, también ha contribuido para encontrar cierta *congruencia* entre lo que pensamos y en lo que hacemos en la terapia.

Además creemos que el presente trabajo, más que *reflejar* lo que los autores han plasmado en sus escritos, asumimos que al vaciar los contenidos en categorías específicas, estamos participando de un acto de interpretación, de entre muchos posibles. De ninguna manera tratamos de abarcar extensamente sobre el conocimiento de las escuelas expuestas; más bien nos proponemos ubicar ciertas ideas de los autores en determinado contexto, para lograr tener una descripción distinta a la que se logra con la lectura directa de los textos.

Finalmente, vale la pena mencionar que las orientaciones terapéuticas que se pretenden abarcar, siguen cambiando de forma ininterrumpida, por lo que tratar de entender las ideas de los autores, se parece mucho a tratar de dibujar una nube: cuando uno voltea a verla, resulta que se ha transformado muy sutil, pero incesantemente.

FUNDAMENTACIÓN

La historia del conocimiento *científico*, se ha caracterizado a través del tiempo, por estar en constante cambio. Las verdades fundamentales del conocimiento vigente en cada época tienen un momento de total dominación y se usan para explicar la realidad existente. Sin embargo, en algún momento estas verdades empiezan a desmoronarse y a encontrar lagunas o contradicciones, que hacen que se generen discursos alternativos competitivos o incluso antagónicos con respecto al dominante, hasta que finalmente le reemplazan (Ibáñez, 1994).

Gergen (1996a), establece que la fuerza rectora del cambio de paradigma es una tensión entre inteligibilidades (negaciones que se plantean contra afirmaciones). Pero además considera que estos cambios son en grados relevantes, asuntos de evolución en formas socialmente negociadas de significado, y que tienen que ver con la cultura, la sociedad, la educación, el gobierno, etc.

El paradigma predominante en nuestra actualidad se conoce como *modernidad*¹. Desde esta perspectiva se contempla, que las personas son agentes racionales que tras examinar los hechos toman las decisiones que corresponden. El avance se concibe como un movimiento en permanente ascenso hacia la meta, a través del perfeccionamiento, la conquista y los logros materiales. Los argumentos centrales de la modernidad son el progreso, la búsqueda de la esencia de las cosas y el hombre-máquina (funcional y productivo). Algunos incluso, han dicho que se trata de una especie de neoilustracionismo pero con la fuerza que le aporta la ciencia y la tecnología (Rozo, 2005).

En la ciencia, esta forma de pensar tiene sus consecuencias. Entre otras cosas, se ha buscado como parte de esta racionalidad, casi de manera compulsiva, una explicación a todo; a los científicos modernos, les interesa conocer el mundo y descubrirlo a través del detallado análisis observacional para recogerlo en mapas mediante amplias redes explicativas, y se ha procurado que la objetividad sea el medio para llegar a la meta: el conocimiento de la verdad (Ibáñez, 1994; De Shazer, 1999).

En el ámbito de la psicología, desde luego se han desarrollado supuestos que poco a poco han formado parte del ámbito social, como consecuencia de esta forma de pensar (Gergen, 1996b). Así las premisas de las orientaciones terapéuticas tienen como fundamentos:

1. *Que el concepto de objetividad se aloja en el seno de la preestructura de las comprensiones culturales.*
2. *Que es a través de las palabras como podemos detectar si el individuo esta viendo las cosas de un modo claro y exacto o está siendo irrealista.*
3. *Que existe un mundo interno y otro externo. Una mente objetiva refleja fielmente lo que hay en el mundo externo.*
4. *Que para conquistar la objetividad uno tiene que estar idealmente descontaminado de relaciones, de proyecciones, o demás proyectos en el mundo externo. Además de mantener una*

¹ La modernidad, es un movimiento que que ha trascendido el ámbito psicológico, y científico pues ha estado ligado a circunstancias sociales e históricas, siendo el producto de fuerzas ideológicas y políticas, y de las modas estéticas o literarias. (Gergen, 1996b).

ventana abierta a la realidad material, es máximamente adaptativo seguir estando aislado y seguir siendo independiente.

5. De que el lenguaje funciona como un transporte de la realidad y la verdad a través de las culturas y al futuro. El lenguaje ha constituido un medio transparente para expresar hechos ya existentes, donde los términos significan algo conocido, fijado de antemano y válido en todo momento. La significación de las palabras es clara e inequívoca: una palabra se refiere directamente a la cosa misma. El hablante puede percibir la verdad de la realidad y expresar esa experiencia mediante el lenguaje, y por lo tanto el oyente puede saber exactamente qué quiso decir el hablante. Es decir, se genera una perspectiva en la que por sentido común todos saben exactamente lo que queremos decir cuando utilizamos las palabras.

De acuerdo a estas premisas, la terapia familiar tradicionalmente ha mantenido al terapeuta/observador científicamente separado y separable de lo que observa. La mayoría de los terapeutas familiares comparten el presupuesto de que un análisis riguroso del sistema (o de la estructura) familiar, lleva a entender el *verdadero problema*, es decir, las causas subyacentes: jerarquías incongruentes, conflictos parentales ocultos, baja autoestima, comunicación desviada, sentimientos reprimidos, etc. (Andersen, 2001a; De Shazer, 1995).

De esta manera, al paciente se le informa indirectamente que es ignorante, insensible o emocionalmente incapaz de comprender la realidad (porque por algo está en terapia) y que su relato es una reflexión independiente sobre la verdad. Cuando las preguntas se plantean y se responden, las descripciones y las explicaciones se reencauzan, y la afirmación y la duda son diseminadas por el terapeuta, la narración del paciente o es destruida o queda incorporada –pero en cualquier caso sustituida- por la exposición especializada del profesional (Gergen, 1996b).

Recientemente, el descontento de los terapeutas por las limitaciones de este paradigma moderno en la psicología, ha ido en aumento. Entre otras cosas, porque los especialistas modernistas a menudo favorecen una forma de culpa personal, son ciegos a las condiciones sociales en las que se desarrollan los problemas, y frecuentemente se muestran insensibles al tratar con las minorías, en aras de las verdades universales. También se les critica la falta de interés por los aspectos morales del científico, por la irresponsabilidad con la que en ocasiones se ha utilizado el conocimiento, por el uso y abuso de poder dentro de la terapia. Además, aunque se intenta ocupar una posición de neutralidad científica tácitamente surge siempre la pregunta ¿cuántos defectos te encuentro? (Anderson, 2004b; 2004c; Gergen, 1996a; 2006). Algunos de estos terapeutas críticos, han encontrado en la metáfora cibernética y otros en la narrativa, una forma alternativa de concebir la realidad, pues rompen con los esquemas más arraigados de la modernidad en los diferentes campos de la cultura, lo que lleva sin lugar a dudas a la generación en el mundo modernista del miedo, la resistencia al cambio y la duda de que exista otra forma de ver el mundo que no responda al patrón de modernidad (Rozo, 2005).

Este giro interpretativo, es a menudo conocido como *postmodernidad*² y se enmarca en una conciencia generalizada del agotamiento de la razón, tanto por su incapacidad para abrir nuevas vías de progreso humano como por su debilidad teórica para sortear lo que se avecina. Este

² La postmodernidad se constituye como una revisión, una crítica una reconstrucción de la modernidad, sin llegar a negar su valor histórico ni a invitar a romper con estas prácticas tradicionales. Más bien se trata de un replanteamiento, de una invitación a nuevas formas de investigación expandiendo sustancialmente el alcance y la significación de los empeños en las ciencias humanas). En la psicología, este movimiento ha sentado las bases para la discusión en el tema del lenguaje. Algunos autores hablan de *posestructuralismo*, como parte de un rompimiento con la metáfora estructural del lenguaje; es decir, la tradicional idea de que las palabras reflejan la realidad, y que el papel del psicólogo es buscar significados ocultos, y que estos significados son predeterminados e inamovibles. La tendencia *narrativa* en la terapia, se refiere por el contrario al interés cada vez mayor por asumir que los procesos lingüísticos que suceden en la terapia, son co-creados en el contexto mismo del lenguaje, que dependen de la manera en la que los significados de cada uno de los participantes se coordina con otros dentro de la conversación. (Gergen, 1996a; 1996b; 2006; Anderson, 2004f; De Shazer, 1999).

conjunto de propuestas que tratan de rebasar los estandartes de la psicoterapia científica moderna, se pueden agrupar dentro de la etiqueta de construccionismo social³ (Gergen, 1996b; Ibáñez, 1994; Rozo, 2005). A partir de este giro postmoderno en terapia, las transformaciones de algunos enfoques derivados de las metáforas cibernéticas, se hicieron evidentes, por lo menos en algunas de estas características:

1) El giro interpretativo.

Desde el pensamiento narrativo, se intenta demostrar que el conocimiento está determinado, no por los acontecimientos mismos, sino por las convenciones que define la teoría. Así pues, una teoría científica luce como una amalgama de creencias a priori que funcionan para hablar al científico de las entidades que la naturaleza contiene o no; por tanto no son los hechos los que producen el paradigma, sino el paradigma el que determina lo que se tiene por hecho. El científico literalmente ve el mundo a través de los lentes de la teoría (Anderson, 1999; 2004b; 2004c; Gergen, 1996a; 1996b; Ibáñez, 1994; Rozo, 2005).

A partir de este pensamiento, surge el interés por colocar al lenguaje como centro de estudio, siendo el medio a través del cuál el ser humano conoce y atribuye significados a la realidad con respecto a la gente, a eventos y a experiencias de sus vidas. Lo que las palabras signifiquen es arbitrario e inestable porque depende de quién utiliza el término y del contexto en el que se emplea. Por lo tanto, ni el hablante ni el oyente pueden estar seguros de que son capaces de comprender con alguna certeza lo que el otro *realmente* quiere decir, porque cada uno lleva al encuentro toda la carga de su experiencia previa, única. En la terapia, se espera que el cambio ocurra *dentro* del lenguaje: aquello sobre lo que hablamos y cómo lo decimos marcan una diferencia y son esas diferencias las que pueden utilizarse para provocar una diferencia (Lax, 1996; Anderson, 2004b; 2004c; Gergen, 1996b; De Shazer, 1989; 1999).

Los trabajos postmodernistas en la terapia suelen centrarse en ideas vinculadas al texto y la narración. En este contexto la narración es una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida. A través de las narraciones se interpreta la experiencia vivida, como lo expresa Bruner (1986 citado por Epston, White y Murray, 1996): "Creamos las unidades de experiencia y significado a partir de una continuidad de la vida. Todo relato es una imposición arbitraria de significado al fluir de la memoria, porque destacamos ciertas causas y desestimamos otras, es decir, todo relato es interpretativo".

De hecho, es muy probable que la mayoría de los terapeutas críticos al modernismo, iniciaran el giro hacia el postmodernismo al darse cuenta auto reflexivamente de que las exposiciones de la estructura eran en sí mismas de naturaleza discursiva, por lo que se opta por el abandono de la característica del estructuralista un lenguaje de superficie versus un interior determinante. Así, la creencia de que una fuerza oculta detrás del lenguaje opera, pierde su atractivo (Gergen, 1996a; 1996b).

2) La objetividad/verdad acerca de las experiencias/el conocimiento.

Se trata de un proceso común en donde el conocedor y el conocimiento son interdependientes (Anderson, 2004c; 2004e). El conocimiento es un producto de las relaciones entre individuos siendo a su vez un producto individual, no estático. Los significados y la realidad son construidos dentro de una comunidad de personas y a través de sus relaciones (Shotter, 1996; Ibáñez, 1994).

³ El socioconstruccionismo, se refiere al movimiento que aglutina las ideas postmodernistas en el campo de las ciencias sociales. Uno de los principales desafíos que tiene planteado este movimiento es el de enriquecer el alcance del discurso teórico con la esperanza particular de expandir el potencial de prácticas humanas (Gergen, 1996a; 1996b; 2006).

Lo que es construido es únicamente una de las múltiples perspectivas, narrativas y posibilidades. El significado de la realidad, el sentido que le atribuimos a los eventos y las experiencias son atribuciones formadas y reformadas en el lenguaje, la conversación y en nuestras prácticas sociales (Anderson 2004c; 2004e; 2004h; Gergen, 1996b; 2006).

La posición postmodernista es escéptica; duda de la capacidad de la razón, y por sobre todo del lenguaje, para representarnos o para informarnos acerca de la *realidad*. Esta perspectiva, ofrece una base fundamental para desafiar las realidades dominantes y las formas de vida a ellas asociadas: se considera que moldeamos el mundo en el que vivimos, dentro del contexto de una comunidad con otros individuos; comunidad que por medio de sus posibilidades y restricciones económicas, políticas, sociales y culturales fija los límites de nuestras narraciones y limita nuestra posibilidad de elección a determinados contextos. Aquello que llamamos *realidad*, supone una construcción lingüística y social; parte de un *multiverso*. Por tanto, es congruente que desde esta perspectiva, se aliente la crítica interna, ya que es contraria a las formulaciones fijas y finales, inclusive aquellas que ellos mismos elaboran (Anderson, 2004a; Gergen; 1996a; 1996b; 1992; 2006; Ibáñez, 1994; Lax, 1996; White, 2002).

No hay verdades sociales incontrovertibles, sino sólo relatos del mundo, modos locales de hablar que se utilizan para coordinar la relaciones entre la gente en el seno de su entorno. La mayoría de los psicoterapeutas tienen un relato acerca de cómo los problemas se desarrollan y como desaparecen: si se es psicodinámico se buscará dentro de la narración del cliente algún trauma o déficit en el desarrollo, mientras que si se es conductista la explicación se centrará en patrones conductuales aprendidos que se deben desaprender y reemplazar por otros más adaptativos. Si se es sistémico se observará en las narraciones de los miembros de la familia patrones de interrelación inadecuados que contribuyen a que el sistema este mal, si se es logoterapeuta (un tipo de terapia existencial humanista) se buscare un déficit en la posibilidad del paciente de encontrar un sentido a su existencia que le permita abordar la problemática de forma distinta y así sucesivamente (Anderson, 1999; Anderson, 2001; Gergen, 1996a; 1996b; Rozo, 2005).

Bajo esta perspectiva los relatos o narraciones en los que situamos nuestra experiencia determinan el significado que damos a la experiencia misma. Estos relatos son los que determinan la selección de los aspectos de la experiencia que será expresada y la forma de dicha expresión, determinando a su vez los efectos y orientaciones en la vida y las relaciones entre los clientes y los terapeutas. Los problemas y sus transformaciones, se conciben como una construcción en la que ambos, terapeuta y cliente, son responsables (Anderson, 1999; Gergen, 1996b; Rozo, 2005).

3) El sentido personal y el sentido social.

El centro en torno al cual gira nuestra sociedad modernista que es el yo (yocentrista), cae de su pedestal en la sociedad postmodernista, ya que el nuevo énfasis y centro de acción son las "relaciones" (relaciocentrista), que serían el principal producto que permitiría la construcción del yo en la interacción social y no al revés. Un individuo nace dentro de una relación y a la vez que es definido por ella, la define (Anderson, 2004h; Shotter, 1996; Gergen, 1996a; 2006).

Gergen, (1992; 1996a), manifiesta que es una falacia que el yo (aquellos aspectos que definen a un individuo) sea una entidad autónoma e independiente. La identidad individual es una ilusión modernista ya que el yo no está dentro de la persona sino que tiene un compuesto temporal construido a partir de la interacción social, el yo no esta separado del otro porque es sólo a través de la relación social donde se construye la idea de una personalidad (Shotter, 1996). El yo no se concibe como una entidad cosificada e intrapsíquica sino como una entidad narrativa que se aborda dentro de un contexto de significado social. Levinas (citado por Lax, 1996), considera que el yo no empieza a existir en un momento puro de autoconciencia autónoma, sino en relación con

el otro, ante quien permanece siempre responsable. En la terapia no se viene a imponer la realidad propuesta por un individuo (el terapeuta) sino que se viene a co-construir entre terapeuta y cliente una nueva forma de narrar la realidad del cliente (Anderson, 2001). Así, el principal foco de interés del socioconstruccionismo es el proceso micro social; lo que se comunica en un momento determinado y en las condiciones contextuales en las que los relatos suceden. De este modo el emplazamiento de la explicación que de cuenta de la acción humana se traslada a la esfera de lo relacional. (Gergen, 1996a; Ibáñez, 1994).

4) La relación terapeuta/ cliente.

Uno de los compromisos construccionistas es el de romper de forma tajante con la tradicional y asimétrica relación entre terapeuta y paciente. De hecho, se propone que el término *paciente* no deba ser utilizado en la nueva relación, ya que su connotación médica esta expresando una asimetría, entre el enfermo, el que no sabe, y el sabio, el sano, el terapeuta. Éste representa un primer paso hacia la desaparición del poder-control unilateral del terapeuta. Así, el terapeuta pierde su posición tradicional de experto, y la relación terapeuta-cliente se convierte en una heterarquía relacional (Anderson, 1999; 2004c). Anderson (1999; 2004c) propone que la forma de dirigirse a los clientes sea de una manera respetuosa, mostrando un interés genuino por sus ideas y sentimientos, y se procure valorar sus puntos de vista tanto como los propios del terapeuta. De esta manera, la conversación se convertirá de un *hablarle a*, a un *hablar con*. Adicionalmente, se invita al terapeuta a que haga una reflexión acerca de sus propios prejuicios, que los mantenga siempre a la vista y que se vuelva el objeto de su propia observación (Andersen, 2001b; Anderson, 1999; 2004b; 2004c; Lax, 1996).

5) El abandono de las patologías.

La patología en el construccionismo desaparece como tal. Inherentemente los procedimientos psicoterapéuticos modernos, han contribuido a un proceso de *enfermización progresiva*, que también sigue un curso más amplio, de tipo socio-cultural: primero, las dificultades cotidianas, se convierten, por medio del uso de un lenguaje sofisticado y profesional en enfermedades mentales, extirpando así sus significados culturales e históricos; después este conocimiento pasa a formar parte del lenguaje común, por medio de los modelos educativos, de los medios de comunicación hasta el punto en que la gente *sabe, aprende* a como estar mentalmente enferma; posteriormente, a medida en que las personas construyen sus problemas en el lenguaje profesional, y mientras más personas estén familiarizándose profesionalmente con éste tipo de lenguajes, tenderá a expandirse, sin embargo llegado el momento el lenguaje sagrado se convierte en profano y así peligra la existencia del experto como tal, por lo que éste buscará "hacer avanzar la comprensión" de los problemas, producir una terminología más sofisticada y generar nuevas ideas y nuevas terapias. De este modo, cuantos más problemas se construyen dentro de la cultura, más se busca ayuda y el discurso del déficit de nuevo se hincha. El meollo del asunto no es la etiología de los síntomas sino los procesos sociales e interpersonales y la dinámica que mantiene esos síntomas. El terapeuta podrá desencadenar un proceso de cambio si logra interferir en la repetición de la misma experiencia que llevó al cliente a la terapia. Este cambio representa un paso del diagnóstico y la cura a la responsabilidad cultural. A medida que el acento se desplaza a la construcción lingüística de la realidad, las enfermedades y los problemas pierden su privilegio ontológico ya que no son independientes sino construcciones culturales. No hay problemas más allá del modo en que una cultura los constituye como tales (Gergen, 1996a).

7) El compromiso moral.

Al parecer, dada la neutralidad en la ciencia, el científico ha pasado a ser un personaje amoral, ubicado lejos de las consideraciones acerca de lo que es bueno o malo, correcto o incorrecto, perjudicial o benéfico, pues su participación se concreta únicamente a las apreciaciones *objetivas*.

Sin embargo, desde el punto de vista del socioconstruccionismo, se ha encontrado una relación directa entre el código moral del terapeuta y sus premisas de orden científico, pues ambas modalidades se encuentran como parte de una actividad cultural y social. Para los terapeutas construccionistas es mejor aceptar esta condición desde la ciencia, y desde la terapia, para permitir expresar opiniones y abrir discusiones acerca de temas que toquen el sentido moral de la práctica social. El terapeuta debe mantener las diferentes posturas al respecto (incluyendo la suya), como relatos que constantemente tienen que someterse a revisión: ¿Qué es lo que se dice? ¿Quién lo dice? ¿Para que es que se dice? ¿Para quién se dice? ¿A que intereses responde? ¿De que manera este relato acalla otras voces diferentes? Indudablemente estas posibilidades, tienen el propósito de que el terapeuta se indague acerca del compromiso y la responsabilidad ética que como profesional tiene (Gergen, 1996a; 2006).

Estas ideas, naturalmente tienen implicaciones importantes sobre la manera de concebir la terapia. A menudo el objetivo de una terapia postmodernista, es crear un contexto dialógico y relacional para la transformación. Contemplando que las personas tienen múltiples formas de ser y relatar, y por tanto que existen ilimitadas formas de interpretar, la terapia se convierte en una forma de búsqueda hacia una narración más provechosa para el cliente. Contrario a lo que ocurría con las terapias tradicionales, el discurso que se produce a cada momento de la terapia no es más importante ni menos importante que cualquier otro momento, simplemente es; el pensamiento del terapeuta es expuesto, no existen conversaciones secretas o a espaldas del cliente, las sesiones no están predeterminadas, ni se sigue un plan o una secuencia de pasos preestablecidos, no hay objetivos determinados de antemano, ni formas correctas o incorrectas de hacer terapia. (Anderson, 2001; Anderson, 2004c; 2004b; Lax, 1996).

La intención del presente trabajo es describir la forma en la que, los terapeutas considerados Orientados a soluciones -inclusivos-, Centrados en soluciones, Colaborativos Conversacionales, Narrativos y Reflexivos conciben la terapia desde una óptica narrativa. Para ello se hace una revisión parcial del material bibliográfico disponible para cada escuela, para posteriormente tratar de identificar algunos aspectos importantes como el papel del terapeuta, la relación que puede establecer con las personas y con sus problemas, la manera en la que piensan que ocurre el cambio, los recursos terapéuticos con que cuentan, y los alcances y limitaciones de sus propias perspectivas terapéuticas. Cada escuela ha adoptado, en mayor o menor medida, los supuestos de esta filosofía construccionista y cada una le ha dado un énfasis y un uso particular a cada uno de los argumentos, de tal manera que constituyen enfoques distintos en su práctica, pero que han mantenido una congruencia narrativa. De ahí el interés por exponer la forma de trabajar de cada una, como un recurso para la práctica clínica actual⁴.

Asumimos que independientemente de su orientación, cada una de las escuelas de terapia, por medio de los escritos de sus representantes, nos sugieren ideas acerca de las cosas en las que

⁴ En un primer momento la idea de elaborar esta tesis fue el identificar algunos aspectos que distinguen a algunas de las escuelas influidas por la metáfora cibernética, para posteriormente contrastarlas con aquellas orientaciones de tipo narrativo. Sin embargo, la información recopilada rebasaba en mucho las pretensiones iniciales, por lo que únicamente nos centramos en la manera en la que los autores se asumen frente a la postura narrativa. Para ello se revisaron los materiales escritos por los autores y se clasificaron en las seis categorías a continuación descritas. Aunque aún no existía aún un procedimiento metodológico claro, a partir de la elección del Análisis de contenido, fue necesario revisar nuevamente la información escrita para identificar textualmente las ideas de los autores y concentrarlas en cuadros. Pero vaciar la información de estas seis categorías, constituía una labor demasiado ardua y extensa, por lo que se eligieron dos de las categorías que ayudaran a alcanzar el objetivo de este trabajo (identificar las características de las escuelas narrativas): el contexto de desarrollo del enfoque y las premisas de los autores orientados al cambio. Sin embargo, coincidimos en incluir en los resultados, la descripción de las demás categorías, porque esto puede generar una visión más amplia de las características de cada escuela terapéutica.

nos vamos a centrar o ignorar, qué podemos preguntar, cómo abarcar los problemas, cómo pueden surgir los cambios, y como determinar si la terapia lleva un camino acertado (a juicio de los autores), entre otros aspectos. Además se puede establecer la manera en la que sus ideas fueron cobrando forma, los personajes o hechos de los que se influyeron, la manera en la que han aplicado este conocimiento en su quehacer terapéutico y sus expectativas con respecto a su propio trabajo. Del conocimiento de estas perspectivas narrativas, surge la necesidad de recopilar las principales ideas y de darle un sentido que nos ayude a esclarecer los puntos de vista de los diferentes autores y a establecer un hilo conductor que ayude a comprender más las características de este movimiento *postmoderno*. Una manera de lograrlo, es organizando la información adquirida de las producciones escritas (libros, artículos, páginas web, etc.) por cada autor⁵, en categorías distinguibles, de tal manera que se puedan identificar por lo menos los siguientes aspectos:

Contexto del desarrollo del enfoque. En esta categoría se da una descripción del desarrollo de la escuela en su teoría, así como las principales personalidades que influyeron en la misma a través de la historia. Son importantes indicadores textuales que hacían referencia a: semblanzas históricas; anécdotas relevantes para los autores y fechas; descripciones que los propios autores hacen acerca del desarrollo de su teoría *“me han influido; comparto sus ideas; me identifiqué con esta teoría; autores influyentes en la construcción de la teoría”*.

Premisas del autor acerca de los problemas psicoterapéuticos. En este rubro se trata de hacer una descripción lo más cercana posible de lo que la escuela considera la formación del *"problema"*, si se tiene, así como la evolución de las diversas concepciones de éste. Para la recopilación de tal información son importantes indicadores textuales como: *razones por las cuales las personas acuden a terapia o motivos de consulta; dificultades que presentan las personas o familias, cómo es que surgen los problemas en las personas o familias; por qué sufren las personas o familias; verdades que aprisionan la vida de las personas.*

Premisas del autor orientadas al cambio. En este apartado se trata de hacer una descripción de cómo se concibe el cambio en las personas. Los indicadores textuales para identificar esta información son: *cómo las personas pueden dejar de sufrir;; qué pasa en las personas cuando ya no sufren; qué empiezan a hacer las personas cuando cambian; y cómo surge el cambio; cómo las personas son agentes activas de cambio; cómo las personas cambian la forma de ver las cosas; qué considera útil el autor para el cambio; comentarios específicos del terapeuta al cliente que tienen como objeto provocar un cambio; concepciones acerca de qué es una vida mejor; historias alternativas que abren posibilidades en la vida de las personas.*

Propuesta de trabajo terapéutico. Aquí, se pretende señalar los procesos o etapas por las cuales la terapia se desarrolla. Los indicadores que se utilizaron para la conformación de dicha unidad de contexto son palabras como: *proceso terapéutico; algunos pasos del proceso de terapia son lo siguientes; es importante trabajar primeramente; la primera parte de la entrevista consiste, y después de ello, el terapeuta podrá o deberá, y finalmente la terapia se termina cuando...*

⁵ A partir de la utilización de Análisis de Contenido como instrumento metodológico, estas producciones escritas se denominan *corpus*. La selección de este corpus, tuvo como base los materiales recomendados por profesionales en el área clínica que participaron en el “Programa de terapia familiar con enfoque sistémico y narrativo” (2000), y que abarca un periodo comprendido entre el inicio de la década de los ochentas (porque algunos autores hablan de esta década como el inicio del movimiento narrativo en la terapia) hasta el año de 2005. También se hizo una búsqueda posterior en el acervo bibliográfico de la UNAM y en las páginas electrónicas oficiales de los autores o los institutos en los que trabajan; esto con el fin de utilizar referencias de “primera mano” y al alcance de cualquier alumno de licenciatura en psicología.

Posibilidades de acción terapéutica. En esta categoría se describen las diversas formas específicas que el autor emplea para promover el cambio en las personas. Aunque los autores no comprenden el término *intervención* o *técnica*, desde esta categoría se pretende incluir comentarios o preguntas específicas encaminadas a facilitar el cambio. Los indicadores textuales para tal información son: *preguntas que invitan a la reflexión acerca de sus vidas; .preguntas acerca de las concepciones que se dan por sentadas; y preguntas para cambiar la forma de ver la vida; qué el autor considera útil para el cambio; comentarios específicos del terapeuta al cliente que tienen como objeto provocar un cambio.*

Perspectivas de los autores acerca de su trabajo. Se pretende describir la situación reciente de la escuela, las principales actividades de los representantes y perspectivas en cuanto al desarrollo de su teoría. Los indicadores textuales para encontrar tal información son: *expectativas del autor o autores en cuanto al futuro en terapia y en su teoría, esta información se encontraba en la introducción de sus libros, epílogos o bien, al final de cada capítulo o libros; así como recomendaciones del autor o autores a los lectores o terapeutas en formación.*

A continuación, se describe la metodología empleada y su posterior aplicación en el presente trabajo, para que a partir de los concentrados de la información, se pueda dar pauta a la descripción de cada una de las escuelas terapéuticas, utilizando estas seis categorías ya mencionadas, procurando reproducir las palabras y las ideas originales plasmadas en las producciones de tales autores.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA.

El propósito principal de la presente tesis es el de identificar algunos aspectos conceptuales que permitan argumentar el grado de afinidad que presentan los multicitados autores y representantes de las escuelas de terapia con el movimiento narrativo, a partir del análisis de algunas de sus producciones escritas. La búsqueda de información, tiene como fin el identificar dos aspectos: las ideas que resultan relevantes al momento de tratar de comprender el modo de hacer terapia de cada una de estas escuelas (específicamente en las explicaciones y descripciones que tienen que ver con el cambio terapéutico), y por otro lado, identificar aquellas ideas de otros autores que influyeron y que siguen influyendo de alguna manera en su forma de pensar.

Por lo anterior, consideramos utilizar un análisis cualitativo. Aunque tradicionalmente se ha preferido el empleo de las metodologías cuantitativas, dado el predominio del paradigma positivista, desde el construccionismo social se evidencia la utilidad de los métodos de investigación cualitativos. De acuerdo a Ibáñez e Iñiguez (1996), la investigación social cualitativa tiene como característica el tener una esencia naturalista e interpretativa. Señalan que aunque desde el positivismo se han acusado a quienes practican los métodos cualitativos como carentes de objetividad, de validez y de la imposibilidad de reproducción de los resultados, las teorías críticas han servido para reforzar los supuestos cualitativos, de tal manera que se ha generalizado cada vez más su uso, sobre todo en el estudio de los procesos sociales¹. En congruencia con el construccionismo social, se pretende utilizar un análisis en el que, la preocupación por la *verdad* sea sustituida por cuestiones de inteligibilidad, de utilidad social y de valor humano que invite a explorar y ampliar formas de inteligibilidad que encuentren significancia dentro de las relaciones existentes tanto en el interior como en el exterior del mundo especializado (Gergen, 1996b).

Así, en vez de buscar lo que “*en realidad lo que los representantes de las escuelas de terapia dicen*”, a través de una búsqueda exhaustiva, los autores de la presente tesis, pretendemos que una selección (un muestreo) intencional de fragmentos de algunos textos, nos permitan argumentar la inclusión narrativa de los personajes mencionados. Sin embargo, asumimos que el hecho de extraer ciertos fragmentos de esos textos y armarlos para darles congruencia, constituye un ejercicio *interpretativo* muy particular, por lo cual, el trabajo refleja una lectura diferente; una manera de entender – co- construir- (de entre muchas otras posibilidades) sobre lo que estos personajes pretenden comunicar. Esto es parte de la aportación de este trabajo².

Dentro de los métodos cualitativos, se eligió un método de análisis textual, que tuviera como materia de trabajo el texto mismo, que hiciera posible un análisis semántico-pragmático de la

¹ Ibáñez e Iñiguez (1996) considera que actualmente se han evidenciado las limitaciones del paradigma positivista, al tratar de encajar los procedimientos sistemáticos al ámbito social. De entre las críticas desprendidas a la ferviente búsqueda de lo racional y la objetividad se menciona que no es la realidad la que define la teoría, sino la teoría que define la realidad, y que poco a poco el conocimiento científico se *infiltra* en nuestra visión del mundo cotidiano, de tal manera que lo que se sugiere a través de la teoría es lo que resulta de la observación. En tales circunstancias el autor plantea que el ámbito científico es inherentemente político (ya que constantemente hay una lucha por el poder) y de consecuencias ideológicas (por el constante ejercicio de imponer una verdad sobre otra), por lo que la idea de *objetividad* en términos positivistas, se vuelve cuestionable.

² Desde un punto de vista construccionista las palabras en sí, carecen de valor. El poder y el significado de las palabras se deriva de la función que ocupan en una relación en curso. El *texto* no adquiere su eficacia retórica por la disposición particular de las palabras y las expresiones, sino por la manera en la que se relaciona con los relatos del *lector* (Gergen, 2006). De cierta forma, en este sentido, el lector acaba por ser un co-autor del texto que lee.

información y que permitiera organizar en categorías definidas la información: el Análisis de Contenido (AC)

Premisas del AC

Según Navarro y Díaz (1995) El proceso de la comunicación se manifiesta como una síntesis compuesta por elementos que se seleccionan mutuamente como: los niveles, las dimensiones y la dinámica del hecho comunicativo:

LOS NIVELES de la comunicación son: sintáctico, semántico y pragmático. El análisis textual esencialmente sintáctico no es propio del AC; aunque es posible generar alguna clase de sentido sobre el análisis sintáctico, por ejemplo la riqueza del vocabulario, el número de palabras, etc., éste se realizaría al margen de sus significados. Los niveles propios del AC son el semántico y el pragmático, ya que el nivel semántico es indisoluble del *dominio pragmático*: el significado existe fuera de la expresión misma. Las teorías del significado existen en base a cómo conciben la realidad exterior. Puede ser constituida por objetos, o por hechos objetivos, pero también como algo subjetivo; específicamente surgido de un dominio intersubjetivo (anónimo). Por tanto cuando se inquiriere en el sentido semántico rara vez puede mantenerse “objetivo” el significado; más bien se debe concebir como algo que se genera en la cultura o bien en la esfera del sujeto. En el nivel semántico, las expresiones significan lo mismo, por lo que se abordará el corpus textual aplicando un criterio de homogeneidad semántica. El nivel pragmático, constituye un dominio de la subjetividad individual con un criterio semántico diferencial, que como es generado por el sujeto, resulta indisoluble del sentido pragmático, del fenómeno comunicativo; el significado no se puede concebir como separable del sujeto, sino como una realidad entrañada por su acción y que se constituye y existe en relación consigo misma. El significado adquiere la complejidad de este dominio que se manifiesta en las *dimensiones* y *dinámicas* del hecho comunicativo, de interacción modulada por las circunstancias en las que se produce, por lo que las dimensiones y las dinámicas asumen este carácter pragmático.

LAS DIMENSIONES son formas en las que se emplean las expresiones del sujeto comunicador (autor). “la interpretación pragmática domina la semántica, y ésta por su parte domina la interpretación del nivel sintáctico” (p. 186), por ende aunque las dimensiones son pragmáticas su realización es en los niveles sintáctico y pragmático (una concepción objetivista suele considerar una dimensión descriptiva del texto). Las dimensiones comunicativas constituyen un proceso de carácter reflexivo; las dimensiones trasparecen en los niveles sintáctico y semántico y con un patrón de coherencia que el analista debe detectar. Las dimensiones descriptivas y evaluativas suelen definir estructuras altamente significativas; sus relaciones constituyen configuraciones de contenido cognitivo y emocional a través de las cuáles el sujeto percibe la realidad. Cuando el investigador aborda el análisis de un corpus textual debe decidir cuáles de las dimensiones comunicativas presentes en esos textos va a examinar. La opción que adopte contribuirá a la configuración de la estrategia.

LAS DINAMICAS se refieren al hecho comunicativo que produce y da sentido a un texto, en una determinada dirección, proceso en el que resultan involucradas las subjetividades que cobran relevancia en relación con el propósito del texto. Siempre que hay comunicación, alguien comunica y se comunica algo, para algo y alguien. Los elementos de las dinámicas son: contenido, propósito, sujetos comunicadores y sujetos blancos de la comunicación. Para que la comunicación resulte eficaz el contenido debe adecuarse al sujeto comunicador, a su intención y a las características de los a quienes va dirigida la comunicación. Las dinámicas del hecho comunicativo se reflejan en los niveles y en las dimensiones aludidas anteriormente. Es importante señalar que se tiene la certeza de que cualquier análisis aplicado a una síntesis concreta destruye el sentido comunicativo, no obstante, esta desarticulación permite tener acceso a un plano distinto.

De acuerdo a los objetivos de la investigación se elegirá el tipo de estrategia a seguir:

Una estrategia **extensiva** reducirá los elementos considerados, ignorando otros, con el fin de lograr un tratamiento exhaustivo, completo y preciso, por lo que se requiere un corpus textual amplio, producido por una cantidad apreciable de autores. Desde una estrategia **intensiva**, todos los elementos presentes en el texto se integrarán en el análisis, que suele tener un objeto corpus pequeño. Es posible realizar en una misma investigación, un análisis intensivo de textos producidos por varios autores, pero cada texto debe generar resultados que posteriormente podrán compararse con otros, aunque todos los textos mantendrán su individualidad en tal proceso. Una estrategia **intertextual** busca el sentido virtual de un texto en relación con otros textos del mismo u otros autores. A su vez, estas estrategias tienen dos métodos: el *agregativo*, y el *discriminativo*. En el primer caso se busca unificar los textos en un único dominio y se aplican de forma generalizada las operaciones analíticas y se evalúan globalmente los resultados. El sentido intertextual hace que los textos generados entren en *resonancia cooperativa* como síntesis concretas de subjetividades análogas: partidos, clases sociales, etc.; procurando considerar que el conjunto de los textos aglomerados sean productos de una misma subjetividad o de subjetividades equivalentes. En el caso del método discriminativo, cada texto se agrupa en dominios analíticos diferentes para realizar comparaciones. El sentido intertextual deberá reconstruirse a partir del contraste entre los resultados del análisis entre cada texto o grupos de textos. El objetivo es caracterizar las diferencias entre subjetividades, y permitir encontrar la *resonancia diferencial* entre los textos al dejar ver a través del análisis sus diferencias. Por otro lado, una estrategia **extratextual** busca establecer el sentido virtual del texto contrastándolo con sus presuposiciones no textuales; esto es, las *circunstancias* de la situación comunicativa conocidas por el productor y el destinatario producidas en el hecho comunicativo. Las realidades, por su parte, pueden ser del contexto inmediato de la producción de un texto –no presentes en el texto–, o bien agrupar todas las declaraciones a través de la historia para sustraer la ideología o su evolución. En este caso el entorno textual será denominado *subjetivo* (Navarro y Díaz, 1995).

El AC, a diferencia de otros métodos de análisis textual, se concentra en “algo” en relación con lo cual el texto define y revela su sentido, es decir, con lo cual el texto funciona. De esta forma el análisis no se realiza dentro del texto, sino fuera de él, sin embargo el investigador trabaja con expresiones escritas sobre textos (Navarro y Díaz, 1995). El AC puede definirse como un conjunto de procedimientos que tienen como fin la producción de un *metatexto* analítico, en el que se presenta el *corpus*³ de manera transformada; operada por reglas definidas, teóricamente justificada por el investigador a través de una interpretación adecuada; por lo que el *metatexto* es producto del investigador. El AC es un procedimiento que muestra aspectos no directamente perceptibles, y sin embargo presentes; por lo que es un mecanismo capaz de generar preguntas y no respuestas. Esto es posible mediante el uso de ciertas estrategias que dependen del objetivo de la investigación y del tamaño del corpus. Estas estrategias se definen en base a dos criterios: las extensivas y las intensivas, y por otra parte las intertextuales y las extratextuales (Navarro y Díaz, 1995).

De acuerdo a Navarro y Díaz (1995), cuanto más extenso sea el corpus, más numerosos serán los autores y más difícil será realizar un análisis sobre las dimensiones y las dinámicas del texto. De la misma forma, cuanto más variada sea la co-autoría del corpus, más diversos serán sus contextos, y más fácilmente se podrán aplicar estrategias intertextuales y más complicado será el uso de las estrategias extratextuales. De forma particular los análisis macro realizados sobre un corpus grande y con muchos autores adoptan perspectivas extensivas e intertextuales; en tanto que los análisis micro, que operan sobre un corpus pequeño y con pocos autores pueden analizarse mejor

³El autor concibe como *corpus*, al conjunto de información, textual y extratextual, que permitirá establecer conexiones teóricas y organizar el propio proceso de análisis.

utilizando técnicas intensivas y extratextuales. En el presente trabajo conviene por tanto seguir una estrategia de tipo *extensiva e intertextual discriminativa*: Por un lado es *extensiva*, porque se han seleccionado fragmentos de los textos (ignorando una amplia cantidad de información), para categorizar su contenido. El corpus de esta investigación es relativamente amplio, producido por los autores representantes de cada escuela de terapia. Es también de tipo *intertextual* porque busca establecer el sentido virtual de un texto. Por lo que el análisis también comprende convertir a cada texto en rubros analíticos diferentes para tener acceso a un plano distinto y a posteriores comparaciones entre las escuelas. Es *discriminativa* porque el propósito de este trabajo es contrastar las posturas con respecto al cambio terapéutico y de las influencias teóricas de los diferentes autores y revelar sus diferencias o correspondencias entre las escuelas. De forma general Navarro y Díaz (1995) describen los pasos a seguir para llevar a cabo el AC :

1. Determinar los objetivos del estudio y los medios, ¿qué se va a investigar? (propósito teórico) ¿para que va servir el estudio? (propósito pragmático)
2. Concretar la(s) Hipótesis del estudio.
3. Establecer el instrumental metodológico (marco metodológico) mediante la cual se va a extraer la evidencia empírica
4. Definir el material empírico, constituido por cierto corpus textual (o cierta muestra de corpus). El investigador puede tener un corpus textual definido *a priori* pero en ocasiones puede estar determinado por ciertas exigencias pragmáticas. El corpus puede recopilarse en caso de que exista con independencia de la investigación o bien producirse (grupos de discusión o entrevistas de profundidad). Ese conjunto de textos funcionara como corpus de análisis, viene acompañada por información extra textual que permiten establecer conexiones teóricas y organizar el proceso de análisis.
5. El proceso de análisis comienza por establecer unidades básicas de relevancia (significación) que el investigador se propone extraer del corpus. Estas unidades se identifican como *unidades de registro*, las cuáles tendrán una amplitud (palabra, oración, etc.) de acuerdo a los objetivos de la investigación. La definición de éstas unidades representará un segmento textual discernible y cuyas ejemplificaciones en el corpus pueden ser exhaustiva y fácilmente detectadas.
6. Establecimiento de las unidades de registro (de contexto). Las unidades de registro son unidades de relevancia que el investigador o investigadores se proponen extraer del corpus que se consideran relevantes para la investigación. Las unidades de registro comprenden un contenido semántico clave para el análisis y son discernibles y localizables en lugares concretos dentro del texto. Para detectar esta localización se hace referencia a las unidades de contexto. Una unidad de contexto proporciona un marco interpretativo de las unidades de registro por lo que existe una relación entre ambas. Las unidades de contexto definen por lo menos en parte a las unidades de registro que comprenden.
7. Una vez definidas las unidades de registro y de contexto se realiza la fase de *codificación de datos*. Los datos son el conjunto de unidades de registro detectadas en el texto que se adscriben a sus respectivas unidades de contexto. Para ser contabilizadas puede hacerse uso de métodos estadísticos. Para establecer las relaciones se debe determinar el tipo de éstas que pueden ser por equivalencia, oposición o asociación. Estos datos son el fruto del proceso de análisis que se obtienen de los datos en bruto (los textos). *El proceso de codificación consiste en la adscripción de las unidades de registro detectadas en el corpus en sus respectivas unidades de contexto.*
8. El siguiente paso del análisis de contenido es la categorización que consiste una clasificación de las unidades de registro previamente codificadas e interpretadas en sus respectivas unidades de contexto que en este trabajo son de criterio semántico. Las similitudes o diferencias se determinan un criterio homogéneo. Las categorías pueden relacionarse construyendo estructuras o esquemas (en este caso serian las tablas finales- una vez convertidas las unidades de registro en categorías). La categorización es un instrumento que reduce la complejidad de los datos analíticos que se aplicó en este caso porque se tiene un corpus textual amplio. Los esquemas categoriales pueden existir con independencia del análisis o surgir del mismo o bien ser creados por el investigador esto sucede si el contenido es heurístico (nuevos) o mal conocidos.
9. Tras la fase de categorización y sus correspondientes enumeraciones o relaciones se abre la parte interpretativa e inferencial de la investigación; que es el momento propiamente teórico de esta que se obtiene a partir de los datos, el de las realidades subyacentes que dieron origen a la producción de datos. La forma en se conciben las realidades dependerá de los elementos comunicativos y de los métodos y técnicas empleados.

A continuación, se aplica este procedimiento a los fines del presente trabajo.

APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.

Objetivo

Identificar a partir de la revisión de material publicado, algunos aspectos conceptuales con respecto a la manera en que se genera el cambio terapéutico y establecer las influencias de otros autores, en la conformación de tales ideas, que se asuman dentro del llamado *movimiento narrativo*, en las siguientes aproximaciones terapéuticas: Terapia Centrada en las Soluciones (De Shazer), la Terapia de Posibilidades/Inclusiva (O'Hanlon), la Terapia Colaborativa Conversacional (Anderson), la Terapia Narrativa (White) y el Equipo Reflexivo (Andersen). Estas formas de terapias, se revisaron en el "Programa de Terapia Familiar y de pareja con enfoque sistémico/narrativo" (Beltrán, 2000).

Instrumental metodológico.

La información que se tomará en cuenta para este análisis, proviene de las producciones escritas disponibles en nuestro particular contexto académico⁴ (en bibliotecas, -libros, revistas, artículos inéditos- además de la información disponible en las páginas de Internet de cada autor o escuela de terapia). Posteriormente se seleccionan aquellas ideas que tienen que ver con 1) el contexto de la aparición del enfoque y 2) las premisas del autor orientadas al cambio. Una vez identificadas estas ideas, se vacían en cuadros con las siguientes características:

1. En caso de que la información provenga de libros:

Referencia (Autor, año de publicación, título de la publicación, editorial, lugar de edición, año de publicación original)⁵

Contexto de aparición del enfoque / Premisas del autor orientadas al cambio	Paginas
*información seleccionada	

2. En caso de que la información provenga de revistas:

Referencia (Autor, año de publicación, título del artículo, nombre de la revista, volumen, páginas, año de publicación original)

Contexto de aparición del enfoque / Premisas del autor orientadas al cambio	Paginas
*información seleccionada	

⁴ Las producciones escritas referidas, constituyen un muestreo intencional no aleatorio. Una parte de estas, fue recomendada en el "Programa de terapia familiar con enfoques sistémicos y narrativos" (Beltrán, 2000), como una primera aproximación hacia el conocimiento de tales escuelas de terapia. Posteriormente se realizó una búsqueda en el acervo bibliográfico de la UNAM y en las páginas electrónicas de los autores. Todos los escritos fueron realizados a partir de la década de los ochentas al 2005.

⁵ Las referencias se hacen basadas en el APA STYLE GUIDE de 2005. Disponible en <http://www.lib.usm.edu/userguides/apa.html>

3. En caso de que la información provenga de Internet:

Referencia (Autor, año y mes de publicación, título de la publicación dirección electrónica)

Contexto de aparición del enfoque / Premisas del autor orientadas al cambio
*información seleccionada

Corpus de análisis.

Este material se ordena de forma cronológica (de acuerdo a la publicación original) para poder apreciar las transformaciones de las diversas escuelas, en cuanto al desarrollo de sus teorías y conceptos. A continuación, se cita la bibliografía utilizada es decir, el *corpus*.

<i>Escuela orientada a las soluciones (William Hudson O'Hanlon)</i>
1. O'Hanlon, W. H. (1989) <i>Raíces profundas</i> . Barcelona: Paidós (trabajo original publicado en 1987)
2. O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1997). <i>En busca de soluciones</i> . Barcelona: Paidós. (trabajo original publicado en 1989)
3. O'Hanlon, W.H. (1996) La historia llega a ser su historia: una terapia en colaboración y orientada hacia la solución de los efectos secundarios del abuso sexual. En Mc. Namee S. y Gergen, K. (1996) <i>La terapia como construcción social</i> Barcelona: Paidós (trabajo original publicado en 1992).
4. Cade y O'Hanlon. (1995). <i>Guía breve de terapia breve</i> . Barcelona: Paidós (Trabajo original publicado en 1993)
5. O'Hanlon, W.H. (1993) " <i>Possibility therapy: From iatrogenic injury to iatrogenic healing</i> " en S. Guilligan y R. Price (eds.) (1993) <i>Therapeutic conversations</i> (p.p. 3-17). New Cork: W.W. Norton. (Original, 1993)
6. O'Hanlon, W. H. (2001). <i>Desarrollar Posibilidades: Las alteraciones iatrogénicas como medio de curación</i> . En O'Hanlon S. y Bertolino, B. (Comps.). (Trabajo original de 1999).
7. O'Hanlon, W. H. (2003). <i>Pequeños grandes cambios: 10 maneras sencillas de transformar tu vida</i> . Paidós, México. (Trabajo original de 1999)
8. O'Hanlon, W.H. (2005a). <i>Possibility Therapy FAQ: Frequently Asked questions about possibility therapy</i> . Disponible en: http://www.brieftherapy.com/workshops/hire/html fecha de acceso 2/julio/ 2005.
9. O'Hanlon, W.H. (2005b). <i>Levels of intervention: Five levels of intervention in couples' therapy</i> . Disponible en: http://www.brieftherapy.com/workshops/hire/html . Fecha de acceso 2/julio/ 2005.

Escuela centrada en las soluciones (Steve de Shazer)

1. De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve: Un Enfoque Ecosistémico*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1982)
2. De Shazer, S. (1995). *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós (Trabajo original publicado en 1985)
3. De Shazer, et al. (1986). *Brief therapy: Focused Solution Development*. *Family Process*, 25 (1), 207-221 (trabajo original publicado en 1986)
4. De Shazer, S. (1997). *Claves en Psicoterapia Breve. Una teoría de la solución*. Gedisa: Barcelona (Trabajo original publicado en 1988)
5. De Shazer, S. y Berg, I. K. (2001). *Hacer hablar a los números: el lenguaje en la terapia*. En: Freedman, S. (Comps.). *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa. (Trabajo original publicado en 1993)
6. De Shazer, (1993) *Creative Misunderstanding: There Is No Escape from Language*. En S. Guilligan y R. Price (eds.) *Therapeutic conversations* (p.p. 81-90). New York: W.W. Norton (trabajo original publicado en 1993).
7. De Shazer, S. (1999). *En un principio las palabras eran magia*. Gedisa: Barcelona. (trabajo original publicado en 1994)
8. De Shazer, S. y Miller, G. (1998). *Have you heard the Latest Rumor About...? Solution-Focused Therapy as a Rumor*. *Family Process*, 37 (1), 363-377.
9. De Shazer, S. (2005a). *The miracle question*. Disponible en www.brief-therapy.org/steve_miracle Fecha de acceso 2/julio/ 2005
10. De Shazer, S. (2005b). *Some SFBT language-games*. Disponible en www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005
11. De Shazer, S. (2005c). *Emotions and scaling questions*. Disponible en www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005
12. De Shazer, S. (2005d). *Don't think, but observe: what is the importance of the work of Ludwig Wittgenstein for the solutions-focused brief therapy*. Disponible en www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005
13. De Shazer, S (2005e). *Thinking about Miracle Question*. Disponible en: www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005
14. De Shazer, S (2005f). *Goals and solutions: a useful distinction*. Disponible en: www.brief-therapy.org/steve_goals.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005

Escuela narrativa (Michael White).

1. Epston, D.; White, M. y Murray, K. (1996) *Una propuesta para reescribir la terapia. Rose: la revisión de su vida y un comentario*. En Mc Name, S. y Gergen, K. (1996) *La terapia como construcción social*, Paidós, Barcelona. (trabajo original publicado en 1992).
2. White, M. (1992). *Men's Culture, the Men's Movement, & the Constitution of Men's Lives*. *Dulwich Centre Newsletter*. 3(4), 33-52.
3. White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
4. White, M. (1993). *Commentary: The Histories of the Present New Directions in Family Therapy*. En S. Guilligan & R. Price. *Therapeutic Conversations*. New York: Norton. (trabajo original publicado en 1993).
5. White, M. (1994). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Gedisa
6. White, M. (2002a). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
7. -White, M. (2002b). *El Enfoque Narrativo en la Experiencia de los Terapeutas*. Barcelona: Gedisa
8. White, M. (2002c). *Narrative Therapy*. Dulwich Centre. [On line]. Disponible: <http://www.massey.ac.nz/~alock/virtual/white.htm>. Traducción: Patricia Ramírez.
9. White, M. (2004). *Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective*. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*. 2004(1), 45-76.

Escuela colaborativa conversacional (Harlene Anderson)

1. Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). *Human systems as linguistic systems: preliminary an evolving ideas about the implications on clinical theory*. Family Process, 27 (4), 371-393 (trabajo original publicado en 1988)
2. Anderson, H y Goolishian, H. (1995). *Narrativa y self: algunos dilemas postmodernos de la psicoterapia*. En: Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Fried, D. (Comp.). Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires; Paidós.
3. Anderson, H y Goolishian, H. (1996). *El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico*. En: McNamme, S. y Gergen, K. (Comps.). La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1992)
4. 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. (trabajo original publicado en 1993).
5. Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Amorrortu (trabajo original publicado en 1997)
6. Anderson, H. (2004a). *Becoming a postmodern Collaborative therapist. A clinical and theoretical Journey. Part I*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/parti.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004
7. Anderson, H. (2004b). *Becoming a postmodern Collaborative therapist. A clinical and theoretical Journey. Part II*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/partii.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004
8. Anderson, H. (2004c). *Postmodern Social Construction Therapies. Dialogue*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004
9. Anderson, H. (2004d). *Listening, speaking, and hearing: The relationship to dialogue. Consultation and supervision excercises*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004
10. Anderson, H. (2004e). *Supervision as a collaborative learning community*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004
11. -Anderson, H. (2004f). *Ethics and uncertainty: Brief unfinished thoughts*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/partii.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004
12. Anderson, H. (2004g). *As if exercise*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/psct.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004
13. Anderson, H. (2004h) *Postmodern collaborative and person-centered therapies: what would Carl Rogers say?* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004

Escuela reflexiva (Tom Andersen).

1. Andersen, T. (1994). *El equipo Reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
2. Andersen, T. (1995). *El lenguaje es poderoso pero puede ser peligroso*. Conferencia expuesta en el 7º. Congreso Mundial de Terapia Familiar en Guadalajara Jalisco, México. Octubre 25 al 29 de 1995.
3. Andersen, T. (1996). *Reflexiones sobre la reflexión con familias*. En: Mc. Namme, S. y Gergen K. (Comps.). En: La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós. (original publicado en 1992).
4. Andersen, T. (2001a). Una colaboración por algunos llamada psicoterapia. Vínculos llenos de expresiones, y expresiones llenas de significado. *Sistemas Familiares*. 17(3), 77-87.
5. Andersen, T. (2001b). *Ver y oír, ser visto, y ser oído*. En: Friedman, S. (Comp.). *El nuevo lenguaje del cambio*. La colaboración constructiva en psicoterapia. Barcelona: Gedisa.
6. Andersen, T y Rivera, S. (2001). *Clínica y ética aplicadas: en las fronteras de lo que podemos decir y pensar*. *Sistemas Familiares*. 17 (3), 65-74.
7. Andersen, T. (2002). *Blinding and Deafening Moments, and Threatwning Futures: In the wake of September 11,2001*. *Family Process*. 41(1), 11-14.
8. Andersen, T. (2003). *Los diagnósticos son sólo palabras*. Disponible en: www.enlaceweb.net/pipe/interlink/2003-october/001835.html. Fecha de acceso:17/04/2005
9. Andersen, T. (2004). *Una colaboración: Algo llamado supervisión*. En: Licea, G., Paquentin, I. y Selicoff, H. (Comps.). *Voces y más Voces. Reflexiones sobre la supervisión*. Vol. II. México: Instituto de psicoterapia Alinde.
10. Andersen, T. (2005a). *Perspectivas Sistémicas. Una forma democrática de hacer terapia*. Disponible en: www.redsistemica.com.ar/andersen.htm. Fecha de acceso:17/04/2005
11. Andersen, T. (2005b). *New Therapist. Ethics, ontology and peace*. Disponible en: www.newtherapist.com/andersen.html. Fecha de acceso:17/04/2005
12. Andersen, T. (2005c). *On the road with Tom Andersen*. Disponible en: www.newtherapist.com/andersen13.html. Fecha de acceso:17/04/2005.

Codificación. Establecimiento de las unidades básicas de relevancia.

La codificación permite extraer los datos considerados principales del corpus. Para tal fin, se construirán tablas comparativas, enfatizando las características de cada una de las escuelas terapéuticas: Centrada en Soluciones, Terapia de Posibilidades, Narrativa, Colaborativa Conversacional y Equipo Reflexivo.

Unidades de contexto.

Esta unidad proporciona un marco interpretativo de las unidades de registro por lo que existe relación entre ambas unidades. Las unidades de contexto corresponden a descripciones de las posteriores unidades de registro; en este caso se utilizó el criterio semántico. Se eligieron las siguientes unidades de contexto porque se considera que éstas pueden ayudar a obtener una comprensión más simple de cada una de las escuelas, ya que son unidades elementales en terapia. A continuación se enuncian las unidades de contexto utilizadas:

1) *Contexto del desarrollo del enfoque.* En esta unidad de contexto se da una descripción del desarrollo de la escuela en su teoría, así como las principales personalidades que influyeron en la misma a través de la historia. Para la recopilación de esta unidad fueron importantes indicadores textuales que hacían referencia a: semblanzas históricas; anécdotas relevantes para los autores y fechas; descripciones que los propios autores hacen acerca del desarrollo de su teoría (me han influido; comparto sus ideas; me identifico con esta teoría; autores influyentes en la construcción de la teoría).

2) *Premisas del autor orientadas al cambio.* En esta unidad de contexto se trata de hacer una descripción de cómo se concibe el cambio en las personas; así como la evolución de las diversas concepciones respecto a este cambio. De la misma manera se trató de que esta descripción sea lo más cercana posible a las palabras del representante o de los representantes de dicha escuela. Cabe señalar que la mayoría de la bibliografía utilizada fue en español y siempre que se pudo recurrir al idioma original trató de emplearse la misma palabra traducida y cuando no sucedió esto, se escribieron en el idioma inglés. Los indicadores textuales para identificar esta información fueron: cómo las personas pueden dejar de sufrir; la concepción que el autor tiene acerca de la forma en que las personas dejarán de sufrir; qué pasa en las personas cuando ya no sufren; qué empiezan a hacer las personas cuando cambian; y cuando las personas dejan de sufrir -cómo surge el cambio; cómo las personas son agentes activas de cambio; cómo las personas cambian la forma de ver las cosas; qué el autor considera útil para el cambio; comentarios específicos del terapeuta al cliente que tienen como objeto provocar un cambio; concepciones que el cliente tiene acerca de qué es una vida mejor; historias alternativas que abren posibilidades en las personas.

Unidades de registro y codificación de datos.

Son unidades de relevancia que comprenden un contenido semántico clave para el análisis, éstas son localizables en sus respectivas unidades de contexto. Se consideran de relevancia porque son elementos importantes, remarcados, reiterados y explicados en los textos y constituyen puntos básicos en la construcción de su teoría (de acuerdo a la interpretación de los autores de este trabajo). En este caso las unidades de registro son aquellos párrafos seleccionados de información que hablen del contexto de aparición del enfoque y de las premisas de los autores orientadas al cambio. La codificación consiste en la detección de las unidades de registro en sus respectivas unidades de contexto. Esta codificación de datos se realiza en base a sus relaciones semánticas, es decir, a sus similitudes. En esta tesis la codificación se realiza simultáneamente con la categorización. La categorización, es un instrumento que reduce la complejidad de los datos. Esta codificación además, se observa de mejor forma en las tablas de resultados.

PARTE I

*CONCENTRADOS DE INFORMACIÓN DEL
CONTEXTO DE APARICIÓN DE LOS ENFOQUES
CON TENDENCIAS NARRATIVAS*

O'Hanlon, W. H. (1989) *Raíces profundas*. Barcelona: Paidós (trabajo original publicado en 1987)

Contexto de aparición del enfoque	Pág.
<p>Las bases de la concepción de Erickson pueden examinarse bajo los siguientes encabezamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Orientación naturalista</i>. Las personas tienen dentro de sí las capacidades naturales necesarias para superar dificultades, resolver problemas, entrar en trance y experimentar todos los fenómenos del trance. Hay que hacer que esas capacidades naturales emerjan. • <i>Orientación indirecta y directiva</i>. Erickson era muy directo en cuanto a conseguir que la gente hiciera cosas y a bloquear las pautas antiguas que mantienen el síntoma. Nunca pretendió enseñar a la gente la manera correcta de vivir. Era indirecto en lo concerniente a la manera en la que las personas vivirían sus vidas una vez suprimido el síntoma e incluso en lo que tiene que ver específicamente con la resolución del síntoma. • <i>Responsividad</i>. En lugar de atribuir un carácter indestructible a los rasgos de la personalidad rígida, se trata de aprender las pautas individuales de conducta y de respuesta; después se puede utilizar esas pautas al servicio del cambio, en lugar de tratarlas como impedimentos. • <i>Orientación de utilización</i>. Se refiere a la utilización de creencias, conductas, exigencias y características rígidas de modo tal que no obstaculizan la senda hacia los resultados deseados, sino que incluso facilitan la terapia. Entre los elementos que Erickson utilizaba a menudo en el tratamiento, se contaban los problemas y los síntomas presentados, las creencias y delusiones rígidas, y las pautas conductuales rígidas. • <i>Orientación hacia el futuro</i>. Se trata de introducir en psicoterapia una orientación hacia el futuro. En este sentido la orientación no es hacia el problema sino a la solución. Erickson no estaba a favor de que se volviera al pasado en busca de los orígenes del problema o de las limitaciones aprendidas de la persona. Se orientaba a las soluciones y fuerzas que existían en la persona en el presente, o que podrían desarrollarse y utilizarse en el futuro. 	18-24
De acuerdo a Erickson, cada persona es un individuo. Por lo tanto la psicoterapia debería formularse para hacer frente a la singularidad de las necesidades del individuo... para ello se subraya la necesidad de que el terapeuta sea flexible.	24-25
Una de las piedras angulares del enfoque ericksoniano era la aceptación y utilización de las pautas presentes de conducta y experiencia del paciente: Su lenguaje, sus intereses y motivaciones, sus creencias y marcos referenciales, su conducta, sus síntomas, su resistencia	35
A menudo Erickson se comunicaba con pacientes y alumnos de una manera ambigua... un propósito era el de conseguir que los pacientes dieran forma a sus propios significados, con lo cual se los sensibilizaba a las intervenciones y comunicaciones terapéuticas.	113

O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1997). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós. (Original de 1989)

Contexto de aparición del enfoque	Pág.
Uno de los pioneros de este enfoque fue el psiquiatra Milton Erickson.	9
Hace varios años, en <i>Megatrends</i> , John Naisbitt, describió algunas tendencias poderosas que veía emerger en nuestra sociedad, que tal vez no fueron tan obvias para otras personas. De forma similar hemos observado una "megatendencia" en la psicoterapia. Dicho llanamente es una tendencia que se aparta de las explicaciones, los problemas, la patología y se dirige hacia las soluciones, competencias y capacidades.	14
A menudo los terapeutas están en desacuerdo respecto a qué causa los problemas, pero existe un mayor acuerdo respecto a las soluciones. Esto ha dado lugar a lo que se ha denominado "eclecticismo técnico" en el campo de la psicoterapia.	15
En la década de los 60's Abraham Maslow dijo que la psicología había estado avanzando en la dirección equivocada. Casi desde el principio, la mayoría de las investigaciones psicológicas habían explorado e intentado entender la naturaleza de la patología emocional, conductual y psicológica en los seres humanos. Maslow, dijo que por el contrario deberíamos estudiar a los individuos mejores y más sanos de la especie humana para averiguar lo que queremos saber sobre las personas.	15
Tradicionalmente la terapia estaba orientada sobre todo hacia el pasado, buscando en la infancia del cliente las raíces de los síntomas actuales. Más tarde en los años 60's con la aparición de la terapia de la conducta, la psicología del yo, la terapia de la Gestalt, la terapia familiar, etc. el presente o aquí y ahora se convirtió en un aspecto central en terapia. Ahora la terapia está evolucionando más allá de esta orientación del "aquí y del ahora", hacia una orientación hacia el futuro a la que no le interesa como surgieron los problemas ni incluso como se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán... En la tierra de la intervención no hay diagnósticos correctos o incorrectos, ni teoría acertada o errónea sino solamente datos acerca de qué es lo que funciona o es útil en casos concretos. Un aspecto central de esta megatendencia es que se centra en las fuerzas y capacidades de los clientes, lo que desde nuestro punto de vista es una forma más humana y menos dolorosa de ayudar a la gente que el antiguo hincapié en los déficits.	23
Por tanto se está poniendo en tela de juicio la tendencia de los terapeutas familiares a "construir una realidad" que haga destacar las deficiencias. Los terapeutas familiares están descubriendo que la exploración de los lados fuertes es esencial para combatir la disfunción familiar. El trabajo de Virginia Satir, con su énfasis en el crecimiento, se dirige a la búsqueda de alternativas normales. Lo mismo sucede con el trabajo de Iván Nagy, con su énfasis sobre las connotaciones positivas y su exploración del sistema de valores de la familia. La técnica de Carl Whitaker de desafiar las posturas de los miembros de la familia e introducir la difusión de roles, nace de su idea de que a partir de este caos inducido por vía terapéutica los miembros de la familia pueden descubrir su fuerza latente. Tanto el punto de vista de Jay Haley y Cloe Madanés, de que el sistema está organizado para proteger a la familia, como las intervenciones paradójicas de Mara Selvini Palazzoli apuntan a los lados fuertes de la familia. Milton Erickson, en su trabajo con individuos, apuntaba lógicamente en el "hecho" de que éstos poseen una reserva de sabiduría, aprendida y olvidada, pero siempre disponible.	23-24

O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1997). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós. (Original de 1989)

Contexto de aparición del enfoque	Pág.
No existe una teoría correcta de la psicoterapia. Muchas teorías diferentes y muchas técnicas y enfoques diferentes parecen producir cambios y resultados positivos	22.
El enfoque que ofrecemos no fue desarrollado en el vacío. Jay Haley y Thomas Szasz, nos dieron la idea de que es mejor tratar a la gente como si fuera normal, porque cuando las personas son tratadas como gente normal, tienden a actuar de modo más normal. También dejaron claro los efectos limitadores de las etiquetas psiquiátricas. Haley y Richard Rabkin, fueron los primeros en escribir sobre la idea de <i>negociabilidad</i> de la definición del problema...Bandler y Grinder, han subrayado la importancia de obtener imágenes e información clara sobre el resultado como forma de crear ese resultado. Entre los precursores, los más influyentes fueron Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) y el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC).	24-25
Michelle Weiner-Davis, hizo parte de su entrenamiento en el BFTC en Milwaukee, y durante varios años formó parte de su investigación. Durante el tiempo en que estuvo allí, observó como el BFTC experimentaba cambios importantes. Steve de Shazer, que ha escrito extensamente sobre el trabajo del equipo, ha empleado la analogía de la ganzúa para describir este enfoque. Mantiene que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan a la terapia para resolverlos. Es más importante la naturaleza de las soluciones. Un desarrollo interesante del BFTC es su declaración de la muerte de la resistencia. Otro hito en el camino hacia un enfoque centrado en las soluciones se produjo cuando el equipo desarrolló y advirtió la sorprendente efectividad de las prescripciones y tareas invariables que denominaron "tarea fórmula".	33
Erickson fue una figura pionera en diversas áreas de la terapia: hipnosis, terapia familiar, terapia breve y terapia estratégica. Era un genio ayudando a las personas a cambiar, pero tenía poca pericia o poco interés en entender por qué se quedaban atascadas en sus problemas. Erickson consideraba que los clientes tienen en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales los recursos necesarios para realizar los cambios que necesitaban hacer.	25 27.

Cade, B y O'Hanlon W.H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós (Original de 1993)

Contexto de aparición del enfoque	Pág.
Coincidimos en que la influencia de Milton Erickson había sido de suma importancia en el desarrollo de nuestra práctica y de nuestras ideas acerca de la terapia.	13
Sus actitudes y su genio inventivo ejercieron una influencia considerable durante el desarrollo temprano de los enfoques de la comunicación, centrados inicialmente en el proyecto de Bateson, acerca de la comunicación	19
Bateson colaboró en este proyecto con John Weakland, Jay Haley y William Fry. Otras influencias tempranas fueron las de la obra de Norbert Weiner sobre cibernética y el trabajo de Shannon y Weaver, que desarrollaba una matemática del intercambio y el flujo de la información.	19
En 1956 apareció el trabajo clásico y seminal titulado <i>Toward a theory of schizophrenia</i> , en el que se elaboraba la etiología de la esquizofrenia sobre la base de la teoría del doble vínculo de Bateson.	20
Nosotros ya no utilizamos el paradigma sistémico como nuestro modelo principal. Preferimos el término interaccional a la palabra sistémico, en cuanto el primero lleva a considerar procesos repetitivos y potencialmente observables, en los cuales las personas reaccionan secuencial y recíprocamente. La palabra "sistémico" puede ser demasiado estática y carente de especificidad, además de prestarse a la reificación.	17
Por razones tanto pragmáticas como estéticas, nos hemos guiado por el principio de economía de Occam. Guillermo de Occam, sostenía que para explicar cualquier fenómeno había que partir de la menor cantidad posible de supuestos. Basándose en la idea de que es vano hacer con más, lo que puede hacerse con menos, diseccionó como con una navaja todos los marcos de referencia.	17
Don Jackson fundó en 1958 el MRI y se le unieron John Weakland, Jay Haley, Jules Riskin, Virginia Satir y Paul Watzlawick. Para 1963, Haley publicó su brillante obra <i>Strategies of psychotherapy</i> , que destacaba la naturaleza paradójica de toda terapia y también demostraba la influencia de Milton Erickson en su pensamiento. En 1966, Richard Fisch iniciaba en el MRI el proyecto de terapia breve que iba a tener un profundo efecto sobre el desarrollo de los enfoques breves/estratégicos. Dos obras importantes vieron la luz en 1967: el trabajo de Haley titulado <i>Toward a theory of pathological systems</i> , que trataba sobre la influencia de las coaliciones transgeneracionales y el libro de <i>Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes</i> . En 1967, Haley pasó a la <i>Philadelphia child guidance clinic</i> , donde se unió a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, interesándose cada vez más por la estructura y la jerarquía. En 1973 se publicó <i>Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton Erickson</i> ; allí Haley introdujo la expresión "terapia estratégica" y elaboró sus ideas sobre el enfoque ericksoniano de los problemas que aparecían en las diversas etapas del ciclo vital de la familia. Para 1971, Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Guianfranco Cecchin y Giuliana Prata empezaron a trabajar juntos en Milán y en 1974 publicaron un artículo, <i>The treatment of children through the brief therapy of their parents</i> . En 1974 miembros del proyecto de terapia breve del MRI publicaron dos obras importantes: El libro de <i>Change: principles of problem formation and problem resolution</i> y el artículo <i>Brief therapy: focused problem resolution</i> . Estos trabajos tuvieron un impacto inmediato y espectacular en el campo de la terapia familiar y contribuyeron de modo profundo a la ulterior difusión rápida del interés por los enfoques breves/estratégicos. Este grupo ha continuado perfilando sus ideas sobre la terapia en trabajos posteriores, que se concentraron mucho menos en elaborar la teoría y más en la práctica de la terapia breve centrada en problemas.	20-21
En las últimas tres décadas considerablemente influido por la publicación en 1963 de <i>Strategies of psychotherapy</i> de Jay Haley, y el trabajo ulterior del MRI se produjo un rápido crecimiento del interés en el desarrollo de enfoques terapéuticos breves/estratégicos	15

O'Hanlon, W.H. (1993) *"Possibility therapy: From iatrogenic injury to iatrogenic healing"* en S. Guillian y R. Price (eds.) (1993) *Therapeutic conversations* (p.p. 3-17). New Cork: W.W. Norton. (Original de 1993)

Contexto de aparición del enfoque	Pág.
Un día le comenté a Tapani Ahola, un amigo terapeuta de Finlandia, la aparición de éste nuevo método. Tapi asintió con la cabeza y me dijo "Ah, si, la cuarta oleada". –Al ver mi expresión de desconcierto, se explicó-: la primera oleada estaba centrada en la patología y la explicación del terapeuta. La segunda se centraba en el problema. La tercera se centraba en la solución. Y la cuarta, que aún no tiene nombre, es la que está surgiendo ahora a partir de los métodos orientados a las soluciones". A finales de junio de 1991 participé en la organización de una conferencia que reunió a varios representantes de esta "cuarta oleada" el Tulsa, Oklahoma. Las palabras clave de este nuevo método eran: colaboración, respeto, co- construcción, relato, teoría narrativa, conversación, capacitación, recursos, puntos fuertes y posibilidades.	3
Los construccionistas sociales/ interactivos adoptan una postura distinta: sostienen (o quizá debería decir "sostenemos" pues me cuento en sus filas) que la realidad física existe, pero que la realidad social, al estar influenciada por el lenguaje y la interacción, siempre es negociable. Esta realidad social puede influir en la realidad física y ser influenciada por ella.	6

O'Hanlon, W. H. (2001). *Desarrollar Posibilidades: Las alteraciones iatrogénicas como medio de curación*. En O'Hanlon.S. y Bertolino, B. (Comps.) (Trabajo original publicado en 1999).

Contexto de aparición del enfoque	Pág.
Se reconocen algunas etapas en las que el trabajo de O'Hanlon ha sido característicamente distinguible: desde una terapia estratégica/ericksoniana, orientada a soluciones, orientada a posibilidades hasta la llamada terapia cooperativa/inclusiva. En un principio, escribía sobre otros autores, pero después desarrolló su propia forma de pensar y trabajar la terapia	13
Un día le comenté a Tapani Ahola, un amigo terapeuta de Finlandia, la aparición de éste nuevo método. Tapi asintió con la cabeza y me dijo "Ah, si, la cuarta oleada". –Al ver mi expresión de desconcierto, se explicó-: la primera oleada estaba centrada en la patología y la explicación del terapeuta. La segunda se centraba en el problema. La tercera se centraba en la solución. Y la cuarta, que aún no tiene nombre, es la que está surgiendo ahora a partir de los métodos orientados a las soluciones". A finales de junio de 1991 participé en la organización de una conferencia que reunió a varios representantes de esta "cuarta oleada" el Tulsa, Oklahoma. Las palabras clave de este nuevo método eran: colaboración, respeto, co- construcción, relato, teoría narrativa, conversación, capacitación, recursos, puntos fuertes y posibilidades.	77-78
<i>Esta orientación es parte de una megatendencia</i> (término que adopta de Jhon Naisbitt de su libro <i>Megatrends</i> publicado en 1982) en psicoterapia, que se ha estado apartando de las explicaciones, los problemas y la patología y se dirige cada vez más hacia las soluciones, competencias y capacidades de los clientes	193-194
A decir de O'Hanlon, existe un inconformismo respecto a los orígenes de los métodos basados en las soluciones pues según su versión, Steve De Shazer y su equipo de Milwaukee Brief Family Therapy Center, no asumen la influencia del terapeuta Don Norum. Señala que estas ideas fueron articuladas por primera vez y de una manera bastante completa en una ponencia presentada en 1978 por el terapeuta Don Norum y titulada Brief Therapy: The family has the solution (Terapia breve: la familia tiene la solución) donde se argumentaba que era preferible preguntar a las familias por sus propias soluciones que centrarse en sus problemas o en lo que el terapeuta pudiera concebir como la solución. Es así como las ideas que se expusieron fueron reflejadas y desarrolladas posteriormente en diversos métodos basados en las soluciones. Por lo que en opinión de O'Hanlon, las ideas de las terapias centradas en soluciones y de las terapias orientadas a ellas se desarrollaron de una manera conjunta y se influyeron mutuamente con el paso del tiempo y no como se pretende afirmar que es la Escuela Centrada en Soluciones (de De Shazer y su equipo de Milwaukee) un antecedente de la Centrada en Soluciones	87
Al parecer, la razón principal del alejamiento de O'Hanlon del movimiento ericksoniano, se da a partir de que hizo manifiesta su crítica hacia Erickson, ya que desde su punto de vista, a veces manipulaba a las personas durante el tratamiento sin que se le hubiera solicitado expresamente, además al parecer no tenía problema alguno en dejar plantadas a las parejas, a las cuáles abandonaba o rechazaba; y por último como parte del tratamiento hacía que las mujeres descubrieran partes de su cuerpo más de la cuenta. De hecho, nunca se reportó que hubiera hecho lo mismo con hombres. Estas opiniones no fueron del agrado de la Erickson Foundation Newsletter por considerarlas como ataques personales a Erickson, por lo cual se le prohibió a O'Hanlon enseñar en esa institución.	86
Al principio O'Hanlon leía libros de autoayuda y de psicoterapia. Y aunque encontró bastante información útil, hubo dos cosas que influyeron en él de una manera especial. La primera fue la idea de Albert Ellis de que podemos influir en nuestra felicidad con nuestras creencias y poniéndolas en duda. Ahí había algo que se puede hacer por cuenta propia: poner en duda la solidez de una sensación propia de sufrimiento e impotencia. La otra influencia procedía de la Gestalt y de Ram Dass. La idea de que todo lo que hacía falta para ser feliz era abandonar la lucha por ser feliz y limitarse a ser... la mejor manera de "autorrealizarse" es seguir siendo como uno es.	79-80
La propuesta que se plantea es que la psicoterapia ha empezado a centrarse en el futuro y que, en lugar de interesarse por la aparición de problemas o su mantenimiento, centra sus esfuerzos en su solución	168
Erickson estaba firmemente resuelto a utilizar todo lo que el cliente trae consigo a la terapia...Tenía muy claro que cada cliente debía ser tratado como una persona única y distinta de los demás. No propugnaba ninguna teoría sobre la terapia, pero tenía un método general basado en utilizarla conducta, las creencias y los síntomas de los clientes. Creía que las categorías de diagnóstico o las técnicas de terapia rígidas eran contraproducentes e irrespetuosas con el cliente como persona. Además coadyuvó a conseguir que la hipnosis fuera reconocida como un instrumento legítimo para la práctica médica y psicológica	93
	31

O'Hanlon, W. H. (2001). *Desarrollar Posibilidades: Las alteraciones iatrogénicas como medio de curación*. En O'Hanlon, S. y Bertolino, B. (Comps.) (Trabajo original publicado en 1999).

Contexto de aparición del enfoque	Pág.
O'Hanlon oye hablar por primera vez de Milton Erickson en 1973, en una galería de arte del campus de Arizona State University en la que trabajaba para solventar sus estudios. Después de unos siete años sintiendo que ya había captado lo esencial, desarrolló algunas de sus ideas sobre su método que nadie más había propuesto. Impartió varios talleres sobre terapia ericksoniana y ciertos métodos afines (terapias estratégicas/ interactivas / hipnóticas) y al final acabó escribiendo una introducción general y definitiva sobre la obra de Erickson (<i>Taproots, de 1987</i>), para posteriormente desarrollar sus propias ideas bajo la influencia de Erickson, aunque a veces eran distintas de las suyas e incluso contrarias. Las diferencias eran sobre todo en torno a la gurificación del propio Erickson y de la manipulación más bien burda que caracterizaba a algunos de estos métodos. Incluso estas diferencias provocaron que se le prohibiera enseñar para la fundación Milton Erickson	19-20.
Milton Erickson (1901-1980) fue una figura central en desarrollo de la terapia familiar. Aunque estrictamente no era un terapeuta familiar, hizo muchas contribuciones en este campo, principalmente a través de su influencia en dos de sus alumnos: Jay Haley y John Weakland. Estos últimos eran investigadores y colegas de Gregory Bateson, el biólogo y antropólogo que fue otra figura fundamental en el desarrollo de la terapia familiar. Cuando Haley y Weakland decidieron que querían estudiar la hipnosis como parte del proyecto de investigación de Bateson sobre la comunicación, Bateson los puso en contacto con Erickson para que estudiaran con él. Este proyecto de investigación se convirtió más adelante en una importante fuerza en el desarrollo de la terapia familiar, aportando la hipótesis del "doble vínculo".	21
La obra de Erickson ha sido caracterizada como naturalista (la terapia es una situación natural, en donde los clientes tienen los recursos suficientes para sobreponerse a los problemas, en donde no se les enseña nada pues ya poseen todo para cambiar), directiva (pues se busca que los clientes hagan algo distinto para que las pautas de conducta rígidas se desarticulen y se vea obligado a reorientarse, a recoger los pedazos y volverlos a unir, a funcionar de una manera totalmente diferente) e indirecta (porque se procuraba crear un contexto para que la persona cooperase y aprendiera cosas de una manera más implícita que explícita, por ejemplo por medio de metáforas). Las piedras angulares de sus métodos eran la asignación de tareas, el empleo de relatos, analogías y metáforas y la utilización de recursos, resistencia, creencias, pautas y síntomas para provocar el cambio.	28-30, 35-39
Cuando este equipo de investigación se disolvió, surgieron de él dos grupos clínicos principales: El MRI y el grupo de Jay Haley. Los dos enfoques empezaron a explicar la psicopatología, pero ninguno al principio propuso un método clínico para la intervención basado en estos modelos interactivos. El psicoanálisis era el principal modelo de aquella época y no se prestaba a los modelos interactivos que se habían desarrollado	22
Erickson se preocupaba más por las soluciones que las explicaciones al problema	91
Con Jim Wilk, se han propuesto unas explicaciones con respecto a los inusitados tratamientos de una sola sesión. A partir de ahí se descubrió que la terapia se acertaba naturalmente cuando se centra en las soluciones.	85
El modelo centrado en las soluciones pasa por alto un aspecto esencial que siempre ha sido una piedra angular de mi método: la necesidad de reconocer y validar los sentimientos de los puntos de vista del cliente.	191
También veía que el modelo centrado en soluciones se había vuelto muy formulista, con un juego "oficial" de preguntas muy rígidas y con unos gráficos de lujo y unos árboles de decisión que tienen muy poco que ver con el método intuitivo y espontáneo que sigue mi trabajo.	191
En consecuencia, para diferenciar mi manera de trabajar en tercera llamada trate de posibilidades. Esta perspectiva, además de centrarse en las capacidades y las soluciones, también se centra en el presente en el futuro y procurar considerar con respeto el pasado, los problemas, los diagnósticos, las medicaciones, etc. por si fueran pertinentes a la terapia. Cuando empecé a enseñar este método y escribir sobre él, muchos terapeutas me dijeron que se sentían apoyados y liberados en las limitaciones que habían encontrado en la terapia centrada en soluciones.	191
El rótulo de terapia de posibilidades, describe lo que actualmente hace O'Hanlon. Desde este punto de vista, se reconoce la gravedad de la situación del cliente, no minimiza ni intenta contrarrestarla con un optimismo irreal. Siempre hay posibilidades, incluso en las situaciones más difíciles	196
Los construccionistas sociales/ interactivos adoptan una postura distinta: sostienen (o quizá debería decir "sostenemos" pues me cuento en sus filas) que la realidad física existe, pero que la realidad social, al estar influenciada por el lenguaje y la interacción, siempre es negociable. Esta realidad social puede influir en la realidad física y ser influenciada por ella.	196
Tal como lo que ahora, el trabajo de Erickson me recuerda mucho el primer modelo de orientación que conocí a fondo: el modelo centrado en el cliente de Carl Rogers. Hago hipnosis siguiendo la tradición de Erickson, que se diferencia de los métodos hipnóticos tradicionales por ser más permisiva y por aceptar e incorporar lo que el "sujeto" pueda hacer o decir durante el trance.	197
¿Por qué no podemos diagnosticar problemas sin influir en ellos de alguna manera? La respuesta es que vivimos en una atmósfera del lenguaje que dirige nuestros pensamientos, nuestra experiencia y nuestra conducta en determinadas direcciones. El lenguaje no sólo describe: también crea y distingue. Los problemas no existen en el vacío: existen en un contexto lingüístico, social, cultural. Son objeto de conversaciones, e interacciones, de suposiciones y de metáforas. En terapia debemos reconocer que el terapeuta forma parte del contexto del problema. El terapeuta contribuye a crear problemas terapéuticos mediante su manera de llevar la entrevista terapéutica y mediante la terapia en sí. El terapeuta influye en los datos y en la descripción haciendo que encaje con sus modelos teóricos.	200
El primer modelo de orientación y terapia que aprendí a fondo fue el modelo centrado en el cliente de Carl Rogers. Lo que para mí tenía de valioso este modelo era la importancia que daba al reconocimiento y la validación como piedras angulares en el proceso de la terapia.	236
En los años que han pasado desde aquel día en el avión el leído y observado muchas otras entrevistas terapéuticas de David Epston y de su amigo ocasional colaborador Michael White, los principales diseñadores del método narrativo.	279

O'Hanlon, W. H. (2001). *Desarrollar Posibilidades: Las alteraciones iatrogénicas como medio de curación*. En O'Hanlon.S. y Bertolino, B. (Comps.) (Trabajo original publicado en 1999).

Contexto de aparición del enfoque	Pág
Durante los últimos cinco años, terapeutas de todo el mundo se han sentido Intrigados por el método narrativo y otros métodos similares que allanan la jerarquía tradicional entre cliente y terapeuta y tratar la identidad personal como un constructo social fluido. Es evidente que el interés en la narración no parte del cliente. La popularidad del método narrativo y otros métodos similares tiene que ver con el atractivo que tiene para el terapeuta porque aumenta nuestro sentido de lo posible y hace que volvamos a sentir esperanza y entusiasmo.	281
El atractivo de la terapia narrativa supone mucho más que un nuevo conjunto de técnicas. A mi modo de ver, representa una dirección totalmente nueva en el mundo de la terapia, un movimiento que se podría llamar "la tercera oleada de la psicoterapia".	282
Sin embargo, a diferencia de la tercera oleada que vendría después, procurábamos que nuestras ambiciones fueran modestas. Como el hombre que buscaba las llaves perdidas bajo un farol porque allí había más luz aunque se le hubieran caído del bolsillo en la acera de enfrente, trabajábamos con problemas pequeños y manejables. A veces se producían unos cambios muy profundos pero era casi por accidente (aunque eran muy bien recibidos).	284
Cuanto más el leído y conocido el trabajo de los terapeutas de la tercera oleada, más pautas similares encontrado en el, sobre todo la predisposición para reconocer el tremendo poder de la historia pasada y de la cultura presente que conforman nuestras vidas, integrada con una visión poderosa y optimista de nuestra capacidad para liberarnos de ellas en cuanto somos conscientes de su presencia.	285
La tercera oleada dirige nuestra atención a sistemas mucho más grandes como el sobrecogedor océano cultural en que nadamos- los mensajes de los anuncios de televisión, las escuelas, los "expertos" de la prensa, los jefes, abuelas y amigos- y que nos dice cómo debemos pensar y quienes debemos ser.	285
Algunos métodos de la tercera oleada parecen desdibujar la distinción entre política y terapia. Sin embargo, en vez de sermonear al cliente, los terapeutas narrativos traen los problemas del racismo y el sexismo al nivel personal, sin atribuir la culpa a nadie, y se centran en los efectos insidiosos de las ideas y prácticas opresivas y de los hábitos de acción a los que todos estamos sometidos. No se trata de una política culpadora que busca descubrir esos terribles opresores (los hombres, los blancos, los capitalistas, etcétera), sino de una política liberadora en un plano muy individual.	286
Pero la terapia narrativa se convertido en el método más visible de la tercera oleada a causa de su capacidad para transformar la ideología en acción, de hacer que ocurra algo distinto en la consulta de terapia. Los métodos narrativos parecen ayudar al terapeuta a no enzarzarse en luchas improductivas y le permiten evitar dejarse atrapar por la desesperación del cliente.	287

O'Hanlon, W.H.(2005a). *Possibility Therapy FAQ: Frequently Asked questions about possibility therapy*. Disponible en: <http://www.brieftherapy.com>

Contexto de aparición del enfoque
La terapia de posibilidades es un método y una filosofía de la psicoterapia, usualmente breve el cuál enfatiza el respeto y la colaboración así como la efectividad y los resultados. Combinando lo mejor de las aproximaciones de Carl Rogers y de Milton Erickson y la terapia estratégica, la terapia de posibilidades considera a los clientes expertos sobre sus preocupaciones, problemas, metas y sus respuestas en terapia. Los terapeutas usan este método de trabajo para evocar (no simplemente para convencer a los clientes de), soluciones, recursos personales y espirituales, sus puntos fuertes, competencias y excepciones a la regla usual de el problema. Esta aproximación es diferente en el énfasis que se le concede a la validación de la experiencia sentida, y en la flexibilidad en el método, comparada con la escuela centrada en soluciones del BFTC en Milwaukee, co-desarrollado por Steve de Shazer
La mayoría de las aproximaciones terapéuticas y las teorías conocidas como "modelos normativos" han prescrito ideas acerca de lo que es normal y saludable y que es anormal y desviado. El tratamiento entonces está basado sobre lo que la teoría dice que es erróneo (aunque el cliente tenga otra idea acerca de esto) y por supuesto de la interpretación subjetiva del terapeuta del modelo normativo. En la terapia de posibilidades, los clientes son los que establecen hacia donde quieren llegar. Junto con el terapeuta sólo se negocia la ruta más corta y fácil, para llegar a ello.

O'Hanlon, W.H. (2005b). *Levels of intervention: Five levels of intervention in couples' therapy*. Disponible en: <http://www.brieftherapy.com/workshops/hire/html>

Contexto de aparición del enfoque
Muchos terapeutas quienes se autonombran breves, orientados a las soluciones, centrados en las soluciones, narrativos o colaborativos usan varias ideas y métodos similares.
A principios de los ochentas conoció del grupo de Milwaukee, el BFTC, coordinado por Steve de Shazer. Comparte con él, el rechazo a las explicaciones patológicas y conceptos como la resistencia. La gente es cooperativa por naturaleza, si el terapeuta se acerca a ellos de una forma correcta, tratándolos como llenos de recursos y competentes. El trabajo de De Shazer ha sido conocido como Terapia Centrada en Soluciones (TCS), mientras que el de O'Hanlon ha sido llamado Terapia Orientada a Soluciones (TOS). De acuerdo a De Shazer, el ha sido el primero en utilizar las soluciones en terapia; sin embargo el primero quien lo propuso fue Don Forum, en una conferencia llamada "La familia posee la solución" en 1978, mucho antes de que cualquiera de los dos (De Shazer u O'Hanlon) articularan sus modelos. El punto de vista más generoso sugiere que ambas posturas se han influido mutuamente. Sin embargo es frecuente también que ambas perspectivas se confundan, por lo que O'Hanlon ha decidido llamar a su forma de trabajo Terapia de posibilidades (TP). Si bien el trabajo del BFTC es valioso por enfatizar la fortaleza de los clientes y sus recursos, también existen algunas áreas de clara diferencia.

De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve: Un Enfoque Ecosistémico*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1982)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Tanto implícita como explícitamente, la <i>teoría binocular del cambio</i> a partir de la idea de Bateson, acerca de la <i>doble descripción</i> , ha tenido gran repercusión en la esfera de la terapia familiar... Surgen (a partir de esta idea) conceptos inherentes a esta teoría, como la <i>cooperancia e isoformismo</i> .	21
A comienzos de los ochentas, de Shazer comienza a adoptar una epistemología propia, que se puede apreciar en su libro <i>Patterns of Brief Family Therapy. An Ecosystemic Approach, original de de 1982</i> . Sostiene que es inadecuado considerar a los sistemas que intervienen en el proceso terapéutico como sistemas cerrados. Según de Shazer, la concepción de von Bertalanffy, en el sistema, el medio ambiente es en esencia pasivo sobre el cual se desplaza el organismo. Esto implicaría considerar a los sistemas que intervienen en el proceso terapéutico como sistemas cerrados, negando así una relación de información entre ellos. Para de Shazer, una epistemología adecuada implica concebir el sistema terapéutico como un sistema abierto, donde la descripción de la terapia incluye al sistema del terapeuta y al sistema familiar, existiendo una relación de información entre estas totalidades.	21
Suele ser difícil conocer el origen de las ideas, y no lo es menos rastrear su desarrollo a través del tiempo y del espacio. Las ideas desarrolladas en este libro, arraigan históricamente en una tradición que se inicia con Milton H. Erickson y transita por Gregory Bateson y el grupo de terapeutas-pensadores del MRI. En particular el desarrollo y evolución de las ideas expuestas en esta obra y de la terapia aquí descrita pertenece a un grupo de individuos que formaron el núcleo central del CTFB. Si puede afirmarse que las nuevas ideas tienen dueño (una noción bastante peculiar de occidente), deberíamos decir que el dueño colectivo de las ideas es este grupo, y que yo, el autor del libro, no soy más que un técnico, una voz más entre las del coro. Por cierto algunas de estas ideas se basaron en las de varios terapeutas-pensadores; algunas salieron de mi propia mente y de las descripciones de mi labor, en y tanto que otras procedieron de las descripciones de la labor de los demás integrantes del grupo central del CTFB. Yo contribuí a aclarar y organizar todas estas ideas, y junto con el resto del grupo nuclear, colaboré para crear una cultura en la que ellas pudieran existir, desarrollarse y ser estudiadas; pero gran parte de la información histórica se perdió en las actividades cotidianas de un grupo interesado en la terapia por motivos epistemológicos, teóricos y prácticos. Desde los comienzos mismos del CTFB, muchas de estas ideas cobraron forma y se nutrieron de las conversaciones informales que mantuve con Insoo Kim Berg y James F. Derks; sin ellos, este libro y las ideas que en él se expresan no se habrían conseguido materializar.	13- 14
También a raíz de la influencia de Insoo, mis lecturas me hicieron transitar por el pensamiento asiático. La gravitación de ideas budistas y taoístas en esta epistemología y en este modelo ha sido decisiva	14
De acuerdo a la cosmovisión de Erickson, 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.	45
La obra de Milton Ericsson, suministra noticias de una diferencia que influyeron enormemente en el desarrollo de la terapia familiar y de la terapia breve. A partir de sus ideas de la hipnosis, Erickson formuló una definición que ampliaba el concepto de "resistencia" para incluir algunas de las conductas que el terapeuta desarrollaba en la situación. La primera ley de Erickson: en la medida en que el sujeto vaya a resistirse, el terapeuta debe alentarle a que lo haga. El término de "resistencia", puede sustituirse por el de cooperancia, y entonces, las conductas correspondientes serían una manifestación de cooperancia.	33, 38
El empleo deliberado de Intervenciones paradójicas, o de la prescripción del síntoma parece remontarse a la "práctica negativa" de Dunlap, aunque el no denominó paradójico a su método. El primero en utilizar este adjetivo fue Frankl. Haley describió el uso de técnicas paradójicas en la inducción del trance y Jackson se refirió al uso de la paradoja con pacientes paranoides. Más adelante muchos otros terapeutas describieron su empleo de intervenciones paradójicas, basado principalmente en el modelo del MRI	39
Los especialistas en terapia breve del MRI no aplican los conceptos de poder (Resistencia contra cambio) y de control como lo hace Haley, pero sus técnicas "semejantes al judo", son también una metáfora tomada de un combate. Al igual que Haley consideran que la terapia es una contienda entre el cambio y la resistencia a él. Sin embargo...las técnicas del MRI pueden reformularse de manera de adecuarlas al modelo ecosistémico.	37
Tanto Bateson como Goffman definieron los <i>encuadres</i> en forma útil para comprender los motivos de consulta de las personas. Según Goffman, "establecemos las definiciones de una situación de acuerdo con los principios de organización que gobiernan los sucesos _al menos los sociales_ y con nuestra participación subjetiva en ellos. Un encuadre puede compararse con las reglas de un juego o con un código, artificio que da forma y fija la pauta a todos los sucesos que caen dentro de su dominio de aplicación.	48
La terapia Familiar breve tiene una gran deuda con los métodos terapéuticos de Milton Erickson y la cosmovisión que ellos implican sus procedimientos implican un proceso de suscitar y utilizar el propio proceso psíquico del paciente de maneras que escapan a su gama habitual de control intencional o voluntario. Erickson parte de lo que las personas ya han aprendido y les ayuda a aplicar eso de otra forma. Los principios que durante mucho tiempo fueron evidentes en la manera de trabajar de Erickson son los siguientes. 1) Unirse al paciente en la situación en la que se encuentra, y establecer un buen vínculo con él. 2) modificar las producciones del paciente y controlar la situación. 3) 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. Nuestro enfoque se desarrolló gracias a los empeños del CTFB para aplicar los métodos ericksonianos y la teoría binocular del cambio debe mucho a ese proceso.	53-55

De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve: Un Enfoque Ecosistémico*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1982)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
El enfoque (del MRI) es explícitamente "pragmático" y adopta un abordaje práctico de la resolución de problemas humanos, que procura ser lo más simple y económico posible. En consonancia con éste enfoque, el grupo procede de una manera muy "orientada hacia las metas"... No obstante, la mayor virtud del modelo de terapia breve del MRI, su carácter pragmático y orientado hacia metas, es también su principal debilidad... Esta limitación en los alcances del modelo (se refiere en el caso de que los objetivos entre las personas sean mutuamente excluyentes) llevó a De Shazer a tratar de ampliarlo de modo de abarcar esas metas mutuamente excluyentes.	56-57
Varios autores, entre ellos Haley, Minuchin, Watzlawick y de Shazer, han examinado el empleo y el valor de las tareas en terapia. Parecería que la costumbre de dar instrucciones a los pacientes es un tipo de conducta no menos antiguo que el propio concepto de curación. Junto con el grupo del MRI, de Shazer ha propuesto que las tareas sean formuladas en el lenguaje de la familia a fin de amoldarse a su cosmovisión. Esto facilita la aceptación de la directiva por parte de la familia. Las tareas son para promover el cambio	81-82, 94
El concepto sistémico de totalismo y la Tautología Autocurativa a que hacía referencia Bateson, nos sugiere que cuando se cambia un aspecto cualquiera de un sistema, cambia en consecuencia la organización total del mismo.	95
En el proceso espiritual, los efectos de la diferencia deben considerarse como trans-formas o sea versiones codificadas de la diferencia que los precedió... Bateson, sostiene que una idea se origina en dos descripciones de un mismo proceso o secuencia que son codificadas o reunidas en forma diferente. Vale decir, la relación entre ambas descripciones es un "adicional"...	26-27
Si bien el uso de la teoría del equilibrio para describir las relaciones y cambios que tienen lugar en una familia ha sido descartado por sus falencias epistemológicas, la teoría de Heider puede ser útil para guiar nuestras ideas en cuanto a la orientación hacia una meta en la terapia. Tomando tres elementos (A, B, C)... Heider describe las relaciones entre ellos... como interdependientes y considera que tienden en forma natural hacia un estado estacionario o de equilibrio; y que una vez que esas configuraciones se hallan en estado equilibrado, tienden a permanecer en él. Heider definió dos tipos de equilibrio:... si las tres relaciones son positivas o si dos de ellas son negativas y una positiva. Además, si no existe el estado de equilibrio, surgen fuerzas que apuntan hacia él.	135
A diferencia de muchos terapeutas, Erickson no creía que el síntoma o motivo de consulta de un individuo pudiera tratarse habitualmente con el mismo método empleado con otros individuos que presentaban el mismo síntoma. Su enfoque de los problemas humanos se organizaba y gobernaba por las diversas circunstancias de cada caso. La concepción de Haley, sobre la revisión del trabajo de Erickson, contribuyó a esclarecer un aspecto decisivo de la obra de Erickson: todos sus métodos terapéuticos estaban diseñados con una meta específica en mientes.	137
Luego de examinar los casos que Haley clasificó en cada una de las fases del ciclo de la vida familiar, se ponen de relieve ciertas regularidades en los planes que seguía Erickson. Una de estas constantes es que su enfoque estaba determinado en mayor medida por la situación o contexto en el que se hallaba la persona, que por la naturaleza de su síntoma o la fase del ciclo en la cuál dicha personase encontraba. Las pautas de intervención terapéutica eran aplicadas en casos que presentaban síntomas diferentes y que correspondían a distintas fases del ciclo familiar.	138

De Shazer, S. (1995). *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós (Original de 1985)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
En 1976, de Shazer conoció a un grupo de terapeutas en Milwaukee, los cuales posteriormente fundaron el Centro de Terapia Familiar Breve (CTFB) en 1978 entre los que se destacan: Insoo Kim Berg, Eve Lipchik, (preocupadas por las conexiones y consecuencias internas -congruencia- del modelo), Alex Molnar (por la abarcatividad de nuestro trabajo y a la aptitud para transferir los nuevos aprendizajes a otros contextos), Elam Nunnally (estudia los aspectos epistemológicos y filosóficos). Posteriormente, se unen distintos terapeutas entre los que destacan James F. Derks, Marilyn Bonejean (ocupada en las personas de la tercera edad), Patricia Bielke, Calvin Chicks, Ron Kral, Wallace Gingerich, John Walter (entrenamiento) y Michel Wiener-Davis ; además de Lyman Wynne (aportan creatividad)	17-19, 33, 36
Aunque nuestras filosofías y nuestros métodos clínicos eran totalmente similares, quienes fundamos el Centro de Terapia Familiar Breve teníamos alguna diferencia en nuestro lenguaje. Yo había sido influido por la obra de Milton Erickson que ellos, que a su vez tenían más influencia de la terapia familiar. A fin de zanjar pragmáticamente nuestras diferencias de lenguaje, desarrollamos un enfoque de equipo empleando interrupciones de la sesión programadas con regularidad, para consultarnos recíprocamente sobre el diseño de la intervención que uno de nosotros efectuaría al regresar a la sala de terapia. Antes de ponernos de acuerdo en seguir este procedimiento, yo a veces interrumpía la sesión para realizar una rápida consulta a <i>Advanced Techniques</i> de Haley (1967) en búsqueda de una sugerencia, o para obtener ayuda detrás del espejo cuando me sentía demasiado vacilante. Sin que lo supiéramos nosotros, el grupo de Milán (Selvini Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1978) había desarrollado una metodología similar.	11-12, 36-37
En general cuando la gente piensa sobre "problemas" tiende a seguir la guía de los revolvedores de problemas (como lo son los terapeutas), quienes los encaran preguntándose cómo adquieren el carácter que tienen, o como solucionarlos, o ambas cosas. Este último es el enfoque propuesto por Haley y el MRI (Watzlawick, Weakland y Fisch), mientras que el primero puede considerarse representado por la mayor parte de las otras escuelas terapéuticas. Sin embargo, la idea implícita en ambas concepciones (que las soluciones deben tener mucho en común con los problemas) puede basarse en un supuesto falso. Mi trabajo apunta a la idea de que entre dos casos cualesquiera, los procesos de solución son más análogos entre sí que los problemas que cada intervención intenta resolver.	14-15

De Shazer, S. (1995). *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós (Original de 1985)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Lo mismo que en gran parte de mi trabajo en terapia breve, mi técnica de la confusión es un desarrollo que parte de las ideas de Milton Erickson, en este caso expuestas en " <i>The Confusion technique in hypnosis</i> "	27
Bateson, Presenta ideas a partir de dos o más descripciones del mismo proceso, pauta, sistema o secuencia, codificados o recogidos de diferente manera. Las diferencias entre descripciones dan lugar al surgimiento de una ventaja adicional: la idea... una idea de una clase diferente de la clase de descripciones (mapas) utilizadas.	37, 67
Desde el principio el CTFB, contó con miembros provenientes de diferentes "escuelas" y resultó necesario desalentar la oposición de facciones para facilitar el trabajo. Descubrimos que nuestra creatividad y productividad se incrementaban a medida en que persistimos en el trabajo conjunto y, se desarrolló una cultura sobre la base de la filosofía del equipo.	38
Excepciones a las reglas... (Un importante concepto desarrollado por el autor en conjunto con Wallace Gringerich y Michele Weiner- Davis para describir lo que el terapeuta persigue durante la primera sesión).	52
Esta estructura (de las preguntas que se le formulan a la familia), deriva de las técnicas de hipnosis ericksoniana. Nuestro modo de ver es que en las sesiones de terapia breve se emplean técnicas de hipnosis, sea que se induzca o no un trance formal	53
Puesto que Erickson no proporciona mucha información sobre el pensamiento subyacente en su trabajo, para el lector u observador la prescripción es un misterio... Hasta que el lector desarrolle sus propios mapas (de los mapas de Erickson), los informes continúan asemejándose a los cuentos de un chamán o de un brujo, puesto que el "esquema de la acción" de Erickson no sigue el paradigma normal ni el modo normal de pensar sobre los problemas y las soluciones humanos. Sin mapas (o esquemas de leyes) adecuados, el lector queda sin ninguna norma de comparación	66
Guillermo de Occam, filósofo del siglo XIV, sostenía que "lo que puede hacerse con pocos medios, en vano se hará con muchos", según lo cuál conviene buscar las explicaciones más simples que resulten adecuadas... Si como lo sostienen Bateson y otros, la fractura de la teoría de los Tipos Lógicos es continua e inevitable en la comunicación humana y si, según afirma Cronen y otros, este tipo de reflexividad es normal y necesaria, es cierto que necesitamos de la navaja de Occam para simplificar la situación clínica de modo que dentro del ambiente clínico habitual puedan diseñarse intervenciones eficaces.	75-76
Los conceptos especulares del doble vínculo patógeno y del contra- doble- vínculo terapéutico fueron presentados por primera vez en <i>Toward a theory of schizophrenia</i> de Bateson en 1956. Con independencia del papel que el doble vínculo desempeña en la etiología de los problemas, la presentación en términos de doble vínculo / contra doble- vínculo" es importante al menos por tres razones: 1) el problema está descrito en tanto se produce entre personas, sin referencia alguna a lo que podría estar ocurriendo dentro de ellas. 2) el problema está descrito en tanto se produce en un contexto, que ayuda a definir el significado de la conducta, y se propone un diseño de tratamiento (un modo de impulsar la solución) basado en los mismos criterios interaccionales y contextuales, según lo interprete el terapeuta.	76
El ensayo titulado <i>An introduction to radical constructivism</i> , de Ernst von Glasersfeld de 1984, apareció mientras este libro estaba tomando forma final. Los conceptos de "ajuste", de von Glasersfeld y del autor son coincidentes. Von Glasersfeld emplea la siguiente metáfora descriptiva: Una llave se ajusta o se adecua si abre una cerradura. El ajuste describe una aptitud de la llave, no de la cerradura. Gracias a los ladrones profesionales sabemos muy bien que hay muchas llaves de formas muy diferentes de la nuestra, capaces de sin embargo, abrir la puerta de nuestra casa... En lugar del requerimiento paradójico de que el conocimiento refleje, describa o de algún modo corresponda al mundo tal y como este sería sin el conocedor, el conocimiento puede ser visto ahora como <i>ajustándose</i> a las coacciones dentro de las cuales tiene lugar la vida, el funcionamiento y el pensamiento del organismo. Entonces desde esa perspectiva, el conocimiento "bueno" está constituido por el repertorio de modos de actuar o de pensar (o unos y otros) que le permiten al sujeto cognoscente organizar, predecir e incluso controlar el flujo de la experiencia.	77-79
Axelord, en 1984, sostuvo que la "cooperación recíproca puede ser estable si el futuro es suficientemente importante en relación con el presente". Axelord organizó dos torneos con computadora en los cuales se puso en práctica el juego del Dilema del Prisionero. La lección resumida del primer torneo parece haber sido que es importante ser simpático ("no ser el primero en defeccionar – es decir, no separarse con deslealtad de la causa a que se pertenece-") y perdonar ("no conservar el rencor después de haber desahogado la rabia") OJO POR OJO, (se refiere al nombre del juego en cuestión) posee ambas cualidades.	88-89
La teoría de los estados d expectación de Berger y otros, de 1974, se ocupa del modo en que las situaciones interaccionales desarrollan y mantienen pautas y también del modo en que cambian las conductas de mantenimiento de expectativas. Se considera que la teoría se aplica a situaciones que reúnen dos condiciones: 1) están orientadas hacia una tarea, y 2) están orientadas colectivamente.	90-91
Puede verse que estas teorías (refiriéndose a la teoría de la cooperación recíproca de Axelord y a la teoría de los Estados de Expectación de Berger) contribuyen a explicar el contexto terapéutico. De acuerdo a Erickson, el propósito de la psicoterapia debería ser ayudar al paciente de la manera más adecuada, disponible y aceptable. Al prestarle auxilio, debería respetarse por completo y utilizarse todo lo que el paciente presenta, sea lo que fuere. Debe prestarse atención sobre todo a lo que el paciente hace en el presente y hará sobre el futuro, más que a una simple comprensión de las causas de que se produjera algún acontecimiento muy antiguo, El sine qua non de la terapia, debería ser la adaptación presente y futura del paciente.	94

De Shazer, S. (1995). *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós (Original de 1985)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Aunque el siguiente conjunto de supuestos (acerca de la forma en la que los pacientes conciben los problemas y la forma en la que en terapia se solucionan) es en alguna medida característico de nuestro grupo, ellos presentan un alto grado de semejanza con Watzlawick y con Haley	40
Tal como Erickson lo dijo en 1965, para suscitar la cooperación del paciente, uno debería ser permisivo si quiere obtener los mejores resultados. Hay que pedir realmente al paciente que coopere para lograr una meta común. El terapeuta debe tener en mente que esa meta común procura el bienestar del paciente, en lo que el paciente coopera, para obtener algo que en primer término lo beneficia a él...	96
Erickson desarrolló la Técnica de la Bola de Cristal y describió ocasionalmente su empleo en una variedad de problemas. Desde mediados de 1974, he utilizado mi propia versión de esta técnica con clientes que presentaban quejas sexuales pero no tenían pareja activa, o tenían una pareja que no participaba en la terapia. Durante los últimos años también he utilizado el procedimiento con otro tipo de quejas (refiriéndose a los comienzos de la utilización de la Pregunta por el Milagro)	97
Coincidentemente con el trabajo de Selvini Palazzoli y Prata en 1980, inventaron una prescripción invariante frente a ciertas familias ("casos desesperados"). Ellos sostienen que en esa prescripción "encontraron el trampolín para alcanzar el corazón del problema. Además esto se logró sin tomar en cuenta una gran cantidad de detalles que podían hacernos perder la línea". Tanto su prescripción (que sigue una fórmula) como nuestras "tareas de fórmula" (cada una de las cuales está estandarizada) sugieren algo sobre la naturaleza de la intervención terapéutica y el cambio, que no ha sido descrito claramente antes: las intervenciones pueden iniciar el cambio sin que medie una primera comprensión detallada del terapeuta en cuanto a lo que ha estado sucediendo.	133
La teoría general de los sistemas y el lenguaje de la terapia familiar exigen una descripción compleja del sistema en consideración. Ideas como la recurrencia, autorreflexividad, circularidad, no aditividad, totalismo, causalidad no lineal, relaciones dentro de un contexto, niveles de significación, vínculos y dobles vínculos, lazos (extraños o de otro tipo), paradojas y contraparadojas, etc. Han sido desarrolladas para manejar esta construcción compleja de la realidad. Junto con ellas se encuentran las metáforas tomadas de la física, del taoísmo, del zen, de la biología y de otros campos especiales. El resultado es un edificio teórico notable.	179
Desde 1971 a 1976 trabajé en el desarrollo de una concepción teórica del equilibrio de Heider, sobre los principios y procedimientos de Erickson. Creo que estas nociones básicas del equilibrio solucionan algunos de los problemas. No obstante, los mapas teóricos del equilibrio de las relaciones en pareja y familias, exige tiempo y no resultan prácticos en el mundo de la terapia breve	29
De Shazer, subraya que durante la década de los setentas, hubo importantes publicaciones que se centraron en la resolución de problemas, su persistencia y cómo solucionarlos. Los libros con estas características son: <i>Change en 1974</i> , de Weakland, Fish y Watzlawick; y <i>Uncommon Therapy</i> en 1973, de J. Haley; y los artículos: <i>Brief Therapy: Focused Problem Resolution</i> en 1974, de Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin; y <i>The Treatment of Children Through Brief of Their Parents</i> , también en 1974, además de <i>Brief Therapy: Two's Company</i> en 1975 del propio de Shazer En su artículo <i>Brief Terapy: Tow's Company</i> de 1975, se observan influencias especialmente de Haley, Minuchin y el MRI, quienes se centraban en el problema y en el rompimiento del patrón de la queja. Su interés principal entonces era el de procurar una terapia breve (con una media de siete sesiones).	24-25
En 1969 De Shazer comenzó a desarrollar su propio modelo de terapia breve sin tener conocimiento del trabajo del grupo del MRI (que conoció hasta 1972).	24
Uno de los principales puntos a desarrollar por de Shazer fue su modalidad breve, reduciéndola a un promedio de cinco a seis sesiones. La terapia breve puede verse como un refinamiento y desarrollo de los principios de M. Erickson para la resolución de problemas clínicos. Esta historia puede remontarse al artículo de Erickson de 1954 <i>Special techniques of brief hipnotherapy</i>	22-23
Estos métodos (ericksonianos), naturalistas, indirectos, son útiles con o sin la mediación de trances formales; Pues con frecuencia el observador ingenuo no tiene modo alguno de precisar sus observaciones al punto de poder decir "aquí se inicia la inducción del trance" o "ahora empieza el trance".	31

De Shazer, et al. (1986). *Brief therapy: Focused Solution Development*. Family Process, 25 (1), 207- 221 (trabajo original publicado en 1986).

Contexto de aparición del enfoque	Pag
De Shazer, subraya que durante la década de los setentas, hubo importantes publicaciones que se centraron en la resolución de problemas, su persistencia y cómo solucionarlos. Los libros con estas características son: <i>Change en 1974</i> , de Weakland, Fish y Watzlawick; y <i>Uncommon Therapy</i> en 1973, de J. Haley; y los artículos: <i>Brief Therapy: Focused Problem Resolution</i> en 1974, de Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin; y <i>The Treatment of Children Through Brief of Their Parents</i> , también en 1974, además de <i>Brief Therapy: Two's Company</i> en 1975 del propio de Shazer En su artículo <i>Brief Terapy: Tow's Company</i> de 1975, se observan influencias especialmente de Haley, Minuchin y el MRI, quienes se centraban en el problema y en el rompimiento del patrón de la queja. Su interés principal entonces era el de procurar una terapia breve (con una media de siete sesiones).	207

De Shazer, et al. (1986). *Brief therapy: Focused Solution Development*. Family Process, 25 (1), 207- 221 (trabajo original publicado en 1986).

Contexto de aparición del enfoque	Pag
En 1969 De Shazer comenzó a desarrollar su propio modelo de terapia breve sin tener conocimiento del trabajo del grupo del MRI (que conoció hasta 1972).	207
Uno de los principales puntos a desarrollar por de Shazer fue su modalidad breve, reduciéndola a un promedio de cinco a seis sesiones. La terapia breve puede verse como un refinamiento y desarrollo de los principios de M. Erickson para la resolución de problemas clínicos. Esta historia puede remontarse al artículo de Erickson de 1954 <i>Special techniques of brief hypnotherapy</i>	207
El trabajo de el CTFB utiliza las excepciones, que en términos batesonianos, implícitamente ofrecen al cliente “informaciones de una diferencia” entre lo que funciona y lo que no funciona. También estamos convencidos de que el cambio es continuo, sin embargo sólo algunas diferencias son relevantes.	215
Pensamos que una valoración (de resultados en la terapia) se suele basar en una comparación entre lo que la terapia se propone conseguir y sus resultados observables. A este respecto hemos decidido seguir a Weakland y otros... porque esto ofrecería al menos un modelo de comparación...Una auto descripción ofrecida entre seis meses y un año después del tratamiento, que atestigüe que los clientes no han padecido trastornos que requieran una terapia, se puede considerar ciertamente un indicador de éxito.	220

De Shazer, S. (1997). *Claves en Psicoterapia Breve. Una teoría de la solución*. Gedisa: Barcelona (Trabajo original publicado en 1988)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Es la segunda vez que nuestras investigaciones nos obliga a un viraje importante en el enfoque. Tales cambios son elementos normales de todo proceso de exploración: se sigue el camino que marcan los datos. Como lo señaló Kuhn en 1970, surgen anomalías que es necesario volver a describir dentro de una teoría vigente o bien es necesario cambiar la teoría para hacer posible la descripción.	16
En el transcurso de esta investigación, observamos (a partir del análisis de entrevistas codificadas) como la “conducta de segunda sesión” pasaba en la primera a medida en que los terapeutas del CTFB se concentraban cada vez más en lo que se ha dado llamar “excepciones a la regla del problema”.	19
En el intento de especificar que es lo que sucede exactamente durante la entrevista nos condujo a Wally Gingerich y a mi, juntamente con Hannah Goodman (en ese momento aspirante a la licenciatura en informática), que se incorporó luego , a desarrollar un sistema especializado (un programa de ordenador) para simular el equipo. En la segunda etapa del proyecto se incorporaron Meter Kim y Jaceho Kim (el primero aspirante al doctorado en ingeniería electrónica, y el segundo ingeniero en electrónica). Simultáneamente con la iniciación del proyecto del sistema especializado, Alex Molnar y yo (De Shazer), al estudiar una serie de videocintas, comenzamos a esquematizar un mapa observando las tareas del terapeuta. Desde ese momento, hemos revisado este mapa una y otra vez.	19
En primer lugar quiero agradecer a los miembros del equipo por sus aportes: Insoo Kim Berg. Wally Gingerich, Eve Lipchik, Elam Nunnally, Kate Kowalsky, Ron Kral y Alex Molnar Hannah Goodman, Jaeho Kim y Peter Kim (quienes han redactado los programas computarizados denominados COMPENDIO I y II. Jhon Weakland merece un agradecimiento especial por su permanente apoyo y estímulo, así como a Lyman Wynne.	23
La filosofía básica (del modelo centrado en las soluciones) no ha cambiado, pero lo que hemos aprendido, ha modificado el modo en que nos manejamos para hacer terapia. Estos cambios indudablemente han surgido de ciertas características que han estado presentes en nuestro enfoque todo el tiempo y sólo ha cambiado aquello en lo que hemos elegido concentrarnos. Por ejemplo, en el CFTB nos hemos ocupado durante muchos años, de la transferibilidad de las intervenciones de un caso a otro, particularmente de las tareas para el hogar. Este interés nos ha proporcionado varias claves para comprender mejor los procesos de desarrollo de la solución.	25
Nuestro trabajo en el CTFB, desde 1982, fue pensado con el objeto de resolver el enigma que formulan Erickson en su artículo “ <i>Pseudo orientation in time as a hypnotic procedure</i> ” de 1954, de Shazer en “ <i>Brief therapy of two sexual disfunctions: The Cristal Ball Technique</i> ” de 1978, que se basó en el artículo de Erickson y los resultados de nuestra experiencia con el uso de nuestra tarea formalizada para la primera sesión, de de Shazer en 1985. La técnica de Erickson se formuló teniendo en cuenta la opinión general de que la práctica lleva a la perfección, de que la acción una vez iniciada tiende a continuar y de que los actos derivan de esperanzas y expectativas. Estas ideas se utilizan para crear una situación terapéutica en la cuál el paciente puede responder de manera psicológicamente eficaz a los objetivos terapéuticos deseados como realidades ya logradas.	71
Pero hasta el párrafo citado sugiere que este modelo fue influido por el enigma que formuló Erickson: las soluciones no necesitan estar directamente relacionadas con los problemas para los que fueron pensadas	73
La relación entre lo que hacemos (práctica) y como hablamos de lo que hacemos o lo describimos (teoría) sigue siendo muy sólida (y recursiva) y ambos aspectos (teoría y práctica) se relacionan recursivamente con nuestra investigación en curso. Este ha sido en parte el propósito de nuestro programa de investigación y construcción de la teoría desde sus inicios en 1978.	83

De Shazer, S. (1997). *Claves en Psicoterapia Breve. Una teoría de la solución*. Gedisa: Barcelona (Trabajo original publicado en 1988)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Puesto que no todas las entrevistas son idénticas, descubrimos que podía ser útil el concepto de “parecido familiar” de Wittgenstein...no es que los modelos sean mas o menos lo mismo... sino más bien que las descripciones “incluyen una compleja red de semejanzas que se superponen y se entrecruzan: a veces semejanzas muy generales y otras veces semejanzas en detalles. Wittgenstein utiliza el concepto de “juego” para ilustrar los conceptos de “parecido familiar”. Aunque de alguna manera sabemos qué es un juego, es imposible dar una definición unificada...	93
Los filósofos constructivistas como Watzlawick, en 1984, han señalado que la realidad es más lo que pensamos de ella que lo que podrías ser efectivamente. Los principios de la recontextualización y las ideas constructivistas en que se basa, es decir, cambiar el marco y/o concepción conceptual y/o emocional en relación con el cuál se experimenta una situación y colocarla en otro marco de referencia que se adapte a los “hechos” de la misma situación concreta igualmente bien o inclusive mejor y de ese modo cambie su significación total, como lo afirma Watzlawick, Weakland y Fisch en 1974. Desde hace mucho tiempo estas ideas forman parte de los usos y costumbres de la terapia breve y cumplen una función muy importante en muchas escuelas de terapia familiar. El término “desconstrucción” lo utilizamos aquí tratando de adaptarlo a las concepciones del “constructivismo radical” de von Glasersfeld. No necesariamente se lo utiliza en término de la desconstrucción de la crítica literaria del modo en que lo hace Derrida, en 1981, y el uso de términos semejantes como el de “indecibles” no es necesariamente coincidente. Cualquier semejanza en el uso y en la significación es un resultado no planeado.	119
Desde el comienzo, mi trabajo ha estado basado en los principios que extraje de muchos artículos de Erickson. En mi opinión, en mi trabajo y el de mis colegas del CTFB continuamos utilizando como punto de partida las ideas de Erickson...Cuando Erickson hablaba de “utilización” quería decir muchas cosas. A veces las definía en términos de utilizar las conductas, los pensamientos y sentimientos problemáticos como parte de la solución terapéutica. Un aspecto de este significado se ha llegado a describir como “prescripción del síntoma”, instrumento que sin duda puede resultar útil en algunas situaciones.”La prescripción del síntoma” no es lo único que Erickson entendía por utilización. Tenía una segunda definición más general “utilizar los propios procesos mentales del paciente de modos que están fuera del alcance habitual de su control intencional o voluntario”	157

De Shazer, S. (1999). *En un principio las palabras eran magia*. Gedisa: Barcelona. (Original de 1994)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
...Hay otra visión comúnmente bautizada como posestructuralismo, una perspectiva que sugiere, simplemente que el lenguaje es la realidad. “Depresión,” problemas maritales” y “problemas individuales” son sencillamente construcciones de quienes emplean estos términos...	30
Cuando comencé a observar la práctica de la terapia, buscaba la esencia de esa tarea, una esencia que proporcione un centro estable o un fundamento ya fijados (quizá determinado de antemano y para todo momento); un conjunto de supuestos “científicos”, “estructuralistas”. Comencé mi indagación leyendo una y otra vez las obras de Milton Erickson. En mi perspectiva estructuralista (finales de la década de los 60 y principios de los 70), se entendía que la “esencia” estaba en el trabajo clínico mismo y que luego había sido puesto por escrito en las descripciones del propio Erickson. En esa situación era tarea del lector descubrir la “esencia” y “extraerla” de modo tal de poder interpretarla adecuadamente. La indagación, según la veía yo, consistía en buscar una teoría fundamental subyacente sobre la cuál Erickson había construido su teoría... Ciertamente aquella no era una psicoterapia estándar; eso también estaba muy claro para mi... Como dijo Haley, parte del problema que presenta examinarla técnica terapéutica de Erickson , es el hecho de que uno no dispone de un marco teórico adecuado para describirlo...cuando uno examina lo que Erickson hace en realidad con un paciente...las perspectivas tradicionales no parecen apropiadas.	52-53
El empleo del término “desconstrucción” es muy problemático y tal vez peligroso, porque el uso (abuso o por lo menos, mal uso) que se le ha dado en filosofía (británica y norteamericana), en la crítica literaria y hasta en la terapia familiar...Anteriormente lo empleé siempre con gran vacilación y desde ahora decidí reemplazarlo por mi propia expresión “lectura concentrada en el texto, pues se ajusta adecuadamente a mi propio enfoque tanto de la lectura como de la práctica de la terapia....Elizabeth Grosz, en su estudio feminista de Jacques Lacan, describe su lectura como “una lectura cuidadosa, paciente, del texto” que a menudo incluye observar un texto “desde un punto de vista de simpatía para con las preocupaciones y la lógica del texto y, al mismo tiempo, leyéndolo desde el punto de vista de lo que fue dejado afuera, excluido o no expresado por él pero que es necesario para que ese texto funcione”.	59-60
Derrida, en 1976 el inventor, o por lo menos la “figura central” de la “desconstrucción”, si bien vacilaba en ofrecer cualquier definición unificada de su obra, pensaba sin embargo, que la desconstrucción y la lectura concentrada en el texto incluían, en parte, una especie de...lectura que siempre debe apuntar a cierta relación (generalmente, frecuentemente, quizá siempre) no percibida por el escritor, entre lo que él domina de la lengua y lo que no domina del...lenguaje que utiliza. Esta relación es... una estructura significativa que la lectura crítica debe producir... todos los instrumentos de la crítica tradicional,...la producción crítica correría el riesgo de desarrollarse en cualquier dirección y de permitirse no decir casi nada.	61

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Tanto en mi propia práctica como en los informes de Erickson siempre había “bichos raros”, casos combinados que no encajaban (con la teoría). .. Hace aproximadamente unos diez años, como parte de nuestro proyecto, aprendimos que las excepciones son por lo menos tan importantes como las reglas, sino más. Aún cuando estas excepciones sean accidentes (y por supuesto siempre existe la posibilidad del accidente), es necesario incluirlas dentro de la teoría...Con esto queremos decir que para hacer una terapia que incluya el enfoque de Erickson y que, en parte está basada en él, las reglas de una teoría deben abarcar esa arbitrariedad aparente...Comencé a preguntarme si no había estado yo pasando por alto todo el meollo del asunto. Quizá el secreto o el acertijo consistía en que no había nada oculto y que precisamente esa variedad y esa diversidad eran la “esencia” del enfoque de Erickson. En ese caso la única opción de que disponía era aceptar las cosas tal cual eran. Esto significaría que mi teoría del enfoque de Erickson, tenía muchas ramas. Pero carecía de un centro. Además eso significaría que no había ninguna teoría, ningún diseño general y que en cambio sólo había actividades locales, bastante idiosincrásicas que dependían principalmente de la situación...En semejante contexto, decidí que mi único recurso era seguir el consejo de Wittgenstein de 1958 y renunciar a toda teoría: “Traducir a palabras toda esta indefinición, correctamente y sin falsificaciones”. Y eso es lo que decidí hacer, lo cuál me llevó a abandonar el estructuralismo como un enfoque posible de cómo hacer terapia.	54-55
Paul de Man, un crítico literario norteamericano que es a su manera, tan riguroso como Derrida en sus lecturas concentradas en el texto, describe la enseñanza de la “crítica práctica” (a veces llamada “lectura detallada”) de Rueben Broker, que es también una descripción parcial de los métodos de De Man.	61
Como lo sugiere Derrida, frecuentemente comprobamos...que la pregunta solo puede formularse con la forma que dicta la respuesta que la aguarda”. Puesto que la respuesta es tan extraña, quizá la pregunta que estamos haciendo también sea en cierto modo (o en varios modos) extraña. Como lo dice Wittgenstein en <i>Los cuadernos azul y marrón</i> de 1933 /1934: Nuestra sed de generalidad tiene una (otra) fuente primaria: nuestra preocupación por el método de la ciencia. Con esto me refiero al método de reducir la explicación de los fenómenos naturales a la menor cantidad posible de leyes naturales primitivas...Los filósofos ven ante sí, el método de la ciencia y se sienten irresistiblemente tentados a formular preguntas y respuestas a la manera en que lo hace la ciencia. Esta tendencia es la verdadera fuente de la metafísica y lleva a los filósofos a la completa oscuridad.	75
Para una amplia clase de casos –aunque no para todos- en los que empleamos la palabra “significado”, se la puede definir del modo siguiente: El significado de una palabra es su uso...Wittgenstein, 1958	76
Wittgenstein, como filósofo del lenguaje no es el único en considerar que “el método científico” del enfoque habitual, conduce a una oscuridad total. Por ejemplo Mijail Bajtín, un teórico y crítico literario ruso, considera que la comprensión se opone al enunciado como una réplica se opone a otra en el diálogo.”La palabra, en la conversación habitual esta directa, descaradamente. Orientada hacia una futura palabra de respuesta”	77
Por ejemplo, la declaración que hace un terapeuta durante una sesión particular está relacionada con todos sus enunciados previos (emitidos durante esa sesión) y todos los enunciados futuros (que emitirá durante esa sesión) y también con todas las declaraciones que haya hecho el paciente sobre un tema en particular durante esa sesión: una situación que Bajtín llamó “intertextualidad” y que Wittgenstein denominó un “juego de lenguaje”.	78
De acuerdo con Bajtín “ningún enunciado puede atribuirse exclusivamente al hablante; todos son el producto de la interacción... y en un sentido más amplio, el producto de la totalidad d la compleja situación social en la que se da la interacción. La perspectiva de Bajtín nos lleva a la idea de que las relaciones entre el terapeuta y el paciente continúan alternándose en el proceso mismo de la conversación. No existe una significación preestablecida que se transfiera o se entregue de uno a otro. Antes bien, la significación se desarrolla o adquiere forma en el proceso de interacción. Un mensaje no se trasmite de una persona a otra, sino que es algo “que construyen entre ambas, como un puente ideológico, es algo que se construye en el proceso de interacción entre las dos”.	79

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Las historias acerca de la TCS, ha sido propagada como un rumor dentro de las comunidades terapéuticas. La constante discusión de estos rumores ha llevado a la evolución de la TCS. Actualmente este punto de vista está vinculado con la filosofía de Wittgenstein acerca del lenguaje y a algunos aspectos del pensamiento postmoderno.	363-364
Otro marco de preguntas de primer interés de los no-clientes, particularmente de los terapeutas y de algunos profesores, involucran a la TCS y otras orientaciones de los terapeutas hacia desarrollos en otros aspectos sociales. Las respuestas que los terapeutas construyen a esas preguntas son formas de definir el rol general del terapeuta en la sociedad y su contribución hacia ella. Sus respuestas justifican a la terapia de acuerdo a algunas ideas, personas, o movimientos sociales. Sin embargo las historias acerca de estos temas son en mayor medida tratados por los terapeutas, hacia otros terapeutas. Así las preocupaciones de los clientes y su influencia dentro del proceso terapéutico son frecuentemente minimizadas en esas historias. La mayoría de los clientes están minimamente interesados en ello. ¿Por qué los clientes se inquietarían por razones intelectuales, políticas u otras razones con las cuales su terapeuta está identificado? Los clientes tienen sus propios problemas.	367

De Shazer, S. y Miller, G. (1998). *Have you Heard the Latest Rumor About...? Solution-Focused Therapy as a Rumor*. *Family Process*, 37 (1), 363-377.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Las historias en terapia que están organizadas desde la metáfora de la terapia "como un trabajo" el establecimiento de circunstancias narrativas se enfocan, en la relación terapeuta- cliente, en las contingencias de esa relación y en las responsabilidades del terapeuta dentro de ese marco. En contraste, las historias que están organizadas como "un motivo", con mayor probabilidad tratan la relación cliente- terapeuta como un epifenómeno. Es decir, los significados son derivados de asuntos más amplios como la cultura, la política y las estructuras económicas. Este tipo de historias consideran a la terapia como un proceso que ayuda a los clientes a "ver" como esas grandes realidades dan forma a sus vidas y a sus problemas.	367
La TCS , así como otros rumores son tan inestables. Su significado y sus implicaciones prácticas cambian con cada narración de los rumores. Y cualquier narración del rumor puede iniciar desde algún lugar, posibilitando los puntos de vista para la construcción de realidades sociales. Vemos y contamos historias acerca de diferentes realidades cuando nos movemos desde un punto de vista a otro...pero sólo podemos permanecer en un lugar en determinado momento.	368
la postmodernidad es visto como un término amorfo que puede referirse a un periodo histórico, a una variedad de ideas vagamente conectadas y/o a una actitud hacia la vida. Desde la postmodernidad pronto se aprecian y se aceptan los cambios, la discontinuidad y las contingencias como características normales de una vida normal. Esta es una de las razones por las que los terapeutas CS abrazan la práctica postmodernista abandonando las metanarrativas. Las metanarrativas o grandes teorías son historias que lo explican todo para reducir la realidad a unos pocos elementos o principios fundamentales. Este es un punto central en la psicoterapia tradicional y en la categorización de la terapia familiar sobre los problemas de los clientes, como enfermedades mentales y tipos de sistemas familiares.	372

De Shazer, S. (2005b). *Some SFBT language-games*. Disponible en [www.brief-therapy.org/steve thoughts.html#](http://www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html#) Fecha de acceso 2/julio/ 2005

Contexto de aparición del enfoque
Wittgenstein (first in the "Blue and Brown Books") uses the term "language game" to talk about, among other things, the home base of words. It is the language game that, as the home base of words, provides the meanings of words as they are used. By using the term "game" he emphasizes the fact that language is like a game and that, like many games, there are rules involved and often multiple players. Looked at in this way, words are defined by how two or more people, in a particular context, use them. Language is an activity within specific contexts, not something captured in dictionaries and grammar books. For example: The verb "to steal." The meaning of the word "stealing" as used in baseball is entirely different from what stealing means when it is cars that we are talking about. We can only tell what stealing means by the context in which we use it. Two different language games stand out in SFBT: scaling questions and the miracle question.
Understandably, I have often been asked about my interest in and frequent citation of Wittgenstein's work in both my writing and my training seminars. Since I maintain that SFBT is a practice or activity that is without an underlying (grand) theory, it seems at least strange if not contradictory to refer over and over to a philosopher's work. This mistakenly leads some readers and seminar participants to the idea that Wittgenstein's work might actually provide the (missing) theory. However, as they quickly discover, if they are looking for a philosophical system or theory, reading Wittgenstein is at least disconcerting and confusing since he does not provide such a system or theory. Rather, his work is "non-systematic, rambling, digressive, discontinuous, interrupted thematically and marked by rapid transitions from one subject to another" (Stroll, p. 93). This means that the reader has to work hard to follow the criss-crossing of the various threads of the argument. Wittgenstein deliberately uses this approach in very subversive and strategic ways designed to make the reader <u>look again</u> and thus think in new and different ways.
It might not be overstating things to call Wittgenstein the greatest philosopher of the twentieth century. (His work is certainly different from that of any other philosopher.) Many people inside and outside the field of philosophy have given him the label of "genius," starting with Bertrand Russell. For instance Stroll (2002), who calls him "the greatest modern philosopher," says that the later Wittgenstein stands at the end and outside of that [philosophical] tradition and can be thought of as turning it on its head. The tradition sees the ordinary person as confused and in need of philosophical therapy. Socrates is the paradigmatic philosopher on this view. He walked around Athens questioning his fellow citizens and quickly exposed the shallowness and inconsistencies of the thinking about fundamental issues. For Wittgenstein the emphasis is in the other direction. It is philosophers like Socrates and his successors who "tend to cast up a dust and then complain they cannot see" and who need help.
Philosophy, from its very start over 2000 years ago has focused on the perplexity and complexity of the individual, seeking insight into and understanding of the individual person and his or her inner processes and states. Philosophers sought the essence of the thing — "thought," "knowledge," "being," "object," "time," "I," "name," etc. Psychology, a relatively recent offshoot of philosophy, has continued this focus on the individual's mind, emotions, and behavior. Psychology, and its "cousin" psychiatry, has worked to understand what inside the troubled individual has gone wrong - diagnosis - and how to fix it. Wittgenstein, talking about classifications (like diagnosis) in general, remarked that:
The classifications made by philosophers and psychologists are like those that someone would give who tried to classify clouds by their shape. Wittgenstein looked at traditional philosophy's project in quite a different way: When philosophers use a word — "knowledge," "being," "object," "I," "proposition," "name" — and try to grasp the essence of the thing, one must always ask oneself: is the word ever actually used in this way in the language-game which is its original home? What we do is to bring words back from their metaphysical to their everyday use.

De Shazer, S. (2005d). *Don't think, but observe: what is the importance of the work of Ludwig Wittgenstein for the solutions-focused brief therapy*. Disponible en www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html#

Fecha de acceso 2/julio/ 2005

Contexto de aparición del enfoque
<p>What Wittgenstein calls "language-games" can be simply described as slices of everyday life, the home base of words and concepts. He describes language games "in three ways: As a methodological tool in examining philosophical theories, as akin to the way in which children learn [training], and as an explanatory device describing language use in relation to other forms of acting" (Williams, p. 220). These are the everyday practices and activities in which words are used which provide words with their meanings. Wittgenstein lists several as examples within his definition of the term: The term "language-game" is meant to bring into prominence the fact that the <i>speaking</i> of a language is part of an activity, or of a form of life.</p>
<p>In the course of his work, Wittgenstein seems to have had various targets in mind: "nearly all the major problems of traditional philosophy - change, universals, abstract ideas, skepticism, meaning, reference, and mind - derive from the thought of Plato and Descartes" (Stroll, p. 105) as well as Kant and Wittgenstein's own early work. As Williams (2002) puts it: For Descartes, both immediacy and intentionality are explained in terms of the special infallible knowledge that the thinker has of the contents of his own mind. This epistemological mark of the mental privileges the subjective over the public and/or social as the starting place for language, belief, and knowledge (Williams, p. 2). This individualistic point of view, with the individual having a special, infallible knowledge of the contents of his or her own mind, is essential to traditional psychology and psychiatry. Furthermore, Wittgenstein is fundamentally opposed to the picture of mind according to which experience or knowledge is some kind of amalgam of given sensory data and active mental construction and operation. Wittgenstein repudiates the metaphysics of both a Cartesian and a Kantian variety. Grammar, rules, concepts are not the <u>a priori</u> metaphysical or epistemological conditions for the possibility of experience, judgment, and action. Grammatical propositions, rules, and concepts can be abstracted from our ongoing practices, from our language games, but they do not ground those games.</p>
<p>For most of the 20th century the concepts of traditional psycho-therapy were, and continue to be, firmly within the traditional philosophical framework. For instance, emotions were seen as something inside the individual. Sometimes these emotions were seen as triggering, perhaps even causing, an individual's behavior. (Certainly all of us at times use our emotions as a providing a reason for doing what we did; this is a normal way of talking.) Thus the psycho-therapeutic emphasis on the individual's controlling or managing his or her emotions.</p>
<p>Such mental-process accounts draw on certain misconceived propositions, such as sensations are private, acts of imagination are voluntary, people act on their intentions and beliefs, and so on. The propositions are misconceived, according to Wittgenstein, because they are taken as empirical claims describing interior states and causes of behavior. In fact, their status as grammatical propositions reveals them to be norms of our psychological language games. They are propositions like "The bishop in a game of chess moves diagonally." This proposition expresses a rule of the game, not an empirical claim about how bishop-shaped figurines move in the world. Sometimes they roll off the table (Williams, p. 10).</p>
<p>Wittgenstein sees emotions in a very different way. For instance, he would point to the context in which an individual experience the emotion. He would remind us that in our ordinary use of these words, "anger," "fear," "anxiety," "better," "depressed," etc. there are other people involved and that whatever happened both before and after have something to do with the emotion we felt. That is, the emotion, "anger," "better," "depressed," etc., cannot be understood when it is cut off from the context which is its home; doing so makes the emotion into something mysterious and separate from everyday life.</p>
<p>Of course, as Wittgenstein would point out, this is something we already know but the traditional world-view (inevitably based in large part on traditional philosophy and psychology) confuses us and gives us the urge to want to dig deeper and see what lies behind and beneath: to understand the essence of "better" or "anger." We automatically forget the context of everyday life and are puzzled. Thus Wittgenstein saw his job — at least in part — as providing us with reminders of what we already know. For Wittgenstein, any and all inner-processes and states, such as feeling angry, feeling better, thinking, etc. are connected to and — at least in part — defined by some outside context. Psychological verbs [are] characterized by the fact that the third person of the present is to be verified by observation, the first person not. Sentences in the third person of the present: information. In the first person present: expression. The first person of the present akin to an expression (Z #472). That is, if an individual says "I feel depressed" this is an expression of his emotional or feeling state and is similar to an exclamation such as "ouch." It is not an empirical statement. It is not as if he or she were reporting on his own observation of himself. It is not a statement of knowledge. Since the first person present is not a report about something he knows about himself but is just an expression, he cannot be wrong about it. Of course, since he cannot be wrong, he also cannot be right. It is just an exclamation.</p>
<p>Wittgenstein's way of describing things reminds us to observe what is going on and reminds us to look at everyday life — including language as it is actually used — as the home of our concepts and descriptions. It is these descriptions of everyday life that replace the explanations and theories of traditional philosophy and psychology.</p>
<p>However, when we say "He is depressed" we are reporting on our observations — which again points to the context: we see him behaving in ways similar to how we saw other people behave who said they were depressed. Of course we could be wrong and only he can confirm or disconfirm our observation.</p>

White, M., Epston, D., y Murray, K. (1996). *Una propuesta para re-escribir la terapia*. En: Gergen, K y McNamee, S. (Comps.). *La terapia como construcción Social*. Barcelona: Paidós.(Original de 1992)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Los científicos sociales que siguen el «método interpretativo» y se apoyan en la analogía textual afirman que la historia, o narración, brinda el marco dominante para la experiencia de vida y para la organización y el pautado de la experiencia vivida. Entre estos científicos figuran J. Bruner, Gergen y Harré en psicología; E. Bruner, Geertz, Clifford, V. Turner y R. Rosaldo en antropología; H. White, Mink y Gaille en historia, por nombrar sólo algunos. Según esta propuesta, se puede definir la ración como una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida. A través de las narraciones se interpreta la experiencia vivida. Entramos en las historias; y vivimos nuestra vida a través de esas historias.	122
... Lo mejor que podemos hacer es interpretar la experiencia de los otros; es decir, las expresiones de su experiencia, mientras los demás tratan de interpretarla para ellos mismos. «Cualquiera que sea nuestra impresión acerca del estado de la vida interior de alguien, la tenemos por medio de sus expresiones, no por medio de e cierta irrupción mágica en su conciencia. Se trata simplemente de raspar superficies» (Geertz, 1986: 373). Y para interpretar las expresiones (y por lo tanto, las interpretaciones) de las otras personas, tenemos que valernos de nuestra experiencia vivida y de nuestra imaginación. Lo más que podemos hacer es «identificar» nuestra propia experiencia a partir de la experiencia expresada por los otros. En consecuencia, la «empatía» es un factor decisivo en la interpretación o comprensión de las experiencias de los demás. De modo, entonces, que lo único que tenemos es nuestra experiencia vivida del mundo. Pero esto es muchísimo. Somos ricos en experiencia vivida. Si citamos a Geertz, podemos decir que «todos tenemos muchísimo material, pero no sabemos muy bien qué hacer con él, y si no somos capaces de darle una forma aprehensible, la causa puede ser una falta de medios no de sustancia» (1986:373).	121
Las historias permiten a las personas vincular aspectos de su experiencia a través de la dimensión temporal. Al parecer, no existe otro mecanismo posible para la estructuración de la experiencia, que así capta el sentido del tiempo vivido o puede representar correctamente el sentido del tiempo vivido (Ricoeur, 1983).	122 -
Los relatos construyen comienzos y finales al flujo de la experiencia. Creamos las unidades de experiencia y significado a partir de una continuidad de la vida. Todo relato es una imposición arbitraria de significado al fluir de la memoria, porque destacamos ciertas cosas y desestimamos otras; es decir, todo relato es interpretativo (E. Bruner, 1986a: 7).	123
En la exposición que antecede hemos sostenido que la experiencia estructura de expresión. Pero también se podría afirmar que la expresión estructura la experiencia. Para citar a Dilthey: «Nuestro conocimiento de lo que se da en la experiencia se amplía a través de la interpretación de las objetivaciones de la vida; y la interpretación de éstas, a su vez, sólo es posible explorando las profundidades de la experiencia subjetiva» (1976: 195). Así, las historias en las que entramos con nuestra experiencia tienen efectos reales sobre nuestras vidas.	123
... No basta con hacer afirmaciones: es preciso ponerlas en práctica. «Las historias sólo se vuelven transformativas en su representación» (E. Bruner, 1986 a: 25). Así, la idea de que las vidas están situadas en textos o historias implica una determinada noción de autenticidad: que una persona llega a un sentido de autenticidad en la vida a través de la representación de textos.	124
... Y dado que los buenos relatos transforman en mayor medida la experiencia de lector que los malos relatos, estas reflexiones podrían llevarnos a revisar la estructura de los textos de mérito literario. Siguiendo esta premisa creemos que Iser, un teórico literario, nos ayuda a encontrar una respuesta para la pregunta anterior: «¿Cómo es que no somos réplicas unos de otros?»	124 -
Los textos de ficción constituyen sus propios objetos y no copian a algo que ya existe. Por esta razón no pueden tener la definición absoluta que tienen los objetos reales; y es precisamente este elemento de indefinición lo que hace que los textos se «comuniquen» con el lector, en el sentido de que lo que inducen a participar tanto en la producción como en la comprensión de esta intención de la obra (1978: 21).	125
La indefinición de los textos y el aspecto constitutivo de la representación de los mismos son circunstancias sumamente afortunadas. Clifford Geertz cita el lamento de Lionel Trilling: «¿Por qué empezamos como originales y terminamos siendo copias?». Al situar nuestro trabajo en el mundo de la experiencia y la narración, y al aceptar la idea de que debemos empezar con un relato para asignar significado y dar expresión a nuestra experiencia, tendríamos que invertir la pregunta de Trilling y decir: «¿Por qué empezamos como copias y terminamos como originales?». Geertz encuentra una respuesta que es «sorprendentemente alentadora: lo que da origen es la copia» (1986: 380).	126

White, M. (1992). *Men's Culture, The Men's Movement, & The Constitution of Men's Lives*. Dulwich Centre Newsletter. 3(4), 33-52.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Despite this success, the truths and knowledges that have been manufactured in the foundationalist tradition have never been manufactured in the foundationalist tradition have never been received unproblematically and gone uncontested. In recent times, there has been more interest in the history of resistance to foundationalist thought and its methods. And there has been a greater awareness of the real effects o this tradition of thought, particularly in terms of the extent to which the global and unitary truths disqualify alternative knowledges and subjugate many persons (Foucault, 1973,1979, 1980)	35- 36
The assumptions of foundationalist thought I have now been rigorously critiqued and refuted in many areas and upon various grounds. Alternative systems of thought and methods are engaging in the archeology of alternative knowledges of women's ways of being (e. g. Gilligan, 1982); those developments in anthropology that relate to the new ethnography (e.g. Geertz, 1983, 1988); the emergence of social constructionist and narrative psychology (e.g. Parker & Shotter, 1990; Sarbin, 1986); and in the family therapy, the call for qualitative research (Atkinson & Heath, 1987).	36

White, M. (1992). *Men's Culture, The Men's Movement, & The Constitution of Men's Lives*. Dulwich Centre Newsletter. 3(4), 33-52.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Historically, Philosophy has been oriented towards What Foucault calls “the formal ontology of truth” through questions like “What is the world? What is man (sic)? What is the truth? What is the knowledge? How we can know something?, and so on. However, at the end of the eighteenth century a new question emerged in this arena... On the contrary, they constitute a very strong and consistent field of analysis, what I would like to call the formal ontology of truth. But I think a new pole has been constituted for the activity of philosophising, and this pole I characterize by the question “What are we today?” And that is the field of historical reflection on ourselves. (Foucault, 1988, p. 145)	39
It is apparent that the interpretations at which persons arrive in relations to their lived experience are very much informed by a criterion of narrative coherence (E. Bruner, 1986; J. Bruner, 1990).	41

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Seguendo a Goffman (1961), he llamado a aquellos aspectos de la experiencia vivida que caen fuera del relato dominante, «acontecimientos extraordinarios». Al definir los acontecimientos extraordinarios, Goffman afirma que en la estructuración de la experiencia en «el entramado social del desarrollo de una persona a lo largo de su vida... Los acontecimientos extraordinarios son ignorados a favor de aquellos cambios en el tiempo que son básicos y comunes para los miembros de una categoría social, aunque sucedan independientemente para cada uno de ellos» (pág. 127). Las nociones de Goffman de «entramado social» y «categorías social» pueden equipararse al «relato dominante» y al grupo de personas de determinada identidad cuyas vidas están situadas en ese relato.	32
Una vez identificados Los acontecimientos extraordinarios, se puede invitar a las personas a atribuirles significados. Para que esta asignación de significado pueda realizarse, es necesario que los acontecimientos extraordinarios se organicen en un relato alternativo. Y en este proceso, como reconoce Victor Turner (1986), «el imaginar» desempeña un papel muy importante. Se puede introducir diversas preguntas que ayuden a comprometer a las personas en esta adscripción de nuevos significados, preguntas que en las involucran activamente en – para usar la expresión de Myerhoff (1982)- la reescritura de sus vidas y de sus relaciones. Estas preguntas pueden, por ejemplo, invitar a las personas a explicar los acontecimientos extraordinarios...	33
Los análisis de poder que han aparecido en la literatura terapéutica lo han representado, tradicionalmente, en términos individuales: como un fenómeno biológico que afecta a la psique del individuo; o como una patología individual que es el resultado inevitable de experiencias personales tempranas y traumáticas; o en términos marxistas, como un fenómeno de clase. Más recientemente, ciertos análisis feministas del poder lo han enmarcado como un fenómeno represivo específicamente vinculado a la diferencia entre los sexos. Ello sensibilizó a muchos terapeutas respecto de las experiencias de malos tratos, explotación y opresión relacionadas con el sexo.	35
Si bien no dejamos de reconocer los efectos liberadores del análisis del poder en cuanto mecanismo represivo vinculado al sexo, creemos que es importante también considerar el aspecto más general del poder; no sólo sus aspectos represivos sino al mismo tiempo sus aspectos constitutivos. En este sentido es importante la obra de Michael Foucault. La siguiente exposición de la contribución de Foucault al análisis del poder no es en modo alguno exhaustiva; por el contrario, sólo se presentan algunos de esos conceptos. Además, los lectores advertirán una cierta e inevitable superposición de ideas entre los diferentes apartados.	36-44, 48
Por lo general se afirma que el poder es represivo en su acción y en sus efectos, y negativo en fuerza y carácter. Se dice del poder que descalifica, limita, niega y contiene. Sin embargo, Foucault sostiene que nosotros experimentamos sobre todo los efectos positivos y constitutivos del poder; que estamos sujetos, al poder por medio de «verdades» normalizadas que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones. Estas «verdades», a su vez, se construyen o producen en el funcionamiento del poder (Foucault, 1979,1980, 1984a). Según Foucault, un efecto primario de este poder a través de la «verdad» y de esta «verdad» a través del poder es la especificación de una forma de individualidad, una individualidad que es, a su vez, un «vehículo» de poder. En vez de afirmar que esta forma de poder reprime, Foucault sostiene que subyuga. Forja las personas como «cuerpos dóciles» y las hace participar en actividades que apoyan la proliferación de conocimientos «globales» y «unitarios», así como también las técnicas de poder. No obstante, al referirse Foucault a conocimientos «globales» y «unitarios» Foucault no sugiere que haya conocimientos universalmente aceptados. Se refiere, en cambio, a aquellos conocimientos que pretenden constituir verdades unitarias y globales: los conocimientos de la «realidad objetiva» de las modernas disciplinas científicas. Como sujetos de este poder, a través del conocimiento, somos: ...juzgados, condenados, clasificados, determinados en nuestras decisiones, destinadas a un cierto modo de vivir y de morir, en función de los verdaderos discursos que son los agentes de los efectos específicos del poder (1980, pág. 94).	35-36
Al considerar la dimensión constitutiva del poder, Foucault llega a la conclusión de que poder y conocimientos son inseparables, hasta tal punto que prefiere colocar ambos términos juntos: poder/conocimiento o conocimiento/poder. Al estudiar la historia de los sistemas de pensamiento, deduce que el surgimiento y el éxito espectacular de las «disciplinas» de vida, trabajo y lenguaje a partir del siglo XVII, dependieron de las técnicas de poder y que, a su vez, la cualidad expansiva del poder moderno dependió del progreso en la construcción de aquellos conocimientos que proponen la verdad. Así, es evidente que un dominio de conocimiento es un dominio de poder, y un dominio de poder es un dominio de conocimiento.	38
La externalización del problema permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y relaciones. Al hacerlo, recuperan la capacidad de identificar a aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida, aspectos ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante. Por tanto, siguiendo a Goffman (1961), el llamado a estos aspectos de la experiencia «acontecimientos extraordinarios»	55

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Creo que la terapia inspirada en la externalización de problemas facilita la re-escritura (Myerhoff,1986) de vidas y relaciones.	56
Foucault no sólo ofrece un análisis de las «teorías totalitarias» globales sino que revisa también otros conocimientos, los que llama «conocimiento subyugados». Propone, así, dos clases de conocimiento subyugados. Una está constituida por los conocimientos «eruditos» previamente establecidos, que han sido excluidos por la revisión de la historia llevada a cabo a partir de la aparición de un conocimiento más global y unitario. Según Foucault, estos conocimientos eruditos han estado enterrados, ocultos y disfrazados «en una coherencia funcional de sistematizaciones formales», que está destinada a «enmascarar los efectos de esta ruptura de conflicto y la lucha. Sólo se pueden resucitar estos conocimientos por medio de una erudición cuidadosa y meticulosa; y en esta resurrección se hace visible una vez más la historia de la lucha, y se cuestionan las pretensiones de verdad unitaria. La segunda clase de conocimiento subyugados está constituida por aquellos que Foucault denominaba conocimientos «populares locales» o «indígenas», es decir; los conocimientos «regionales» que están actualmente en circulación, pero a los que se niega el espacio en el que podrían representarse adecuadamente. Se trata de conocimientos que sobreviven en los márgenes de la sociedad y que se consideran de bajo rango, insuficientes y exiliados del dominio legítimo de los conocimientos formales y las ciencias aceptadas. Son los «conocimientos y ingenuos, ubicados muy abajo en la jerarquía, por debajo del nivel exigido de cognición o cientificidad» (Foucault,1980).	41
Michel Foucault, un intelectual francés que se consideraba a sí mismo un historiador de los sistemas de pensamiento, rastreó la historia de esas prácticas culturales de cosificación y «subyugación» de las personas (Foucault, 1965,1973,1979). Según él, en la historia reciente, la sociedad occidental se ha apoyado cada vez más en las prácticas de cosificación de las personas y sus cuerpos a fin de mejorar y extender el control social. La historia moderna de la cosificación de las personas y de sus cuerpos coincide con la proliferación de lo que pueden denominarse «prácticas de división» (Foucault,1965) y prácticas de «clasificación científica».Foucault se dedicaba a investigar la evolución de estas prácticas de división, que aparecieron por primera vez a gran escala en el siglo XVII, simbolizadas por la apertura del hospital general de París en 1956. Estas prácticas permitían la exclusión de personas y de grupos de personas, y su cosificación a través de la adscripción de una identidad personal y social. Bajo las prácticas de clasificación científica, el cuerpo llegó a construirse como una cosa.	78, 79, 81- 86 186, 187
Creemos que siempre se debe cuestionar y poner en duda la conveniencia de aplicar el pensamiento lógico-científico y las teorías al campo de las ciencias humanas, sobre todo las relacionadas con la organización social. Con este fin resulta útil distinguir entre pensamiento que da lugar al cientifismo y el pensamiento que consideramos apropiado para la interpretación de los acontecimientos en los sistemas humanos. Jerome Bruner (1986) establece esta misma distinción. Contrasta el pensamiento lógico-científico con el «narrativo».	89
Jerome Bruner (1986), al analizar qué es lo que convierte una historia en una buena historia, qué es lo que constituye un relato con valor literario, hace referencia a la presencia de ciertos mecanismos que convierten al texto en indeterminado y que involucran al lector en la representación de significados a través del texto, de forma que el texto se convierte en un texto virtual en relación al auténtico. Estos mecanismos son los que subjetivizan la realidad.	90
Aunque los comentarios sobre narrativa de Jerome Bruner se refieren a la estructura de los textos con valor literario, creemos que las personas generalmente adscriben significado a su vida convirtiendo sus vivencias en relatos, y que esos relatos dan forma a sus vidas y a sus relaciones. También afirmamos que la mayoría de las conversaciones, incluyendo las conversaciones con uno mismo, se ajustan al menos a los requisitos más elementales de un relato: tienen planteamiento, nudo y desenlace. Por lo tanto, la narrativa no se limita a los textos literarios.	91
Autores de otros campos de estudio también han destacado la importancia que tiene la subjetivación de la realidad en la creación de un contexto para la aparición de transformaciones a nuevas posibilidades, y por tanto en la representación de nuevos significados. Por ejemplo, Víctor Turner (1986) asoció el modo subjuntivo con la zona limítrofe existente entre las etapas del ritual llamado rito de paso.	91
En la modalidad lógico-científica, las particularidades de la experiencia personal son eliminadas a favor de constructos cosificados, clases de eventos, y sistemas de clasificación y diagnóstico. Por el contrario, el modo narrativo de pensamiento da mayor importancia a las particularidades de la experiencia vivida, y es el elemento «vital», siendo los puntos de unión entre los diversos aspectos de la experiencia vivida los generadores de significado. El tipo de estructura relacional que llamamos significando emerge únicamente cuando relacionamos la experiencia presente con el resultado acumulado de experiencias pasadas, semejantes o al menos relevantes, de simular potencie (Turner,1986, pág.36).	91- 92
Diversos tipos de galardón, como los trofeos y los certificados, y pueden considerarse ejemplos de documentos alternativos. Estos galardones, a menudo, implican que la persona adquiere un nuevo <i>status</i> La comunidad, que conlleva nuevas responsabilidades y privilegios. Puesto que estos documentos pueden ser leídos por muchas personas y tiene la capacidad de reunir a un amplio público para la representación de nuevos relatos, se pueden situar el lo que Myerhoff (1982) llama ceremonias de definición: Llamo a estas representaciones «ceremonias de definición», entiendo que constituyen el autodefiniciones colectivas dirigidas respectivamente a un público que de otro modo no estaría disponible (pág.105).	187
Según Bourdieu, hacer exótico lo doméstico, en virtud de la objetivación de un mundo familiar y dado por descontado, facilita la "reapropiación" del yo. Al referirse a la reapropiación del yo, no creo que Bourdieu esté proponiendo una concepción esencialista del yo, que en esa reapropiación Las personas se "encuentren" a sí mismas. Antes bien, Bourdieu sugiere que por obra de la objetivación de un mundo familiar podríamos hacernos más conscientes de la medida en que ciertos "modos de vida y de pensamiento" modelan nuestra existencia y que, por lo tanto, podríamos estar en condiciones de decidir vivir según otros "modos de vida y de pensamiento".	30

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós

Contexto de aparición del enfoque	Pag
En la siguiente exposición he de considerar, primero, la desconstrucción del relato, segundo, la desconstrucción de las prácticas modernas de poder y, tercero, la desconstrucción de las prácticas discursivas. Con todo eso, creo con Michel Foucault (1980) que un dominio de conocimiento es un dominio de poder y que un dominio de poder es un dominio de conocimiento. De manera que en la medida en que la significación se refiere al conocimiento y en la medida en que las prácticas se refieren al poder, creo que significación, estructuras y prácticas son inseparables en sus aspectos constitutivos.	30

White, M. (1993). Commentary: *The Histories of the Present New Directions in Family Therapy*. En S. Guilligan & R. Price. *Therapeutic Conversations*. New York: Norton.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
My interest in the histories of the present is situated in the context of a tradition of thought that I will refer to here, for the want of a better word, as “constitutionalism” and is considerably inspired by the work of Michel Foucault and other “critical theorist”. Many of the practices of the therapy that accompany this constitutionalist perspective I regard to be forms of “deconstructive method.”	124
In this way, these modes of life and thought are rendered strange, and they no longer speak to persons of the truth of their identity –of their nature. In Chapter 2 of this book, I have likened this process to Bourdieu’s proposal for the “exoticizing of the domestic”. Thus, I believe that these externalizing conversations assist persons to situated their experience in the history of the dominant present.	129
I would like to make three further points about the ideas associated with this work. First, I do not have an investment in “unique outcome” as a name for a contradiction of the sort to which I have referred, and thus am not prepared to defend the term. I was a description that I borrowed from Erving Goffman, whose work I have admired greatly.	131
The third point relates in the employment of imagination in this work – it bears closer study. The identification of contradiction with mystery is provocative of imagination, and I use of particular languages of the therapy, often picturesque, is evocative of powerful images. At times, in special circumstances, these images can extend the know limits of culture. Elsewhere (see Wood, 1991), in following images “trigger reverberations” that reach back, in the history, to certain events or experiences that “resonate” in some way with the image –many experiences of the past, that would not be remembered under ordinary experiences, “light up” and contribute to alternative story lines.	131

White, M. (1994). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Gedisa

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Tal vez el enfoque que estoy describiendo aquí sobre la desconstrucción de las historias y conceptos de conformidad con los cuales viven las personas no sea del todo diferente del enfoque que presenta Derrida en su trabajo de desconstrucción de textos (1981). La intención de Derrida era subvertir textos y oponerse al privilegio de conocimientos específicos con métodos que “desconstruyen la oposición”... para echar abajo la jerarquía en un determinado momento” Derrida lo logró al desarrollar métodos desconstrutivos. que revelaban las ocultas contradicciones contenidas en los textos al hacer visibles las significaciones reprimidas, las significaciones “ausentes pero implícitas”, y que daban preeminencia esos conocimientos “del otro lado”, a esos conocimientos considerados secundarios, derivados y sin valor. (White, 1991)	43
Buena parte de la obra de Guillén con esta dedicada al análisis de las “prácticas de poder “por obra de las cuales está constituido el “sujeto” moderno (Foucault, 1978, 1984). Foucault trazó la historia del “arte de gobernar personas” a partir del siglo XVII y estudió en detalle muchas de las prácticas del yo y de las prácticas de relación que las personas incorporan en sus vidas al ser incitados a ello. Por cuanto en virtud de esas prácticas las personas modelan sus vidas de conformidad con especificaciones dominantes del modo de ser, aquéllas pueden considerarse técnicas de control social. (White, 1991)	43
Tener conciencia de la producción de las propias producciones de uno abre nuevas posibilidades para que las personas dirijan el curso de sus vidas. Cuando las personas se dan cuenta del proceso en el cual son, por un lado, actores y, por otro, espectadores de sus propias realizaciones se les hacen accesibles nuevas opciones y entonces se sienten como “las autoras de si mismas” (Myerhoff, 1986, pág. 263).	64
He considerado esa falta de atención a los logros aislados dentro del contexto de la explicación estocástica que da Bateson (1980) del proceso evolutivo. Según esa explicación hay dos aspectos en el proceso evolutivo, aquél en que los hechos se dan fortuitamente, por un lado, y aquel en que opera la selección, por otro lado. Los logros aislados pasan inadvertidos a menos que uno esté “en cierto sentido preparado para el descubrimiento ha apropiado cuando éste se produce” (Bateson, 1980). “...arrancar de lo fortuito lo nuevo requiere algún tipo de mecanismo selectivo para explicar la persistencia de la nueva idea” (Bateson, 1980, pág. 40).	70,
He comprobado frecuentemente que las preguntas de influencia relativa precipitan por sí mismas cambios significativos que capacita a los miembros de la familia y a los terapeutas. Entiendo esto a la luz de la explicación que propone Bateson para los hechos del “mundo de los seres vivos”. Sostiene Bateson que sólo conocemos el mundo en su descripción, que no nos es accesible una percepción objetiva de la realidad y se complacía en citar la célebre afirmación de Korzybski: “El mapa ya no es el territorio”. Además, Bateson sostenía que todos los nuevos hechos producidos en el mundo de los seres vivos deberían considerarse como una respuesta a información o a “noticias” sobre diferencias, como una respuesta a distinciones dadas por nuevas descripciones: no como una reacción a fuerzas, impactos e impulsos. Al suministrar dos descripciones diferentes del sí mismo, de los demás y de las relaciones y también del problema mismo, las preguntas de influencia relativa permiten a los miembros de la familia a establecer nuevas distinciones, las cuales provocan nuevas respuestas.	

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Este capítulo está concentrado en el proceso de interroga en la terapia. Se ha presentado creciente atención recientemente a la formulación de preguntas en la bibliografía de terapia familiar (por ejemplo. Penn, 1985. Tomm, 1987) principalmente inspirada en la contribución del grupo de Milán (Selvini-Palazzoli y otros, 1980). Aquí me propongo reducir mi interés a un enfoque que llamo preguntas de influencia relativa (White, 1986) y haré una exposición de este enfoque concebido como un proceso de interrogación al analizarlo y al especificar aquellas prácticas que los miembros de la familia y los terapeutas han considerado fortalecedoras.	69
Al investigar el modo narrativo de pensamiento, Bruner considera historias de mérito literario: "Las historias de mérito literario ciertamente se refieren a sucesos del mundo real ", sólo que hacen que ese mundo resulte nuevamente extraño, lo rediminen de lo obvio, lo llenan con lagunas que incitan al lector, en el sentido de Barthes, a convertirse en el escritor, en compositor de un texto virtual en respuesta al texto y efectivo... Y más allá de Barthes, creo que el mayor don que el escritor hace al lector es convertirlo en un mejor escritor " (Bruner, 1986, págs..24 y 37).	73-74
...La esquizofrenia no sólo estaba dentro de la persona sino que ocupaba la totalidad de la persona y constituía la identidad total de ésta. Foucault (1975) identifica la clasificación científica de personas como una práctica cultural en virtud de la cual el cuerpo se convierte en una cosa y la docilidad de éste es el resultado. (White, 1987)	85
Puede argüirse que los "valores básicos" aquí mencionados se refieren a las nociones culturalmente producidas sobre la especificación de personalidad, que es en alto grado individualista. Foucault, al trazar la historia social de los modos en que los seres humanos son sometidos, discurre que esa especificación de personalidad tiene que ver con el ordenamiento y distribución de los seres humanos en el espacio para convertirlos en "cuerpos dóciles". Según Foucault, esa especificación es el resultado de una técnica disciplinaria llamada "juicio normalizador", una técnica de sujeción y control social derivada de la distribución de las personas alrededor de una norma. (White, 1987)	88
Se pueden hacer preguntas que ayuden a los miembros de la familia a contrarrestar las consecuencias empobrecedoras de esa técnica disciplinaria que Foucault (1979) llamó juicio normalizador. Una categoría de tales preguntas incita a las familias a participar en la elaboración de otras definiciones posibles del yo que no estén determinadas por las predominantes especificaciones de la personalidad. White, 1987)	94
En el caso de las personas situadas en esa carrera o trayectoria, la única noticia de cambios en sus vidas y circunstancias que ellas puedan señalar para perdurar, es la noticia que pueda insertarse dentro de la red de supuestos, premisas y expectativas relativas a los miembros de esa específica categoría social. Siguiendo a Bateson (1972) he llamado a esa red un sistema de limitación (White,1986 a). La noticia del logros aislados se "olvida o se desdibuja... los mensajes cesan de ser mensajes cuando nadie puede leerlos". (Bateson,1980).	88
La metáfora cibernética de la retroalimentación puede invocarse para ayudar a describir los elementos específicos del sistema en que se sustenta el estilo de vida de "sentirse arrinconado". Según esta metáfora, la circularidad es un fenómeno fundamental de todos los sistemas. "Cabe esperar que los sucesos en cualquier posición del circuito tengan efecto en todas las posiciones sobre el circuito en momentos posteriores". (Bateson, 1972, pág. 404).	89
La circularidad propone una recursividad en todos los sistemas en los que los sucesos ejercen realimentación sobre si mismos. Bateson identifica los circuitos de retroalimentación como circuitos que limitan la interacción, puesto que los cambios duraderos en una parte del sistema deben ser complementarios de los cambios producidos en el sistema mayor. El los sistemas humanos es posible describir esta circularidad como un sistema de incitaciones recíprocas que, inadvertidamente, son tanto emitidas como respondidas.	90
Dentro de este contexto de progreso, las recaídas pueden considerarse como aspectos previsibles de la jornada que hace la persona hacia una condición nueva y personalmente más adecuada. Esa jornada puede compararse con una migración en la que las recidivas son episodios esporádicos o altibajos de la empresa. Alternativamente puede introducirse un rito de pasaje (van Genep, 1960; Turner,1969), en el que en la recaída y la internación en el hospital se consideran fases preliminares, fases que no son un preludio a la reincorporación del yo en el seno de la familia y en un nuevo nivel de funcionamiento personal.	99
Bateson dice que (1980, pág.14): La relación no es interna de la persona individual. Es insensato hablar de "dependencia" o de "agresividad " o de "orgullo", etc. Todas estas palabras tienen sus raíces en lo que ocurre entre personas, no en algo que esté en el interior de las personas. Externalizar y objetivar el problema y situarlo como algo que se da entre personas es el primer paso que hay que dar para llegar a una definición del problema basado en la interacción y a una solución desde el punto de vista de la interacción... (Original de "Una familia deja atrás los trastornos que la perturban de1986)	103-104
Los terapeutas que han trabajado con familias en las que hay una hija que sufre de anorexia nerviosa, están familiarizados con esos ciclos de "culpabilidad/autocensura" que aparecen en el ejemplo arriba mencionado de la interacción familiar. Esos ciclos son de carácter reiterado. Son ciclos en los que cada miembro entra en interacción con referencia a ciertas creencias o premisas sobre el problema; esas creencias inspiran soluciones tentativas que no aportan alivio. Los miembros de la familia no hacen sino "dar vueltas y vueltas alrededor de lo mismo de conformidad con los términos de las antiguas premisas". (Bateson, 1972, pág . 427).(Original de "Anorexia nerviosa, 1986)	113
La teoría cibernética establece una explicación negativa de los hechos que ocurren en los sistemas la explicación negativa exige que todos esos hechos sean examinados con referencia cierta limitación. Propone la teoría que los sucesos sigue en su curso porque están limitados en relación con otros posibles cursos.	114
Al tratar la explicación negativa, Bateson postula varias categorías de limitación. Esas categorías comprenden limitaciones relativas a:1) la economía de la energía, 2) la economía de otras posibilidades, 3) la retroalimentación y 4) la redundancia (1972, pág.403). En mi análisis es de armas sólo de las imitaciones de redundancia y las limitaciones de retro alimentación.	115-116
...Al fin de reforzar esta descripción del enfoque y para facilitar la exposición, organicé este capítulo según las tres fases en las que se desarrolla este tipo de rito clasificado como "rito de pasaje". Esas bases son: separación, liminalidad y reincorporación. (van Genep, 1960; Turner, 1969).	131

Contexto de aparición del enfoque	Pag
<p>"...la familia es un sistema cibernético... y generalmente cuando se da una patología sistémica, los miembros se echan la culpa unos a otros o a veces a sí mismos. Pero lo cierto es que cualquiera de estas dos posibilidades es fundamentalmente arrogante. Ambas suponen que el ser humano ejerce un poder total sobre el sistema de el que él o ella es parte". (Bateson, 1972 pág. 438).</p> <p>Según Bateson, la circularidad es un fenómeno fundamental de todos los sistemas; "cabe esperar que los sucesos situados en cualquier posición del circuito tengan efecto en todas las posiciones del circuito en momentos posteriores" (Bateson,1972, pág.404). La circularidad propone una recursividad en todos los sistemas y que los sucesos que ejercen una acción de retroalimentación sobre sí mismos. Los circuitos recursivos "generan una respuesta no fortuita a un suceso fortuito en aquella posición del circuito en la que ocurrió el suceso fortuito" (Bateson,1972, pág.404). De esta explicación deriva el concepto de retroalimentación, de retroalimentación entendida como limitación. Esto sugiere que 1) todo cambio duradero de una parte de un sistema debe ser complementario de los cambios producidos en el sistema mayor y que 2) esos cambios no son fortuitos, sino que tienen una dirección y una relación.</p>	115
<p>...De manera que la línea de indagación es la de una investigación de lo que ha limitado las posibilidades de los miembros de la familia a participar en estas otras posibilidades. Esta línea de indagación puede aplicarse al comienzo de la que terapia formulando preguntas cibernéticas. 4 Aquí he puesto una muestra de estas preguntas. 5 Son preguntas que se puedan hacer a todos los miembros de la familia. 4) esta bien establecida la práctica de formular preguntas que determinan una apreciación de la "circularidad" y la "recursividad" en los sistemas. Véase por ejemplo Selvini-Palazzoli y otros (1980) y Tomm (1986).</p>	119-120
<p>La mayoría cibernética ofrece una explicación negativa de los sucesos que se dan dentro de un sistema. De acuerdo con esta teoría, los sucesos toman un determinado curso porque existe una restricción que les impide seguir otros cursos. Bateson (1973) establece que "las restricciones de las que depende la explicación cibernética, pueden considerarse, en todos los casos factores que determinan la desigualdad de probabilidad" (págs.399-400). Desde este punto de vista, las interacciones habituales de una familia o la conducta específica de los miembros de una familia, pueden explicarse mejor por la negativa, analizando las diferentes clases de restricciones. Las interacciones así como la conducta, están determinadas por tales restricciones.</p>	142
<p>...El mundo viviente es un mundo en el que las distinciones están trazadas, en el que la diferencia llega a ser una causa con "en el que nada puede comprenderse hasta que no se invoquen en las diferencias y las distinciones" (Bateson,1980, pág. 8). Bateson sostiene que la energía que tiene el receptor está allí, latente, disponible, aun antes de que se reciban las noticias de la diferencia. Las ideas o las noticias de la diferencia desencadenan esa energía que está disponible en el receptor. Esa distinción entre información sobre la diferencia y energía secundaria sólo se manifiesta en condiciones en las cuales la ausencia de un suceso dentro de un contexto específico desencadena una respuesta.</p> <p>Pero recuérdese que cero es diferente de uno y porque cero es diferente de uno, el cero puede ser una causa en el mundo psicológico, el mundo de la comunicación (Bateson,1972, pág.452).(Explicación negativa, restricción y doble descripción Publicado en <i>Family Process</i>, vol 25 (2) 1986)</p>	143-144, 146
<p>...por lo menos son necesarias dos cosas para crear una diferencia (Bateson, 1980, pág.76).</p> <p>Plantear dilemas ha llegado hacer una práctica ampliamente empleada en la terapia familiar. El terapeuta le plantea dilemas a la familia y, de ese modo, sugiere que los miembros de la familia se encuentran en una encrucijada, que deben tomar alguna decisión respecto de los posibles cursos que han de seguir. La razón para presentar dilemas es con frecuencia la idea de que existe un proyecto para crear un vínculo terapéutico.(Original de "Destruir los miedos y domar a los monstruos 1985")</p>	149
<p>En este capítulo, se considera a la encopresis desde la perspectiva de la Segunda Cibernética (Maruyama, 1961). En las familias en las que se dan estos síntomas, se supone que todos los miembros participan sin advertirlo en la avalancha descontrolada de los sucesos. Todos los miembros parecen incapaces de en modificar el curso de estos sucesos y sienten los síntomas de la encopresis como algo opresivo.(Original de "Pseudoencopresis " en <i>Family Process</i> vol. 2 (2) 1984)</p>	186, 188-189
<p>Consideramos que el tipo de rito mencionado por van Gennep como "rito de pasaje" es una metáfora que tiene mucho que ofrecer al proceso terapéutico. Van Gennep sostiene que el rito de pasaje es un fenómeno universal destinado a facilitar las transiciones de la vida social, de un estado y/o una identidad a otro. Y propone un modelo del proceso de este escrito que consiste en las etapas de separación, liminalidad y reincorporación. En las culturas tradicionales, la iniciación de cada una de estas etapas se señala mediante una ceremonia.(Original de "Asesorar al asesor" 1991 White y Epston)</p>	203
<p>En este espacio liminal surgen las nuevas posibilidades que pueden explorarse y puede resucitar generarse el conocimiento alternativo. Además, en esta etapa liminal Los mundos de las personas se subjuntivizan. Al referirse a la etapa eliminar del rito de pasaje, Turner (1986) dice:</p> <p>A veces, al referirme a la fase liminal, digo que es la etapa que está predominantemente en el mundo subjuntivo de la cultura, el modo de él quizás, de él si fuera, del como si, de las hipótesis, de la fantasía, de las conjeturas, los deseos, y como ese fenómeno depende de la trinidad de la cognición, el afecto y la voluntad de es situacionalmente dominante (pág. 42).</p>	204
<p>De este modo se logra rechazar la desigualdad que implican conceptos tales como "el terapeuta es el que ayuda" y "el paciente recibe ayuda". Se equilibradas si el regalo que da la terapia con el regalo que da el asesor. Esta reciprocidad es de vital importancia para reducir el sentimiento de y estar en deuda y reemplazarlo por una sensación de intercambio justo. En <i>The Gift</i>, Gauss (1954) señala elocuentemente las implicaciones fortuitas inherentes a esta desigualdad:</p> <p>Asentarse en de volver por lo menos algo equivalente o algo mayor es afrontar la subordinación, convertirse en un paciente y en un servidor... recibir algo es peligroso, no solamente por qué hacerlo es ilícito, sino también porque es algo que se reciben proviene moral, física y espiritualmente de alguien.</p>	208
<p>Alentar a a las personas a responder preguntas realizadas con una gramática de participación –o como diría Douglas (1982), en la "voz activa"- contrarresta efectivamente la tendencia a asignar únicamente a las acciones del terapeuta importancia crítica en la aparición de soluciones; además es esencial para que el paciente construya el autoconocimiento. Para citar a Harré (1983): El autoconocimiento exige la identificación de un "yo" activo y conocedor que actúe dentro de las jerarquías de las razones. De ello se sigue que este tipo de autoconocimiento constituye –o por lo menos da paso a la posibilidad de- la autobiografía (pág. 260).</p>	209

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Desde el punto de vista de las teorías, digamos que al principio de mi carrera estaba interesado en algunas de las escuelas de terapia familiar. Hacia fines de los setenta me interesé más en examinar algunas de las ideas en las que se apoyaban las escuelas de terapia familiar. Decidí volver hacia atrás y hacer mi propia interpretación de esas ideas, en lugar de simplemente aceptarlas interpretaciones de los fundadores de estas escuelas. Comencé a hacerlo a finales de la década de 1970 y entonces me interesó especialmente el trabajo de Gregory Bateson. Recuerdo que me sentía muy entusiasmado ante las posibilidades asociadas con interpretar yo mismo estas ideas y explorar las implicaciones de estas interpretaciones en el trabajo con familias.	16
Además, a principios de la década de 1970 me había interesado en la filosofía de la ciencia, especialmente en el fenómeno de la revolución científica dentro de la comunidad científica. Este interés me condujo a observar cómo determinados paradigmas son abandonados y reemplazados por otros, es decir este trabajo tiene que ver realmente con una transformación radical en los sistemas sociales. De las muchas ideas que captaron mi atención en la década de 1980, las de Michel Foucault (1973, 1979, 1980, 1984), un intelectual francés, han sido las que más influencia han tenido sobre mí. Siempre estuve más interesado en leer por fuera de los límites de la profesión que al interior de ésta. La teoría feminista también ha sido muy importante y he abrevado bastante fuertemente en la teoría literaria, la antropología, la teoría crítica, etcétera: de hecho, en muchas disciplinas, que han contribuido ala exploración de los desarrollos más recientes en teoría social.	16
Cuando estas alternativas narrativas proveen los relatos preferidos de sus vidas, la terapia estructurada a su alrededor crea la oportunidad para que las personas se internen más de lleno, y bien desde el principio, en maneras preferidas de ser. Pero esta re-narración en sí misma está deconstruyendo los relatos dominantes de las vidas de las personas: las verdades asociadas de estos relatos dominantes. Probablemente esta sea la versión de reconstrucción más de acuerdo con el sentido derridiano (Derrida, 1977) de la misma.	29
En realidad tomé prestados estos términos de Jerome Bruner (1986) quien, a su vez, más o menos los tomó de algunos teóricos literarios. La idea es que los relatos tienen paisajes duales: paisajes de acción y paisajes de conciencia o, si quieres, paisajes de significado. El <i>paisaje de acción</i> está constituido por experiencias de acontecimientos que están reunidos en secuencias que se desenvuelven en el tiempo y según tramas específicas. Esto nos proporciona la estructura rudimentaria de los relatos. Si elimináramos algunas de estas dimensiones –las experiencias de los acontecimientos, las secuencias, el tiempo- no tendríamos relato. Estos elementos, en conjunto constituyen el paisaje de acción. Cuando las personas vienen a terapia y hablan de lo que los trajo a verte, generalmente suelen hacer una descripción del paisaje de acción del relato dominante.	36
Pienso que algunas de las palabras clave son: <i>exclusión, objetivación, sujeción y totalización</i> . Las maneras de hablar y pensar acerca de uno mismo y los demás y las prácticas de relación con uno mismo y los demás –aquellas que están asociadas a los discursos internalizadores- tienen que ver, en gran medida, con la objetivación o la «cosificación» de las personas. En los últimos siglos, en nuestra cultura, esto se ha logrado en parte por la exclusión de las personas y grupo de personas al atribuirles una identidad deteriorada. Sin duda ha habido muchas grandes exclusiones en las historia de la cultura mundial, pero esta exclusión moderna fue una clase diferente de exclusión, no una exclusión basada en la ausencia de identidad o pertenencia al grupo, sino una gran exclusión basada en la asignación de una identidad. Una marginación de las personas a través de la identidad.	49
... He experimentado una serie de cambios en mis ideas, pero en su mayoría, estos cambios no constituyen rupturas definitivas. Y todavía me parece que algunas de las primeras metáforas cibernéticas ayudan a las familias. Por ejemplo, en este momento, David Epston y yo estamos haciéndole los últimos retoques a un artículo sobre dificultades de alimentación en los niños. Este trabajo se apoya en parte en la metáfora del «feedback como restricción» que poco ha cambiado en los últimos diez años. Yo estuve muy interesado en el concepto de Bateson de «restricciones de redundancia» y en la exploración del modo en que estas restricciones actúan para determinar lo que las personas seleccionan del puro azar para sobrevivir, es decir el papel que estas restricciones desempeñan en la evolución, determinando a qué acontecimientos o experiencias las personas prestan atención y cómo responden ante ellos. La consideración de las restricciones de redundancias de Bateson me introdujo a la idea de que las estructuras interpretativas y el significado son zonas decisivas de la vida tal como la conocemos. ¿A qué distancia de estas consideraciones nos lleva la metáfora narrativa, al afirmar que nuestras vidas son constituidas por los significados que les damos ala experiencia, puesto que interpretamos estas experiencias por medio de los relatos que tenemos de nuestras vidas? La respuesta es, seguramente, que en efecto nos conduce a un lugar diferente, pero a mí me parece que no hay una discontinuidad abrupta con el punto de partida y, en la práctica, para mí no la ha habido.	69-70
Ciertamente estoy pensando en seguir desarrollando la metáfora narrativa. Hay mucha más exploración por hacer. También estoy interesado en ahondar en las contribuciones de los teóricos críticos, como Michel Foucault, y también en estudiar el trabajo de varios teóricos literarios. Me gustaría pensar que tengo una perspectiva «constructivista crítica» o «constitucionalista». Cuando pienso en la constitución de la vida de las personas, si limitara mi perspectiva a la metáfora narrativa, creo que estaría perdiendo de vista buena parte de cuadro. Como he mencionado en varias publicaciones, siguiendo a Foucault y otros, creo que los constructos «sobreviven» en campos de poder, estructuras sociales, etcétera, y en términos de la historia y de estas prácticas y del desarrollo de estas estructuras.	71-72
Hace aproximadamente un año, conocí el trabajo de Gaston Bachelard y lo encontré muy interesante en el tratamiento del tema de la imaginación. Comienza por analizar las diferentes versiones de la imaginación, incluyendo que la que plantea que las imágenes de algún modo reflejan lo que las ha precedido. Esta es la versión de la imaginación dominante en la perspectiva analítica. Bachelard yuxtapone estas otras versiones de la imaginación con una que considera constitutiva. Esta imaginación constitutiva se activa por el ensueño, fenómeno que considera de una naturaleza completamente distinta a la del soñar nocturno. El estado de ensueño puede ser provocado por una amplia gama de experiencias, desde leer poesía hasta caminar en el bosque. Y estoy seguro que hasta también puede ser provocado por alguno de los lenguajes evocadores de la terapia.	79-80

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Estoy de acuerdo con Karl Tomm en que los terapeutas, junto con las personas que solicitan la terapia, son los investigadores primarios o básicos y que las personas que reúnen datos de una manera más formal son los investigadores secundarios o de apoyo. Siempre estuve interesado en la investigación primaria, y encuentro bastante tediosas las continuas demandas de los investigadores secundarios en el sentido de que los investigadores primarios justifiquen su existencia.	83
La metáfora de «rito de pasaje» brinda uno de estos marcos. Mi interpretación de esta metáfora deriva del trabajo de los antropólogos van Gennep (1960) y Turner (1969). Según esta obra hay tres fases de los ritos de pasaje que facilitan las transiciones en la vida. Estas fases son: la de «separación», la «liminal», o «ni lo uno ni lo otro»; y la de «reincorporación».	151
La tradición de trabajar con equipos terapéuticos y la utilización de esta técnica de espejos unidireccionales está consolidada en el campo de la terapia de la familia. Muchos de los primeros desarrollos de este tipo de trabajo en equipo se debieron a los trabajos pioneros del grupo de Milán y del cuerpo de los profesores de Ackerman Institute de Nueva York. Según esta tradición, los miembros del equipo permanecían detrás del espejo unidireccional y eran invisibles para las personas que venían a la consulta. El rol del equipo consistía en hacer hipótesis de sistemas –acerca del «sistema familiar» y acerca del «sistema terapéutico»-, como también planear intervenciones, basadas en estas hipótesis, que eran comunicadas por el entrevistador. Sean cuales fueren los méritos de esta manera de estructurar la participación del equipo, y fueran cuales fuesen los posteriores desarrollos en la teorización de este trabajo, la autonomía y el anonimato del equipo plantearon inmediatamente diversas cuestiones de índole ética y política, que algunos terapeutas, incluyendo a muchos de los que habían desempeñado un importante papel en la evolución de esta tradición.	175
En 1987, el noruego Tom Andersen publicó su trabajo <i>The reflectig Team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work</i> . Esto puso en contacto al mundo de la terapia de familia con una concepción muy diferente del equipo terapéutico, y con una idea muy diferente acerca de la participación de los miembros del equipo. Esos desarrollos fueron aceptados con entusiasmo por muchos terapeutas, que apreciaban las posibilidades vinculadas con el trabajo con equipos terapéuticos pero habían llegado a la conclusión de que era cada vez más difícil ignorar las cuestiones éticas planteadas por el hecho de que el equipo fuera autónomo y anónimo.	175
Fue uno de esos terapeutas, Karl Tomm, quien a fines de la década de 1980 me hizo conocer el concepto de «equipo de reflexión». Karl Tomm, siempre atento a las nuevas posibilidades en este trabajo, y cada vez más preocupado por las cuestiones éticas, había organizado un encuentro con Tom Andersen para obtener una exposición de primera mano sobre el trabajo de reflexión en equipo. Salió de la reunión muy entusiasmado y me alentó a explorar las estructuras de reflexión en mi propio trabajo. En respuesta, yo formulé algunos reparos –o los formulé a medias, porque no sabía muy bien como expresarlos- y presente algunos problemas. Posteriormente pude organizar mejor mis pensamientos alrededor del tema...	176
Por otra parte, hacía mucho tiempo que yo sostenía el punto de vista de que es a través del reconocimiento de estas relaciones de poder, y no a través de su negación, que es posible cuestionarlas y reducir su toxicidad, y que también esas acciones desempeñan un papel en las relaciones de poder. Debido a ello me sentí más atraído hacia la crítica que hace Foucault de la idea de una comunidad ideal de habla que hacia la propuesta original: La idea de que podría haber un estado de la comunicación tal que los juegos de verdad pudieran circular libremente, sin obstáculos, sin restricción y sin efectos coercitivos, me parece una utopía. Equivale a ser ciego ante el hecho que las relaciones de poder no son malas en sí mismas, algo de lo que uno deba librarse...	179
Hay muchas metáforas posibles para el tipo de equipo de reflexión que presentaré en este trabajo. En la medida que el equipo de reflexión que aquí describo establece «condiciones favorables» a generar en las personas la voluntad de ser «participantes activos de su propia historia» y de «inventarse», creo que la «ceremonia de definición» de Barbara Myerhoff propone una metáfora particularmente apropiada para este trabajo y sirve para esclarecer algunos de los procesos que implica.... Estas ceremonias les brindaron a estas personas una «arena para mostrarse» y para tener «oportunidades de hacer proclamaciones individuales y colectivas de su ser»: Las ceremonias de definición abordan los problemas de la invisibilidad y la marginalidad; son estrategias que le brindan a cada individuo oportunidades para ser visto en sus propios términos, reuniendo a testigos de su existencia, su mérito y su vitalidad (Myerhoff, 1986, pág. 267)	180-181
No obstante, cuando desafiamos la práctica tradicional de vincular el comportamiento con sus determinantes, cuando la «explicación llega a considerarse una cuestión vincular la acción con su significado en lugar del comportamiento con sus determinantes», las metáforas del sistema y del patrón no «prosperan»: se evaporan. Estoy utilizando aquí las palabras del antropólogo Clifford Geertz, y quizá debiera reproducir completa su celebrada cita sobre el tema de refiguración de la teoría social: ... un desafío está poniendo en entre dicho algunas de las suposiciones centrales de la corriente principal de la ciencia social. La estricta separación de teoría y datos, esto es la idea del «hecho bruto»: el esfuerzo para crear un vocabulario formal de análisis depurado de toda evidencia subjetiva, es decir, la idea del «lenguaje ideal»; la exigencia de neutralidad moral y la actitud olímpica, a saber, la idea de la «verdad de Dios», ninguna de estas suposiciones puede prosperar cuando se considera que una explicación consiste en conectar la acción a su significado en lugar del comportamiento a sus determinantes, si logra afianzarse, la refiguración de la teoría social representará un cambio conceptual en nuestra concepción, no tanto de lo que es el conocimiento, sino de lo que queremos conocer. (1983, pág. 34).	216
2. En lugar de construir una realidad atemporal siguiendo la tradición de las metáforas del sistema y el patrón el tiempo es aquí esencial; tiempo y narración son inseparables: Cito a Paul Ricoeur sobre este tema: ... el tiempo se torna tiempo humano en tanto está organizado a modo de una narrativa: la narrativa, a su vez, es significativa en tanto describe la índole temporal de la experiencia. (1984, pág.3)	218
Convertirnos en terapeutas situados nos hace más culturalmente visibles, nos hace avanzar en el sentido de reconocer y dismantelar las jerarquías de poder que caracterizan la interacción terapéutica. Renato Rosaldo, al considerar el mito de la imparcialidad y el distanciamiento que fomentan los profesionales de clase media y media alta, señala que la invisibilidad de la cultura y permanencia étnica de los mismos, yuxtapuesta a la visibilidad de la cultura y etnicidad del «otro», disimula su posición de clase dominante y asegura su «monopolio tácito de poder».	220

Contexto de aparición del enfoque	Pag
La escritura real de esta historia sobre contar cuentos ha sido un ejercicio más en la re-integración de mi trabajo: me ha brindado nuevas oportunidades de reconocer algunas de mis pertenencias en la vida que han provisto los contextos para la generación de algunos de los conocimientos y prácticas de mi trabajo con niños. Al hacer este reconocimiento no estoy negando mi contribución a la generación de estos conocimientos y prácticas y tampoco estoy subestimándome (así como no estoy preparado para sentirme superior) ni dejando cosas de lado. Más bien, no comprometerme en esta clase de reintegración haría que me trabajo con niños fuera descrito «magramente»(2), y demasiadas cosas sería dejadas de lado. Esto clausuraría opciones para que yo pudiera volver sobre los saberes y habilidades que fueron co-generados en estas pertenencias significativas de mi vida. (2) Para una descripción de yuxtaposición de descripción magra y densa en la tradición del pensamiento posestructuralista, véase Geertz (1973), «Thick description: Toward an interpretative theory of culture». [«Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura», en <i>La interpretación de las culturas</i> . Barcelona, Gedisa. 2000]	27
... En 1987, el noruego Tom Andersen publicó su trabajo <i>The reflectig Team</i> . Puesto así, el cambio que se exige a las personas que ingresan a la cultura de la psicoterapia es un cambio en el que se consideran las pertenencias significativas de sus vidas.	29 124
En su ya clásico artículo «Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura» (1973), Clifford Geertz, antropólogo cultural opone «descripción magra» y «descripción densa». Él toma estos términos de Gilbert Ryle. Descripciones magras de las acciones de una persona son las descripciones que excluyen las interpretaciones de quienes están participando en esas acciones. Descripciones magras son también aquellas descripciones que excluyen los sistemas de interpretación y prácticas de negociación particularmente que permiten a las comunidades de personas alcanzar significados compartidos referidos a esas acciones. Las descripciones magras son típicamente aquellas a las que se arriba por medio de las observaciones de las personas consideradas forasteras, quienes están estudiando las vidas de otras personas y las comunidades en las que esta gente vive. A la inversa, descripciones densas de las acciones de las personas son descripciones informadas por interpretaciones de aquellos que están participando en esas acciones y que ponen de relieve los sistemas de interpretación y prácticas de negociación que posibilitan que las comunidades de personas alcancen significados compartidos referidos a estas acciones. Una descripción densa de una acción es una descripción que tiene inscritos los significados de la comunidad de personas para quienes esta acción tiene importancia directa. Para Geertz (1973), la etnografía es descripción densa, a la que se llega a través del tipo de interpretaciones <i>que nos llevan al corazón de aquello que la interpretación es</i> . La etnografía trata de acontecimientos descritos de manera inteligible y la interpretación que contribuye a hacer que los acontecimientos sean descritos de manera inteligible «consiste en tratar de recatar lo dicho... de sus ocasiones percederas y fijarlo en términos susceptibles de consulta» (p. 20). La descripción magra, por otra parte, se deriva de los esfuerzos por «responder nuestras preguntas más profundas» con respecto al mundo y a la vida, de extrapolar «visiones generales» partiendo de «verdades locales», de desarrollar relatos referidos a las propiedades universales del espíritu humano, etcétera. Geertz es agudamente crítico con estos esfuerzos para construir teorías y sistemas formales para le análisis de la vida. Dice que en cualquier descripción de la acción «todo intento de formular la interpretación en términos que no sean los suyos propios es considerado una parodia o como etnocéntrico» (p.24).	32 33
Otros escritores también adaptan estas metáforas. Para Renato Rosaldo (1992) la descripción densa es aquella descripción que proporciona un relato de los acontecimientos como <i>haces de prácticas informales atados sueltamente</i> . Esta es una descripción que se deriva del sentido que dan a estos acontecimientos quienes participan directamente en estas prácticas y de las interpretaciones de aquellos cuyas vidas se ven directamente influidas por ellas. La conclusión magra (o lo que Rosaldo en ocasiones llama descripción monográfica) es aquella descripción que construye las vidas y comunidades «como sistemas bien formados, regulados por mecanismos de control» (p. 94) que pueden ser comprendidos por medio de la aplicación del tipo de sistemas de análisis formales que están informados por los conocimientos «expertos» de las disciplinas profesionales.	33
Barbara Myerhoff (1982), otra antropóloga, también adopta estas metáforas y reflexiona acerca de las practicas reales que tienen lugar en las comunidades de personas y que contribuyen a la generación de descripciones densas o ricas: Las vidas privadas y colectivas, adecuadamente re-integradas son interpretativas. «La descripción densa» o completa constituye tal análisis. Este implica encontrar vinculaciones entre los símbolos y creencias compartidos y valorados por el grupo y acontecimientos históricos específicos. Las particularidades son incluidas e igualadas con los grandes temas, que se considera ejemplifican las preocupaciones fundamentales (p. 11).	34
El resultado de todo esto es la producción de vidas que están múltiplemente contextualizadas. Es esta contextualización múltiple de la vida lo que contribuye a la generación de recursos narrativos y, así, a vidas que pueden ser léidas bien. Citando a Geertz: «Los textos requieren una contextualización múltiple a fin de ser bien léidos» (1983, pp 176-177). Estos recursos narrativos contribuyen significativamente a la gama de posibles significados que las personas podrán dar a sus experiencias del mundo y a la gama de alternativas para la acción en el mundo. Y, en tanto esta gama de opciones para la acción no sería accesible a las personas cuyas vidas son pobremente léidas, estos recursos narrativos son constitutivos de la vida: contribuyen a dar forma a la vida; componen la vida.	34
Al criticar los conocimientos expertos de la cultura de la psicoterapia, no estoy sugiriendo que estos conocimientos sean expresiones de una falsa conciencia ni que los conocimientos locales de la historia personal sean expresiones de alguna conciencia verdadera. Tampoco estoy sugiriendo que los conocimientos expertos sean invenciones que sólo sirven para disfrazar operaciones de poder, o que los conocimientos locales son los conocimientos auténticos que se oponen a las operaciones de poder. Mas bien siguiendo a Foucault (1980), entiendo que todos los conocimientos son socialmente construidos y constitutivos y potencialmente constitutivos de la vida, y que poder y conocimiento son inseparables (todos los conocimientos informan prácticas de poder y están asociados con ellas). (3) Si bien todas las operaciones de poder están asociadas con la producción de conocimiento y contribuyen a ésta, no existe una identidad entre las prácticas de poder que están asociadas con los diversos saberes.	38

Contexto de aparición del enfoque	Pag
<p>... Esta metáfora (vidas integradas) abre alternativas para la exploración de cómo está integrado el club de la vida a través de la incorporación de sus miembros y de cómo los miembros de este club están dispuestos desde el punto de vista de la jerarquía o el estatus. Asimismo, esta metáfora sugiere posibilidades únicas para la acción, en la forma de prácticas de re-integración, que informan un tipo especial de evocación. Citaré aquí a Myerhoff (1982) sobre este tema: Para referirse a este tipo especial de evocación puede utilizarse el término «re-integración», llamando la atención sobre la reagrupación de los miembros, de las figuras que pertenecen a nuestra historia de vida, de nuestros propios yoes anteriores y de los otros significativos que forman parte de esa historia. La re-integración es, entonces, una pasiva, continua y fragmentaria sucesión de imágenes y sentimientos que acompaña a otras actividades en el fluir normal de la conciencia (p. 111).</p>	40
<p>Cuando las culturas están fragmentadas y gravemente desorganizadas, es probable que sea difícil encontrar auditorios apropiados. Es factible que no se presenten ocasiones naturales y entonces tengan que ser inventadas artificialmente. Denomino a estas representaciones o escenificaciones «ceremonias de definición», entendiéndolas que son autodefiniciones colectivas con el propósito específico de afirmar una interpretación ante un público que de otro modo no estaría disponible (Myerhoff, 1982, p. 105). He analizado el rol de los foros de reconocimiento en la expresión informada de conocimiento de las personas. Puesto que estos foros son contextos para las re-narraciones, son también contextos que potencialmente contribuyen a la generación de descripciones densas de las vidas de las personas.</p>	124
<p>... En este punto (la segunda etapa), las personas que están en el centro de la ceremonia participan como auditorio de estas re-narraciones. Estas re-narraciones del grupo de testigos externos tienen el efecto de «rescatar "lo dicho" del acto de enunciación» (Geertz, 1973), lo relatado del acto de relatar.</p>	125
<p>Antes de ocuparnos de las exploraciones de las maneras en que la metáfora de la ceremonia de definición puede adoptarse en la estructuración de contextos terapéuticos, me gustaría destacar los aspectos escénicos de estas narraciones y re-narraciones. En la descripción que hace Myerhoff de la ceremonia de definición, lo que se propone no es la «vida como texto», sino la vida como la «representación del texto». Este énfasis en la vida como representación del texto es el mismo que configura la expresión de las prácticas de narrar y re-narrar que se analizan en la sección siguiente, que se refiere al equipo de reflexión como ceremonia de definición. A los fines de subrayar este énfasis, citaré aquí a Edward Bruner (1986) sobre este tema: Un ritual debe ser ejecutado, un mito recitado, una narrativa relatada, una novela leída y una obra teatral representada, puesto que estas ejecuciones, recitados, relatos, lecturas y representaciones son los que hacen al texto transformador y nos permiten volver a experimentar el legado de nuestra cultura. Las expresiones son constitutivas y formativas no como textos abstractos, sino en la actividad que actualiza el texto. Es en este sentido que los textos deben ser escenificados para ser experimentados, y lo constitutivo se halla en la producción (p.7).</p>	126
<p>El equipo de reflexión (1) como ceremonia de definición Al reseñar aquí las prácticas que estructuran los foros para las narraciones y re-narraciones del tipo que contribuye a una múltiple contextualización y a una descripción densa y rica de las vidas de las personas, he decidido volver sobre las prácticas que utilizan testigos externos que están informadas por el concepto de ceremonia de definición. En «Reflecting team as definitional ceremony» [Equipo de reflexión como ceremonia de definición] (1995b), a los integrantes del equipo de reflexión se los concibe como testigos externos de las expresiones significativas de la conversación terapéutica. (1) Tom Andersen introdujo en el mundo de la terapia familiar el trabajo con equipos de reflexión, con su publicación de 1987 «The reflecting team: Dialogue and metadiálogo in clinical work» [El equipo de reflexión: diálogo y metadiálogo en el trabajo clínico]. Ha sido su concepción de este trabajo y el entusiasmo de Karl Tomm por este lo que ha estimulado mis propias exploraciones en este terreno.</p>	127
<p>Creo que la descripción de Bachelard (1969) de las «imágenes» es útil para el desarrollo de estas prácticas de participación descentrada. Bachelard estaba interesado en las imágenes de nuestra vida que son evocadas por los estados de ensueño (por ejemplo de ensueño poético) y en el modo en que estas imágenes provocan reverberaciones que alcanzan la historia personal. En respuesta a estas reverberaciones, determinadas experiencias de los acontecimientos de nuestras vidas se iluminan por medio de resonancias. A través de estas resonancias, vienen a la memoria experiencias específicas de acontecimientos históricos y forman una trama, un libreto, que representa la historia de la imagen del presente.</p>	135
<p>Estos discursos profesionales no solamente están caracterizados por determinadas clases de conocimiento y reglas que moldean la expresión y escenificación de este conocimiento, sino que también están asociados con determinadas «tecnologías» que actúan como vehículos para la escenificación, la legitimación general y la producción permanente de estos conocimientos (1). Estas tecnologías incluyen prácticas de observación, medición y evaluación del «comportamiento», procedimientos para la ubicación, de problemas en sitios específicos de la identidad, ... (1) La obra de Michel Foucault (1973b, 1979, 1980 1984) ha tenido una gran influencia en mi comprensión de estas tecnologías. Esta influencia es evidente en mucho de lo que escribí en esta sección sobre los discursos profesionales. Foucault es mejor conocido por su entusiasta deconstrucción de los discursos de la verdad de la cultura occidental contemporánea y de las prácticas de poder y las tecnologías del yo asociadas con esos discursos.</p>	157-158
<p>... Las re-narraciones conducen a potentes reconocimientos y autentican las declaraciones de identidad preferidas de las personas. Cuando en estas narraciones y re-narraciones participa un grupo de testigos externos, sus miembros toman conciencia de su contribución a lo que aquí hemos llamado, siguiendo a Barbara Myerhoff, «ceremonias de definición».</p>	250
<p>Gran parte de la discusión contenida en esta sección está informada por mi lectura de Michel Foucault, a quien no citaré aquí <i>in extenso</i> (1). Foucault fue un intelectual francés que se consideraba un historiador de los sistemas de pensamiento. Hizo una importante contribución al pensamiento crítico y a los estudios posestructuralistas, uno de cuyos temas centrales fueron las disciplinas profesionales. (1) Para acercarme al pensamiento de Foucault abordaré sobre todo las fuentes primarias (1965, 1973b, 1979, 1980, 1984, 1987). No obstante, hay fuentes secundarias que ofrecen una buena introducción para iniciarse en comprensión de sus ideas: por ejemplo, recientemente encontré la obra de <i>Foucault and political</i>, de Jon Simons (1995), que brinda una excelente reseña de las últimas obras del autor.</p>	263

White, M. (2002b). *El Enfoque Narrativo en la Experiencia de los Terapeutas*. Barcelona: Gedisa (trabajo original de 1997)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Foucault (1988a, 1988c) rastrea la historia de la cuestión filosófica central contemporánea en la cultura occidental «¿Cuál es la verdad de quienes somos?» él asocia este interrogante de la era contemporánea con la producción de una «voluntad de verdad», que desplazó a lo que podría describirse como la voluntad de auto-renunciamiento de la era anterior. (1) Esta voluntad de verdad constituye una gran incitación para conocer y nombrar la «verdad» de quienes somos, la esencia de nuestro ser, de nuestra naturaleza humana. Esta cuestión ha llegado a ser una importante preocupación para la cultura profesional y la popular. (1) Véase las indagaciones de Foucault sobre este tema en «Tecnologías del yo» (Foucault, 1988a) y «The ethic of care of the self as a practice of freedom» (Foucault, 1988c).	264
En la historia reciente esta voluntad de verdad se dio acompañada de la hipótesis represiva. El gran lamento de la cultura contemporánea es consecuencia de esta conjunción: «¿cómo es que todos empezamos como originales y terminamos siendo copias?». (2)	264
(2) Clifford Geertz (1986, p.280) citando a Lionel Trilling citando a un esteta del siglo XVIII.	
Esta propuesta oscurece el vínculo entre conocimiento y poder. Oscurece además el hecho que la producción de la «verdad» y su producción en las vidas de las personas es posible a través de las relaciones de poder (Foucault, 1979, 1980). Cuando este vínculo entre conocimiento y poder se desdibuja, nos resulta imposible a nosotros, los terapeutas, identificar las maneras en que se toman las verdades de la naturaleza humana en las relaciones de poder, como también establecer la terapia como un contexto para dilucidarlos efectos reales de estas relaciones de poder.	265
La conjunción de verdades de la naturaleza humana, hipótesis represiva y narrativa de la emancipación, inevitablemente formula la historia en términos problemáticos. La represión es la materia de las fuerzas históricas. Para que las personas puedan sentirse libres de ser quienes realmente son, a veces es preciso deshacer la historia, resolverla. Y en ese proceso, la consecuencia de la resolución de las fuerzas de la historia es el logro de cierto estado ideal: una vida que sea expresión de las «verdades» de la naturaleza humana. La historia se convierte entonces en algo que debe ser no sólo resuelto, sino también disuelto (Foucault, 1984). Al recuperar el «original» a través de la resolución de la historia, la historia deja de tener relevancia. Habiendo llegado al original por medio de la resolución de la historia, se aspira a una disolución de la historia, de modo que el futuro pueda ser igual al presente, un presente impermeable a los estragos del tiempo. Es este un presente que será para siempre, un presente en el que el tiempo ya no influirá en la manera en que se vive la vida. Así, la consecución de este estado ideal depende del fin de la historia.	275

White, M. (2004). *Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective*. The International Journal of Narrative Therapy and Community Work. 2004(1), 45-76.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
... This term 'outsider-witness' is borrowed from the field work of a North American cultural anthropologist called Barbara Myerhoff (1982, 1986). In the instance of my meeting with Julie, the two workers from the women's refuge, Sallys and Dianne were also in the room, listening to the interview as it progressed. These two women were to be the outsider witnesses.	50
... I believe that definitional ceremony is an apt metaphor to describe this feature of narrative practice, for it creates what I consider to be a ceremony for the redefinition of people's identity. I believe that this fits with the original sentiment associated with this metaphor, which I drew from the work of Barbara Myerhoff, a North American cultural anthropologist (1982, 1986).	53
The re-authoring conversations map is associated with the notion, borrowed from the work of Jerome Bruner (1986) that stories are made up of two landscape of actions, and landscape of identity. In the diagram below (Diagram 1) these two land landscapes are represented by two parallel horizontal time-lines that run through the present recent history, distant history and near future. Landscape of action The landscape of action is composed of events that are linked in sequences time, according to a theme or a plot. These four elements seem to represent the rudimentary structure of stories... Landscape of identity The landscape of identity is composed of categories of identity that are liked filing cabinets of mind. These categories of identity are culture specific, and might include motives, attributes, personally traits, strengths, resources, needs drives, intentions, purposes, values, beliefs, hopes, dreams, commitments, etc.	61-62
My Knowledge of memory theory, and of the effects of trauma on memory, is drawn principally, though not entirely, from the work of Russell Meares, Much of I am to share with you about these subjects is drawn from what I learn in participating with Rssell Meares in a conference forum a few years ago, and in reading his book <i>Intimacy and Alienation</i> (2000).	67
William James proposed that the development of this stream of consciousness is associated with a 'doubling of consciousness' (1982). He drew attention to the fact that when we are remembering we are not just recalling to mind specific episode o our own past that we are fact that this is an episode of our own past that we are recalling. We are conscious of the fact that we are reviving what we have experienced in our past, of the fact that we have had this thought or experience before. While remembering, we remain more or less aware of our personal existence –we are not only the 'Known', but also the 'Knower'.	69

Anderson,H. y Goolishian,H. (1988). *Human systems as linguistic systems: preliminary an evolving ideas about the implications on clinical theory*. Family Process, 27 (4), 371-393 (trabajo publicado en 1988)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
El desarrollo de nuestras ideas ha sido motivado por el trabajo con casos en que han fracasado todos intentos de tratamiento, así como casos derivados de los tribunales y generalmente representan complejos problemas clínicos contra los que existe una lucha constante, como por ejemplo los problemas de violencia doméstica, abusos sexuales enfermedades crónicas. El desarrollo de nuestra teoría ha sido debido también a nuestro trabajo de consulta, por ejemplo, servicios de protección de menores, de atención a la mujer, y servicios de reinserción social, a nuestra tarea de formación de la creciente variedad de estudiantes y profesionales de la salud mental interesados en la terapia familiar.	41
En nuestra opinión, el campo de la terapia familiar promoviendo (continuando una discusión) a través de dos direcciones opuestas que hacen referencia a la manera de entender los sistemas humanos, los problemas que se presentan, y la manera como les es más útil al terapeuta entenderlos y trabajar con ellos. La primera dirección aparece como una extensión de las hipótesis fundamentales del paradigma tradicional y prevalecen en las ciencias sociales. Dicha dirección deriva el significado de la comprensión de la observación de los patrones de organizaciones sociales tales como estructura y los roles. La segunda dirección, evidente en el campo familiar, se basa en afirmación de que los sistemas sólo pueden describirse como existentes en el lenguaje-acción comunicativo. Desde este punto de vista, la organización y la estructura son los resultados del intercambio comunicativo y, por tanto, se hallan en cada caso determinados por el intercambio dialógico. Esta posición no busca parámetros sociales universales o normativos para describir la organización social. Por el contrario, las complejidades estocásticas etiquetadas y definidas como sistemas sociales son el resultado del esfuerzo continuo por entender lo que ocurre entre las personas que interactúan y se comunican. El significado de los sistemas sociales se genera en y a través del diálogo.	47
Maturana y Varela parte de la posición que toda acción humana tiene lugar en el lenguaje, y además, cada acto en el lenguaje da lugar a un mundo creado con los otros. Según los autores nosotros creamos los objetos de nuestros mundos con y a través del lenguaje en una dirección similar, Bateson sostiene que las características mentales de un sistema son Inmanentes a dicho sistema, como una totalidad. El conocimiento (significado) No se halla tanto en la mente de las personas como en la interacción. De esta manera Bateson cuestiona el concepto de una realidad objetiva, también las maneras habituales en los terapeutas otorgan sentido al mundo. Desafío nuestras observaciones, haciéndonos ver que resulta más familiar y cómodo seleccionar lo que confirma nuestras creencias preexistentes. Bateson, denominó a esta nueva manera de pensar sobre las ideas: "ecología de la mente", o bien "ecología de las ideas".	50
Tampoco es fácil abandonar la noción de que nuestros mundos no reflejen ni representen tal realidad. Golánn por ejemplo, se queja de que el actual desplazamiento al relativismo (constructivismo) en la teoría familiar se aleja demasiado rápidamente de la representación de estructura familiar. Parte de esta preocupación parece estar fundamentada en una especie de miedo nihilista.	62
Bateson, retó a los terapeutas abandonar muchos de sus típicas actividades diagnósticas. Otros científicos sociales fuera del campo de la terapia familiar también han mostrado esta preocupación acerca de las descripciones subjetivas y el dualismo.	62
Gergen lleva al lector a una búsqueda de la respuesta desglosada en sucesivos pasos, los cuales conducen a tres proposiciones: (a) la identificación de cualquier acción dada esta sujeta a revisión infinita; (b) el punto de partida para cualquier identificación depende de una red de interpretaciones interdependientes y continuamente modificables; y (c) cualquier acción dada esta sujeta a múltiples identificaciones, la superioridad relativa de los cuales es problemática.	63

Anderson ,H y Goolishian,H. (1995). *Narrativa y self: algunos dilemas postmodernos de la psicoterapia*. En: Fried, D.(Comp.). Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires; Paidós.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Hace unos 20 años, los terapeutas comenzaron a alejarse de las constricciones impuestas por la psicología cognitiva y de su visión del sí mismo como una máquina computante. Muchos científicos sociales empezaron explorar las consecuencias de definir al self como narrador, como resultado del proceso humano de producción de significado por medio de la acción del lenguaje.	296
Las perspectivas postmodernistas del sí mismo que están comenzando a influenciar en la teoría y la práctica de la terapia están conformadas por la hermenéutica y el construccionismo social.	305
En muchos aspectos, en esta visión postmodernista los terapeutas devienen expertos en involucrarse en el proceso narrativo en primera persona que hace el consultante, en contraste con los conceptos previos, según los cuales deben "intervenir" en estructuras congeladas, en sistemas cibernéticos atascados y repetitivos, como agentes del cambio. Para la visión narrativa, la terapia es un proceso conversacional.	300

Anderson ,H y Goolishian ,H. (1996). *El experto es el cliente : La ignorancia como enfoque terapéutico*. En: McNamme,S. y Gergen, K. (Comps.). La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.(Original de 1992)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
En las últimas décadas se produjeron ciertos progresos dentro de las terapias sistémicas que intentaban crear un marco conceptual para dejar de lado al anterior empirismo de las teorías acerca de la terapia. Estos desarrollos desplazaron el pensamiento de la terapia familiar hacia lo que se llama cibernética de segundo orden y, en última instancia, constructivismo. Últimamente hemos llegado a la conclusión de que hay serios límites para este paradigma cibernético, tal como informa la práctica terapéutica.	46
La ignorancia requiere que, en la terapia, nuestra comprensión y nuestras interpretaciones no estén limitadas por el conocimiento, las experiencias previas por ciertas verdades formadas teóricamente. Esta descripción de la posición de ignorancia, está bajo la influencia de las teorías hermenéuticas e interpretativas y los conceptos afines del construccionismo social, lenguaje y narrativa.	46

Anderson, H y Goolishian, H. (1996). *El experto es el cliente : La ignorancia como enfoque terapéutico*. En: McNamme, S. y Gergen, K. (Comps.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós. (Original de 1992)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Mientras tanto, nuestras teorías de la terapia se desplazan rápidamente hacia una posición hermenéutica e interpretativa. Esta concepción destaca que los "significados" los crean y experimentan los individuos que conversan. Apoyándonos en esta nueva base teórica, hemos desarrollado algunas ideas que trasladan nuestra comprensión y nuestras explicaciones de la terapia a la arena de los sistemas cambiantes, que sólo estén dentro de las vaguedades del discurso, el lenguaje y la conversación. Esta postura anida en el ámbito de la semántica y la narrativa. Nuestra actual posición se apoya fuertemente en la idea de que la acción humana tiene lugar en la realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo.	46

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. (Original de 1993).

Contexto de aparición del enfoque	Pag
El lenguaje y la conversación son los conceptos centrales del enfoque de sistemas lingüísticos creados en colaboración. Estos conceptos centrales tienen su raíz en la hermenéutica y el construccionismo social contemporáneos o lo que puede llamarse la perspectiva interpretativa postmodernista. Si bien los conceptos hermenéuticos y construccionistas sociales guardan diferencias entre sí, comparten un elemento común: destacan el significado como fenómeno intersubjetivo, que los individuos que experimentan en la conversación en la acción con otros y con ellos mismos.	226

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Amorrortu (trabajo original publicado en 1997)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Conocí a Harry Goolishian en 1970 y pronto iniciamos una colaboración profesional y una amistad que durarían veinte años, hasta su muerte en 1991. Nuestro trabajo conjunto se centró en la fundación y el desarrollo del Galveston Family Institute (actualmente el Huston Galveston Institute), vehículo para ofrecer servicios clínicos de entrenamiento en psicoterapia, explorar los fundamentos de la teoría y la práctica, y cuestionar nuestras propias ideas y las de otros desde nuestra experiencia.	11
. Ellos han sido los compañeros de conversación cuyas voces influyeron en el desarrollo, la presentación, el cuestionamiento y la expansión de mi teoría y práctica. He mantenido conversaciones y relaciones prolongadas con algunos, y breves charlas con otros, en ciertos casos hace mucho tiempo en otros casos más recientemente. Todas han sido significativas. Agradezco a Tom Andersen, Paul Burney, Diana Carleton, Gianfranco Cecchin, Dan Creson, Anna Margrete, Flam, Kenneth Gergen, Lynn Hoffman, Kerstin Hopstadius, Arlene Katz, Susan Levin, Sylvia London, Susan Mc Daniel, Elinar Oritsland, Karen Parker, Peggy Penn, George Pulliam, Jamie Raser, Bjorn Reigstad, Harriet Roberts, Sallyann Roth, Susan Swim, Phil Torti y Kathy Weingarten. Todos me han ayudado y obligado a explicarme, me han apoyado y ofrecido la posibilidad de reflexionar juntos en numerosas situaciones memorables. Muchos otros colegas, estudiantes, y sobre todo cliente quizá nunca se han como influyó sobre mí una pregunta, un comentario, en cuestionamientos planteados en un seminario, en una evaluación escrita, en una sesión terapéutica o en una simple conversación.	11
Varias conferencias, bautizadas por Lynn Hoffman con el nombre de la "universidad viajera", han sido cementerios donde fueron enterrados algunos pensamientos y pasiones, y terrenos fértiles donde florecieron otros. Entre ellas se incluyen las conferencias sobre "Epistemología, psicoterapia y psicopatología" y sobre "Narrativa y psicoterapia: nuevas orientaciones en la teoría y la práctica", ambas en el instituto; los simposio de Houston Galveston Institute; las conferencias del equipo irlandés, y las conferencias sobre "Nuevas voces en los servicios sociales", en Northampton. En especial atención las conferencias organizadas por Tom Andersen en Noruega septentrional durante la década de 1980 y 1990. Tom y sus colegas me abrieron las puertas de Noruega, con abundantes oportunidades para el pensamiento, la práctica, el trato entre colegas y la amistad.	11
Anderson y Goolishian, tenían ideas poco usuales sobre terapia. Se contaron entre los primeros en hablar de la terapia como de una mera conversación. Rechazaron la idea de que los terapeutas tenían que buscar patología. No más herético fue que recomendaron a los terapeutas adoptar una posición de "no-saber". Aunque los varios sistemas, pautas y estructuras "descubiertos" por la terapia familiar me habían fascinado en su momento, ya había comenzado a considerarlo cuentos de hadas.	14
Al establecer el contexto filosófico de su enfoque compartido, Anderson se une a otros pensadores que describen un desplazamiento de un paradigma moderno a otro postmoderno.	15
Anderson pasa revista a los conceptos que han estado cayendo como bolos: el de un sujeto autónomo, el de que las palabras se corresponden con cosas existen en el mundo real; la creencia en rasgos esenciales y verdades fundamentales. Con respecto a la terapia, Anderson demuestra que este cambio en la creencia cuestiona la dicotomía entre el experto y el que no lo es, y la estructura jerárquica correspondiente; la "voz el cliente" gana en importancia y la idea de la terapia como una "sociedad conversacional" pasa a primer plano.	15
La teoría de la construcción social-la idea de que la realidad no existe "allí fuera" de modo independiente, sino que su sentido se concibe colectivamente-comenzó a circular antes de que aparecieran las primeras posiciones postmodernistas en el campo de los estudios humanos, pero es la teoría que se cita con más frecuencia al ahora de explicar la realidad. Otra teoría que cumple una función similar y que ha sido desenterrada recientemente es la hermenéutica, el arte de la interpretación. La trilogía se completa con la teoría de la narrativa, según la cual los sucesos humanos sólo se hacen inteligibles cuando se los cuenta.	15
El filósofo Ludwig Wittgenstein llamó a esta posibilidad y a su actualización un "cambio constante de aspecto"-una forma distinta de comprender las cosas-que a su vez implica un "cambio de vida". Para Wittgenstein, "cambio de vida" significa una apelación al coraje de cambiar la propia vida. El comprender es un comprender práctico desde adentro.	21

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Amorrortu (trabajo original publicado en 1997)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
<p>Mi enfoque colectivo en psicoterapia se ha desarrollado en el fluir de innumerables conversaciones " terapéuticas " y conversaciones acerca de la terapia, mantenidas durante años con clientes, colegas, estudiantes y conmigo misma en un intento de describir y explicar nuestras experiencias ahora todos y a nosotros mismos. Estas conversaciones sobre una terapia que ha dado buenos o malos resultados han influido sobre mis ideas y trabajo. Cuando pienso en ellas vuelvo una y otra vez a los aspectos centrales de mi terapia: lenguaje, conversación, relación.</p>	27
<p>El pensamiento postmoderno, en el sentido amplio del término, ha sido el punto de partida de mi trabajo actual, y sigue dándole sentido, aunque soy consciente de que habrá algo más allá de este pensamiento.</p>	27
<p>En retrospectiva, cuando trató de entender de qué manera la postmodernidad ha ejercido su influencia sobre las terapias relacionales, se me presentan 3 imágenes: los círculos concéntricos, las plataformas y el pozo. En mis días pre-postmodernos podría representarme a la terapia familiar como una piedra arrojada a un charco, que producía un movimiento del agua en círculos concéntricos. El primer círculo, por supuesto, es la familia, y generó una nueva práctica profesional llamada terapia familiar. Un segundo círculo son los sistemas profesionales organizados en torno de la familia, que dieron lugar a la terapia sistémica un tercer círculo indica la influencia de la sociedad y sus creencias , y dio lugar a la terapia feminista con su cuestionamiento de patriarcado y sus ideas sobre la construcción social del género. Ahora ha aparecido un nuevo círculo que considera diferencias entre grandes grupos culturales: tercer mundo v s. primer mundo, homosexuales vs. heterosexuales, nativos vs. colonizadores, y así sucesivamente. Este círculo ha sido destacado por el terapeuta narrativo Michael White, quien presta atención a la práctica en las que una cultura o un grupo marginaliza a otro. Cada vez más somos consultados por gente pobre y no blanca, y estamos muy necesitados de un enfoque que sensibilice a los terapeutas para sus propias miopías en este sentido. Pero la imagen de los círculos concéntricos en un charco parece sugerir una fuente de conocimiento en constante expansión; el punto de vista narrativo, por ser el más inclusivo, parecería ser el mejor punto de modo similar, sugerir que la perspectiva postmodernista es mejor que la moderna equivale a suponer una curva progresiva, que favorece al paradigma más reciente. Para evitar caer en ésta distorsión estructural, paso a la imagen de las plataformas. En este contexto, una plataforma es un espacio exterior donde nos podemos parar para tener una perspectiva mejor del lugar donde solíamos estar. Se corresponde con la idea de orden 1º y orden segundo, presentes e n el trabajo del antropólogo Gregory Bateson. Es una idea puramente reflexiva; las plataformas son lugares inexistentes, como el horizonte; más bien se diría que la plataforma de este año es el dogma, del siguiente. La terapia familiar fue una plataforma desde donde pudieron apreciarse los defectos de la terapia individual; la terapia sistémica, una plataforma desde donde se criticó el trabajo con las familias; y la terapia organizada por nociones de género, una plataforma desde donde se vio la distorsión patriarcal del trabajo sistémico. Ahora, la terapia narrativa ha encontrado su plataforma en los discursos de clase, raza y cultura, que permiten a los terapeutas ver la naturaleza de esos discursos que oprimen a la gente. Harlene Anderson nos ofrece otra plataforma más, epistemológica. Con un paradigma lingüístico orientado a lo colectivo, ayuda a que los terapeutas puedan salirse del paradigma realista orientado a lo individual que fue el sustento tradicional de la terapia-un logro importante-. Cabe preguntarse por qué la terapia familiar ha sido tan eficaz en esto de construir plataformas y luego cambiar-¿o es al revés?-. Ni idea es que el campo de la terapia familiar desarrolló resistencia a sus propias institucionalizaciones, quizás gracias a que Gregory Bateson y otros pensadores de la teoría social nos sensibilizaron para las innovaciones en las ciencias, las humanidades y la filosofía. Estas conversaciones externas al campo de la terapia familiar pueden haberle servido como nichos en los que instalarse de tiempo en tiempo, y acaso de esta manera la terapia familiar produjo un gen reflexivo que, por uno u otro motivo, se sigue desarrollando en respuesta a nuevas fuentes de perturbación y lanza nuevas plataformas desde las cuales abordarlas. Llego a ahora a mi imagen del pozo. No nos es fácil tomar conciencia de nosotros como terapeutas; más difícil todavía es tomar conciencia de la persona que entra y sale de lo que yo llamo el inconsciente compartido o el fondo común. Yo había lidiado con la idea durante décadas, y la bienvenida a la noción de que el conocimiento no es un producto del sistema nervioso individual, sino que surge de la viva y cambiante red de sentido donde se insertan todos nuestros haceres. A esta actividad la llamo saber colectivo. Este es un término de Jhon Shotter.</p>	16-17
<p>Si bien las raíces de la postmodernidad, pueden encontrarse en el pensamiento existencialista tardío, la postmodernidad no logró reconocimiento hasta la década de 1970. No está representado por un autor en particular y por un concepto unificado; es un coro polifónico de sonidos interrelacionados y cambiante, de los que cada uno expresa una crítica de la modernidad y una ruptura con el punto el pensamiento postmoderno, a menudo ligado al postestructuralismo, y usualmente asociado con los escritos de los filósofos Bajtín, Derrida, Foucault, Lyotard, Rorty y Wittgenstein, representa ante todo un cuestionamiento y alejamiento de la meta narrativas fijas , los discursos privilegiados, las verdades universales, la meta narrativas fijas, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo. En suma, la postmodernidad rechaza el dualismo fundamental (un mundo real externo y un mundo mental interno) de la modernidad, y se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido.</p>	70
<p>La hermenéutica " sostiene que la comprensión siempre interpretativa, que no hay un punto de vista único o privilegiado para la comprensión " Desde una perspectiva hermenéutica, y toda comprensión es interpretativa, entonces es imposible lograr una comprensión verdadera; el significado de una persona no puede ser comprendido plenamente, y mucho menos reproducido, por otra persona. La verdad no puede ser revelada; no hay una descripción correcta ni una interpretación correcta de un acontecimiento. Cada descripción, cada interpretación es una versión de la verdad. La verdad se construye a través de la interacción de los participantes, y es contextual. La interpretación, la comprensión y la búsqueda de la verdad nunca acaban... Desde ésta perspectiva hermenéutica, la comprensión se sitúa en el lenguaje, en la historia y en la cultura; " el lenguaje y la historia son las condiciones y los límites de la comprensión". La comprensión de circular porque siempre implica una referencia a lo conocido: la parte (lo local) siempre se refiere al todo (lo global), y a la inversa, el todo siempre se refiere a la parte. Lo que Heidegger llama el círculo hermenéutico.</p>	74-75

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Amorrortu (trabajo original publicado en 1997)

Contexto de aparición del enfoque	Pag
... examinó el marco referencial filosófico en el que se apoya mi abordaje: el construccionismo social, la hermenéutica y la narrativa postmodernos.	24
El contexto de mi enfoque ha sido provisto por pensadores (teóricos, filósofos, psicólogos sociales, feministas, terapeutas familiares) que criticaron la autoridad científica como base del conocimiento y ofrecieron otros criterios para indagar y comprender la psicología humana. Es éste desafío paradigmático-revolucionario, potencialmente explosivo, y naturalmente marginado-que plantean las teorías del construccionismo social, de la hermenéutica y de la narrativa, lo que para mí constituye el pensamiento postmoderno.	28
Mi análisis crítico de la psicoterapia en general, y mis puntos de vista propios, son parte de las teorías del grupo Galveston o, más formalmente, del Houston Galveston institute. El insulto es una organización privada y fines de lucro, dedicada a la práctica clínica, la investigación y la educación, cuyos orígenes se remontan a la terapia de impacto múltiple, una de las primeras formas de terapia familiar.	28
Si bien me interesa todo el paisaje postmoderno, los puntos centrales de mi conceptualización se apoya en dos perspectivas interpretativas: la hermenéutica filosófica contemporánea y el construccionismo social. Desde mi punto de vista, ambos llevan a una transformación de la cultura de la terapia.	72
El construccionismo social, es una forma de indagación social. Gergen, a quien muchos consideran el principal representante del movimiento, define a la construcción social como una indagación que busca sobre todo explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica, o da cuenta del mundo en que vive (incluyendo su propia participación). El construccionismo no ve al discurso sobre el mundo como un reflejo un mapa del mundo, sino como un recurso para el intercambio comunal... para Gergen, la relación es el locus del conocimiento.	77
En el curso de mi reflexionar sobre las experiencias clínicas que inspiraron mi curiosidad y decidieron mi inmersión en la postmodernidad, he ido creando un relato acerca de la influencia de esas experiencias en filosofía de la terapia. En todas ellas el lenguaje ocupó un lugar central, y en su conjunto prepararon la escena para pensar sobre los sistemas humanos como sistemas lingüísticos en un enfoque de coproducción.	97
El terapeuta dejó de ser un mero agente del equipo escondido tras del espejo, y podría unirse a los clientes en un espontáneo y genuino devance sobre las ideas ofrecidas por el equipo. Clientes y terapeuta podían pedir aclaraciones, o disentir con las opiniones del equipo. Todo esto hizo que los pensamientos se hicieran más públicos, y que se voltearán los límites artificiales, impuestos por la teoría y la práctica profesionales entre los miembros del equipo, el terapeuta y la familia. También comenzó a mover a la terapia en dirección a una responsabilidad conjunta de terapeuta y clientes... Esta parte de nuestra historia es compatible con las innovaciones teóricas y práctica introducidas por los " equipos reflexivos ", desarrollados por Andersen y sus colegas. Ambos enfoques dan importancia a la integridad de la otra persona; ambos invitan a la expresión de múltiples voces y permiten que el terapeuta haga públicos los pensamientos.	105
La posición de no- saber, apoyada en movimientos postmoderno como la hermenéutica contemporánea y el construccionismo social, cuestiona el dualismo sujeto-objeto o conocedor-conocido. Se basa en el supuesto de que la creación y dialógica de significado es siempre un proceso intersubjetivo, que da lugar a posibilidades que él " saber " no permite. Una de esas posibilidades es el diálogo.	186
La postmodernidad destaca la naturaleza relacional y generativa del lenguaje, con lo cual alude a una forma de conceptualizar y describir, y a las cambiantes características de lo que sabemos o creemos saber. A través del lenguaje generamos conocimiento los unos con los otros. El lenguaje-la palabra hablada o no habladas, los sonidos, gestos, señales, y otra forma de hablar y actuar utilizadas en la comunicación-es el vehículo primordial a través del cual y en el cual construimos nuestro mundo, damos origen y significado a nuestra vida, y nos relacionamos con otros. Gergen, un fuerte partidario del conocimiento comunitario, sugiere: " los términos y las formas por los que llegamos a comprender-conocer-el mundo y a nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambio humanos situados histórica y culturalmente y no son dictados por el objeto de la descripción ". Nuestras descripciones parecen realidades porque son el resultado de un consenso y porque se las considera útiles, no por verdaderas.	265
Gergen refiere que una narrativas bien formada, inteligible, suele reunir ciertos criterios: a) tiene una conclusión establecida, valuada; b) los sucesos narrados convienen a la conclusión y sirven a su propósito; c) los sucesos están ordenados en el tiempo; d) los personajes mantienen una identidad continua y coherente en el tiempo; e) los sucesos se vinculan casualmente sirven como explicación del resultado, y f) hay un principio y un fin. Gergen también advierte que la narrativas dependen de otras narrativas, culturales, sociales, políticas e históricas, tanto locales como universales, que la abarcan... estas narrativas continuas están contenidas en otras y se entrelazan con ellas. Las historias propias y de otros determinan quiénes somos. En el mejor de los casos, soy uno de los muchos autores de la cambiante narrativa que me constituye; siempre estoy inserto en los múltiples pasados locales y universales, y en los contextos culturales , sociales y políticos de mi hacer narrativo.	280-281

Contexto de aparición del enfoque
<p>I have created an account my journey toward my current practices--a postmodern collaborative approach. My account includes the tradition that I stepped into, the shifts that occurred in my clinical experiences overtime and the theoretical premises that surfaced along the way. I trace the distinguishing features that emanated from these, and most important among these features the postmodern notions of language and knowledge. As you will learn, I did not awake one day and decide to be a postmodern therapist. Rather, my becoming has been an evolving process, a process that continues, and in which practice and theory are reflexive and assume a delicate balance. What follows might be thought of as one history, a narrative of shifts in my own practices and thoughts that occurred within dialogues with clients, colleagues and students. It might be thought of as a narrative of transformation.</p>
<p>This narrative, as does all narratives, occurs with a context that I think of as my knowledge system. The system has ebbed and flowed with inspiring and challenging colleagues, clients and students whom I have met around the world. Many of these people have been associated with the Houston Galveston Institute (HGI) at one time or another. (Since many of the ideas and practices developed within HGI, those readers interested in learning more about this knowledge system are referred to Anderson, 1997 and Anderson, Goolishian, Pulliam and Winderman, 1986.) Thus, in this narrative because I believe that all creations are communal, and to acknowledge the presence of Harry Goolishian in these creations, I shift between I and we.</p>
<p>I was introduced to family therapy in 1970 when I joined the Children and Youth Project in the Pediatric Department at the University of Texas Medical Branch in Galveston, Texas. Shortly after arriving I heard of Harry Goolishian, a psychologist in the Psychiatry Department who was doing something-called family therapy. Because Harry and family therapy were mentioned with such enthusiasm and reverence, I wanted to meet him and know about his work, not-knowing at the time how my curiosity would influence my professional future. So, I attended a family therapy seminar where I immediately caught Harry and his colleagues' enthusiasm for family therapy. In retrospect, I had found something that I had been searching for even though at that time I was not aware of my search. Later, I also realized that I had stepped into the middle of one of the pioneering efforts in family therapy—Multiple Impact Therapy (MIT). I want to provide a brief overview of MIT because in my version of the history of my current work, I trace some of its threads back to MIT.</p>
<p>Theoretically and pragmatically MIT aimed to help a family grow as it confronted the crisis of its adolescent member by capitalizing on the rapidity of change possible in the adolescent years. MIT focused on creating a family self-rehabilitating process, and included other significant members of the extended family and relevant community professional and nonprofessionals in the therapy. An important premise was "If the family itself can become a partner in therapy, more energies are released for the task at hand" (MacGregor et al., p. viii). An important focus was the relationship among the team members. This focus was influenced by the research in the area of communications theory by Don D. Jackson and his colleagues in Palo Alto as they sought to understand and reduce interprofessional communication problem[s]. MIT was described by Robert Sutherland, the then director of the Hogg Foundation as "fresh and hopeful," having "far-reaching implications for the training of therapists" and having "many implications for [a] new social theory"</p>
<p>Like other early pioneering family therapies MIT developed out of clinical experiences and familiar psychotherapy theories and practices inability to meet the demands faced by clinicians in their everyday practices. And, also like other early efforts, the theoretical explanations about behavior and therapy came later as clinicians searched to describe, understand and explain their work. Of course, although early MIT team members were talking about multiple realities, multiple relationships and so forth, they did not have the theoretical vocabulary for descriptions. And, although I can trace some threads of a postmodern collaborative back to MIT, the associated notions of language and knowledge were not part of the then theory and practice.</p>
<p>The MIT approach, however, was part of an emerging paradigmatic shift on the edges of the field of psychotherapy. The shift represented a move from viewing human behavior as intrapsychic phenomena, to seeing it in the context of interpersonal relationships, namely the family. Family therapists adopted various systems theories as their explanatory metaphors. The family became the relational system that was the chief subject of inquiry and explanation for an individual's problem.</p>
<p>MIT gained recognition nationally and internationally and granted what had become known informally as the Galveston group a reputation for continually challenging tradition and being on the edge. When I met the then Galveston group the MIT format had continued as a practice with initial referrals and as a consultation with treatment failures. It had developed into an everyday family therapy practice in which teams of therapists met with families and significant others on an ongoing basis. And, it remained a mainstay for training therapists.</p>
<p>Intertwined with the MIT and everyday family therapy practice was an interest in learning, using and teaching the various family therapy theories that were developing around the States. We were particularly drawn to the theories and practices of those following and expanding the legacy of Jackson at the Mental Research Institute (MRI) and their radical move away from the traditional therapy methods that focused on "teaching the client the therapist's language" toward the therapist learning the client's language. Historically, this interest in learning and speaking the client's language (metaphorically and literally) proved pivotal in the shifts that occurred in our clinical experiences and the subsequent use of new theoretical metaphors.</p>
<p>We became genuinely immersed in and inquisitive about what our clients said. We spontaneously became more focused on maintaining coherence within a client's experience and committed to being informed by their story. That is, we less and less tried to make sense of our clients' stories, making them fit our therapists' maps. Rather, we were absorbed with trying to understand the sense they made of things and their maps. Consequently, in this effort to learn and understand more about what they said—i.e., their stories and views of their dilemmas--our questions began to be informed by what was just said or what we later described as coming from within the local conversation rather than being informed from outside by preknowledge.</p>
<p>We encouraged the students to talk with each other, share their ideas with each other, question each other and disagree with each other openly in front of the client. If they had conversations about the family outside of their presence they were to offer a summary of their conversations to the family when they next met with them. This part of our history is compatible with Tom Andersen and his colleagues' development of the innovative reflecting team concept and practice. Both approaches place an importance on respecting the integrity of the other, making room for multiple voices and encouraging therapists to share thoughts publicly.</p>

Anderson, H. (2004a). *Becoming a postmodern Collaborative therapist. A clinical and theoretical Journey. Part I.* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/parti.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004

Contexto de aparición del enfoque
We were going public and hierarchies were dissolving. These combined clinical experiences and our conversations with others about our experiences influenced our teamwork and teaching. For the most part family therapy teams are organized in a hierarchical and dualistic manner. The team members behind the mirror are attributed a meta-position where they are thought to be able to observe more correctly and quickly--as if they are "real knowers." The mirror is thought to give the members protection from being swooped up in the family's dysfunction, faulty reality or emotional field. The team members talk privately and come to a synthesis of their multiple voices—their hypotheses, suggestions, questions or opinions--and funnel what they believe to be the most fruitful consensus conclusion to the therapist and the family. What is taken back to the client is preselected by a team and therapist and loses the richness of the multiplicity of views.
These early, and subsequent, shifts in our clinical experiences not only influenced the way that we began to prefer to practice but also compelled us to search for more suitable metaphors to describe, explain and understand these experiences. We purposely explored and sometimes serendipitously bumped into theories of biology, physics, anthropology and philosophy. These included the notions of chaos theory, randomness, and evolutionary systems, structure determinism and autopoiesis, constructivist theory, language theories, narrative theories, postmodern feminist perspectives, hermeneutics and social construction theories. In Part II I will discuss how these notions influenced how we came to describe, explain and understand our clinical experiences. I will discuss which of these theories and related premises remain in the forefront and the implications of our new views of the notions of language and knowledge changed and gained prominence.

Anderson, H. (2004b). *Becoming a postmodern Collaborative therapist. A clinical and theoretical Journey. Part II.* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/partii.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004

Contexto de aparición del enfoque
What I learned from clients over the years led me to question and abandon some familiar concepts such as " universal truths, knowledge and knower as independent, language as representative, and the meaning is in the word. Such concepts risk placing human behavior into frameworks of understanding that seduce therapists into hierarchical expert-nonexpert dichotomies, into discourses of pathology and dysfunction, and into a world of knowing and certainty.
I begin my story in 1970 when I joined the family therapy program developed from the Multiple Impact Therapy (MIT) research project initiated in 1956 in the Psychiatry Department's Child and Adolescent Division at the medical school in Galveston, Texas as a learner. We all live and work in knowledge or learning communities, some have expansive perimeters and permeable boundaries and some are like little black boxes. I unknowingly stepped into the former, a learning community with a rich tradition of challenge, innovation, and transformation. I did not know where this adventure, influenced by circumstance and curiosity, would take me. I shared my clinical journey in Part I, focusing on its MIT roots and the shifts in clinical work that my colleagues and I experienced over time. Here I share the theoretical journey, highlighting the influences that cybernetic, social, evolutionary, constructivist, hermeneutic, narrative, social constructionist and philosophical theories played in the development of the postmodern collaborative approach.
This approach represents more a <i>philosophy of life</i> than a theory of therapy, a way of thinking about and being with the people whom I meet in my work whether that arena is therapy, learning, research, or organizational consultation. I believe that how I prefer to understand therapy, including its process and the client-therapist relationship, and how I prefer to be as a therapist and in all my life roles reflects a worldview that does not separate professional and personal. Inherent in my view is an appreciative belief in the good and the positive--that most human beings value, want, and strive toward healthy successful lives and relationships.
The threads of the fabric called a postmodern collaborative approach can be traced to the original MIT: the client as the expert, the importance of multiple voices and realities, a nonpathologizing view of families, and therapists being public with their thoughts. Of course, at the time the MIT colleagues did not have today's theoretical vocabularies to use to describe, explain, and understand their work. They drew from their unique clinical experiences, familiar developmental theory, and the early writings of Jackson, Bateson, and their colleagues in Palo Alto, California about communication, theory of schizophrenia, families and conjoint family therapy. They also took from the current work of others like Sullivan's practice of including all hospital ward personnel as part of the therapeutic environment, Bell's family group therapy and Bowen's hospitalization of whole families. Going back and reading about the MIT project was like going into a dusty attic and seeing traditions. When you look at this work and realize the time in which it was produced, it was incredible. It was a therapy ahead of its time. I pause here to highlight some aspects of its theoretical footing, to show the threads that held through time, to honor it, and to share it with those not familiar with it.
Interestingly, although the MIT team studied and was strongly influenced by the Palo Alto group and their introduction of cybernetics (first-order cybernetics), the team early on expressed disagreement with the notion of homeostasis. They found it "does not embrace the aspects of growth that have to do with the emergence from the family matrix; nor does it adequately cover the therapeutic mobilization of self-rehabilitative processes" (McGregor et al, 1964, p. 9). Yet, it would be years later when the Galveston group (Dell, 1982) and others like Hoffman, Maruyama, and Speer, strongly challenged the principal and contradiction of homeostasis. If families, like other living systems, were unable to avoid growth and change, then this was contradictory to the cybernetic notion of homeostasis, a contradiction that had been veiled in the belief that the slow movement or stuckness often seen in families was the pathology.
Parallel to the influence of second-order cybernetics on our practice and theory were similar ones from science and philosophy such as those of Bohm, Derrida, Einstein, Gadamer, Kuhn, Habermas, Heidegger, Husserl, Merleau-Ponty, Prigogine, Rorty, and Wittgenstein who challenged realism: objective reality, observer-independent knowledge, subject-object dualism, and language as representational. These developments caught us on fire. In the latter 1970s faculty and students began an informal study group in the evenings hosted in homes to delve into these, and for us, new developments. The seminars were the beginning of a teaching tradition at the Institute--theoretical seminar--where faculty and students learn and struggle with new subjects together rather than faculty teaching students.

Contexto de aparición del enfoque

When I began studying with the Galveston group they were interested in communication and language, inspired by the Palo Alto colleagues Watzlawick, Beaven, and Jackson's *Pragmatics of Human Communication*. *Pragmatics* was the colleagues' first effort to pull together the Palo Alto developments and fully articulate their interactional view: Communication influences human interaction and all behavior is communication. The effects of communication and behavior are a communicative reaction to a particular situation rather than evidence of the disease of an individual mind. That is, communication becomes the social organization and symptom development becomes the way a family member indulges in the self-sacrifice required to maintain family stability without undergoing organizational change. Earlier, Jackson (1965), drawing on Bateson's ideas about learning theory and communication theory, asserted that every utterance has a content (report) and a relationship aspect; the former conveys information about facts, opinions, feelings, experiences, and the latter defines the nature of the relationship between the communicants."

In the 1970s in the teaching seminars at the medical school we immersed ourselves in the developments within family therapy, early on inspired by Bateson's *Steps to Ecology of the Mind*. Then Watzlawick, Weakland & Fisch's *Change* introduced the second-order cybernetics systems notions of positive feedback and observer-dependent systems to family therapists. Positive feedback challenged the idea that one part of a system could control another part without itself changing and observer-dependent systems challenged the idea of objective reality and subject-object. Pathology, including defective structure, was no longer a necessary condition for the development of problem behavior nor were symptoms thought to serve a function. Distinctions that we call reality, like pathology, were no longer thought to be out there but observer punctuation. A major implication of second-order cybernetics for understanding human problems and the therapist's role was Bateson's suggestion that therapists were dealing with family beliefs not pathology and that proposing pathology is an epistemological error.

We always wanted to meet and talk with the authors first hand, inviting them or going to see them, introducing our colleagues to them by including them in national and international conferences. Bateson consulted with the MIT project; early on Weakland, Watzlawick, Hoffman and others came to do seminars; later we invited Boscolo, Cecchin, Keeney, Laing, Penn, and von Foerster among others; and some traveled to MRI and various seminars. We have had sustained relationships over time with conversational partners and kindred spirits Lynn Hoffman and Tomm Andersen. Lynn always—and still does--asked questions and made comments about our work and had a knack for words that pushed us to think deeper and to clarify and amplify our thoughts. It was from Lynn that I learned to think carefully about the words that I choose to articulate a meaning that I want to convey; for instance, choosing "collaborative" instead of "cooperative" or "public" instead of "transparent." Tom was--and is—endlessly challenging and innovative, and we felt like he was a kindred soul "out there" with us in what could be an exciting but lonely place when you are questioning others beloved traditions. From Tom, I learned to value humility. We found large conferences seldom provided the space for the kinds of intimate conversations that we liked to have with others. So, we, inspired by a conversation between Lynn and Harry, created forums where participants from around the world self-organized, talking in small conversational clusters about topics of interest to them. It was at the first of these in 1988 that Harry publicly articulated our leaving behind second-order cybernetics and constructivism and the new sense that language made to us: Our lives—e.g. events, experiences, relationships, and theories—are simply expressions of our socially constructed language and narratives; and agency is the transformation of our language and narratives into action. We also presented and tested out our ideas at numerous workshops and found, as I still do, that these were an important context for shaping and clarifying our evolving ideas.

In particular, we intuitively felt a fit with the works of physicist Ilya Prigogine and biologist Humberto Maturana. Prigogine's theory of "far-from-equilibrium" systems and "order through fluctuation" called "dissipative structures" proposed that to maintain stability systems must constantly change. He also proposed, as did some other scientists and philosophers, that reality, and therefore change, is multidimensional and does not result or arise from a pyramid-like foundation. Instead, reality evolves in a non-hierarchical, web-like nature with the web of descriptions becoming more and more complex. Maturana's "autopoiesis" theory suggested that systems are self-organizing and self-recursive: "the product of an autopoietic organization is always the system itself" (Dell & Goolishian, 1981, p. 442). Wanting to meet the sources and gain a better understanding of their work, we invited Maturana to spend a week with us; George Pulliam, Harry, and I drove to the University of Texas in Austin to spend a day with one of Prigogine's associates. We began to write about these new vocabularies, how they fit with our clinical experiences, and consequently, provided alternative ways to understand human systems and our work with them .

Our continued interest in the developments at MRI naturally took us to constructivism. Closely connected to second-order cybernetics, constructivism is a theory of knowledge that challenges the notions of a tangible, external reality that can be known, discovered, or described and of a knowledge that is representative or reflective of reality. From this perspective, reality represents a human functional adaptation: humans, as experiencing subjects and observers construct and interpret reality, inventing the world they live in. The mind "brings forth" (Maturana, 1978). Therapy informed by constructivism and second-order cybernetics, however, still focused on problems and pathology.; the only difference was that they were not thought to result from what Hoffman called "faulty lenses."

This conception of a mutual evolutionary process combined with later developments in our conceptualization of language eventually enabled us to move entirely from the mechanic-like cybernetic, onion-like social system, and pyramid-like reality metaphors to conceptualizing human systems as linguistic systems--fluid, evolving communicating systems that exist in language. These views allowed an understanding of therapy as a shift away from thinking of a system as a collective, contained entity that acts, feels, thinks, and believes toward a system as people who coalesced around a particular relevance. When the relevance for coalescing dis-solves the system dissolves. We referred to these systems as problem-determined systems (Anderson, Goolishian & Winderman, 1986) and problem-organizing, problem- dis-solving systems (Goolishian & Anderson, 1987, Anderson & Goolishian, 1988).

Hermeneuticists concerned themselves with understanding and interpretation: understanding the meaning of a text or discourse, as a process influenced by the beliefs, assumptions, and intentions of the interpreter. In this view "understanding is always interpretive, there is no uniquely privileged standpoint for understanding". One, therefore, can never reach a true understanding of an event or a person. Each account is only one version of the truth. Each is influenced by what the interpreter brings to the encounter.

Anderson, H. (2004b). *Becoming a postmodern Collaborative therapist. A clinical and theoretical Journey. Part II.* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/partii.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004

Contexto de aparición del enfoque
Our interest in language continued and in the 1980s we moved from the realm of science to philosophy, reading in cultural anthropology along the way. With effort we read philosophers like Rorty and Wittgenstein and contemporary hermeneutic thinkers like Gadamer, Habermas, and Heidegger among others. In one way or another all challenged the notion of language and knowledge as representational. All challenged the individual or knower as autonomous and separate from that which he or she observes, describes, and explains and that the mind can act as an inner mental representation of reality or knowledge. All challenged that reality or knowledge is fixed, a priori, empirical fact independent of the observer. All challenged that knowledge is conveyed in language or that language can correctly represent knowledge.
From this period on we became increasingly critical of how the culture of psychology and psychotherapy created deficiency based language, language that labels and classifies a person or group of persons like a family rather than telling us about them. Diagnoses, for instance, operate as cultural and professional codes that function to gather, analyze, and order the waiting-to-be-discovered data. As similarities and patterns are found, people and problems are fitted into a deficit-based system of categories that are sustained through language and discourse. This creates an illusion of generalizable psychological knowledge. The language and vocabularies of psychotherapy become impersonalized and disregard the uniqueness of each individual and each situation (Gergen, Hoffman, and Anderson, 1995).
Up until 1988 Harry and I were mixing the metaphors of second-order cybernetics, constructivism, hermeneutics, social constructionism, and narrative theories. This changed dramatically during a conference organized by Tom Andersen in Sulitjelma, Norway in 1988. Tom brought together epistemologists and clinicians to explore second-order cybernetics and constructivist theories and their practical applications. The details of the story are too many for these pages, but it became clear to us from that experience that our current views of language and conversation did not fit with these metaphors. That conference represented our informal parting with second-order cybernetics and constructivism, which was more formally addressed at the first Galveston Symposium, mentioned earlier (Anderson & Goolishian, 1989).
Postmodernism provided an umbrella under we could cluster the premises of our post-cybernetics era. A consistent thread runs through the various versions of postmodernism that I find appealing: the notion that language and knowledge are relational and generative. Transformation (e.g.. new knowledge, expertise, identities, and futures), therefore, is inherent in the inventive and creative aspects of language. This transformative view of language invites a view of human beings as resilient; it invites an appreciative approach.
As we continued to move further away from our inherited traditions regarding human systems and therapy, and as we collected the bits and pieces of new ways of describing, understanding, and explaining our clinical experiences discussed above, we eventually found ourselves under a postmodern umbrella. Postmodern, broadly speaking refers an ideological critique of traditional views of knowledge that developed among scholars within several disciplines such as architecture, art, literature, poetry, and social sciences. Postmodern invites an ongoing skeptical attitude and critical reflection of foundational knowledge and privileging discourses, including their certainty and power and it alternatively suggests a move to local knowledge and a multiplicity of truths. Specifically, it represents a challenge to meta-narratives, universal truths, objective reality, language as representational, and the scientific criteria of knowledge as objective and fixed. The postmodern critique includes a self-critique of postmodernism itself. Uncertainty, unpredictability, and the unknown, therefore, characterize postmodernism. From a postmodernism perspective knowledge is socially constructed; knowledge and the knower are interdependent; and all knowledge and knowing are embedded within context, culture, language, experience, and understanding. We can only know the world through our experiences; we cannot have direct knowledge of it. We continually interpret our experiences and interpret our interpretations. And, as such, knowledge fluid, continually evolving, broadening, and changing. Dispensing with the notion of absolute truth and taking a position of plurality does not imply nihilism or solipsism. Rather, from a postmodern perspective everything is open to challenge including postmodernism itself.

Anderson, H. (2004c). *Postmodern Social Construction Therapies. Dialogue.* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004

Contexto de aparición del enfoque
Broadly speaking, postmodern refers to a family of concepts that critically challenge the certainty of objective truths, the relevance of universal or meta-narratives, and language as representative of the truth (Lyotard, 1984; Kvale, 1992). Postmodernism is not a meta-narrative, but rather one among numerous others. Inherent in postmodernism is a self-critique of postmodernism itself; that is, it invites and demands continued analysis of its premises and their applications. Social construction, a particular postmodern theory, places emphasis on truth, reality, and knowledge as socially embedded and the role that language plays in the creation of these products. According to the foremost proponent of social constructionism, social psychologist Kenneth Gergen (1982, 1985, 1994, 1999), it is "...principally concerned with explicating the processes by which people come to describe, explain, or otherwise account for the world (including themselves) in which they live" (1985, p. 266).
Therapies based on these premises share common values (with slight variations and emphasis): Taking a non-pathological, non-judgmental view. Appreciating, respecting and utilizing the client's reality and uniqueness. Using story and narrative metaphors. Being collaborative in structure and process. Avoiding labeling and blaming classifications of individuals and families, or their behaviors. Being more "public" or "transparent" with information and biases.
Combined, these perspectives influenced Anderson and Goolishian to move away from the familiar, general, and second-order cybernetic systems notions on which family therapy had been based to the notion of human beings as systems in language or language systems (Anderson & Goolishian, 1988). Human systems are meaning-making systems. Therapy becomes one kind of language or meaning-making system. Originally, Anderson and Goolishian referred to their work as a Collaborative Language Systems Approach and more recently Anderson has simplified it to Collaborative Therapy (Anderson, 2001a; Anderson 2001, b; Anderson, 2000).

Anderson, H. (2004c). *Postmodern Social Construction Therapies. Dialogue*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004

Contexto de aparición del enfoque

It invites reexamination and reimagining of psychotherapy traditions and the practices that flow from them, including: how problems are conceptualized, client-therapist relationships, the process of therapy, and therapists' expertise. For varying reasons, a focus away from the family as the limited target of treatment is inherent in this shift. Instead, the postmodern/social construction ideology-informed approaches are not limited to families but are applicable to individuals, couples, families and groups. In the words of family therapist historian Lynn Hoffman (1994), the shift changed the definition of what needs to be changed: The target has moved from the unit to the situation. Problems are not believed to reside within the person, the family, or the larger system. Instead, problems are considered as linguistic constructions, with various punctuations such as the local dialogical context and process of people's everyday lives and the subjugating and oppressing influence of dominant universal narratives. Thus, the aim of the therapist has changed: to set a context and facilitate a process for change, rather than to change a person or group of people.

Postmodern social construction premises influence a dialogical and relational perspective on understanding human behavior, including the dilemmas of everyday life and a therapist's stance regarding these. Although there are significant variations among the postmodern social construction therapies, generally speaking, some common basic premises (although with slight variations and differences in emphasis) include:

The notion of objective discoverable knowledge and universal absolute truths is viewed skeptically.

The world, our truths, is not out there waiting to be discovered.

Knowledge and social realities are linguistically and communally constructed; reality, therefore is a multiverse.

Language is the vehicle through which people know and attribute meaning to their world, including realities about the people, events, and experiences of their lives. Neither problems nor solutions exist within a person or a family; they take shape and have meaning within a relational and dialogical context.

The goal of therapy is to create a relational and dialogical context for transformation.

Transformation--outcomes and solutions--is inherent and emerges in dialogue.

Transformation is unique to the client and the participants in the therapy conversation and therefore cannot be predetermined ahead of time.

The person and self, including development and human agency, are viewed as interdependent, communal, and dialogic entities and processes rather than as isolated autonomous interior ones.

People have multiple identities and their identities are shaped and reshaped in social interaction.

The Collaborative Approach evolved from the twenty-year mutual work of Harlene Anderson and Harry Goolishian and their colleagues and students, beginning in the early 1970s within the context of a medical school and later in what is now the Houston Galveston Institute. Its roots can be traced back to Goolishian's participation in the early Multiple Impact Therapy (MIT) family therapy research project at the medical school (McGregor, Ritchie, Serrano, Schuster, McDonald & Goolishian, 1964). Quite innovative at the time, the theory used to describe and understand the MIT practice was limited by the psychodynamic, psychoanalytic, and developmental theories available at that time. Soon deciding that these theories could not provide adequate descriptions of their clients and their experiences of therapy, Goolishian and his colleagues began what became a continuous search for new theoretical tools. Now, the stage was set for the important reflexive process of the interaction of practice and theory. That is, new practices led to new theories that influenced the practices, which in turn began to require new theories, and so forth. This early interest was influenced by the voices of clients and therapists--their experiences, descriptions, and understandings of successful and unsuccessful therapy-- and has remained an important thread throughout the development of the Collaborative Approach.

As Anderson and Goolishian and their colleagues searched for new descriptions and understandings, they went down a meandering path to revolutions in the social, natural, and physical sciences, philosophy, and eventually to the postmodern philosophical movement and the works of thinkers such as (Bakhtin, 1981; Bruner, 1986, 1990; Geertz, 1983; Gergen, 1985; Lyotard, 1984; Rorty, 1979; Schon, 1984; Shotter, 1993; Vygotsky, L.S., 1986; and Wittgenstein, 1953 who focused on the relational and generative nature of knowledge and language.. Anderson and Goolishian found contemporary hermeneutics and social constructionism primarily relevant: the concepts of a socially constructed world of truths and knowledge, language as the vehicle and product of human interchange, understanding as an interpretive process, and language as generative. These concepts took their interests in language, which had been inspired by the work of Bateson and his colleagues at the Mental Research Institute in Palo Alto, California, away from learning clients' language toward using it in a strategic sense and away from systems theories and in a different direction.

Anderson, H. (2004e). *Supervision as a collaborative learning community*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004

Contexto de aparición del enfoque

I place my philosophy and practice under a postmodern umbrella (Anderson, 1997). Briefly, by postmodern I refer to an ideological critique of the tradition of meta-narratives that represent universal overarching truths and the inherent risks in this certainty tradition. Postmodernism includes itself in this critique and owns the same risks. A notion of postmodernism is language *and knowledge as relational and generative*. Central to this notion is dialogue as a dynamic creative conversation with room for all voices, with each person unconditionally present and with a full sense of belonging. Dialogue also entails two-way exchanges and crisscrossing of ideas, thoughts, opinions, and feelings. What is put forth in dialogue is interacted with and interpreted by the other. New meanings, understandings, and knowledge are inherent in dynamic dialogue.

Contexto de aparición del enfoque

My collaborative philosophy and practices, including therapy, teaching, research, and consultation, reflect a view of ethics as representing or communicating agreed upon values and morals—and the rules for those values and morals—that have been historically, culturally, contextually, communally, and linguistically created. My view of ethics is situated on a postmodern backdrop. Postmodernism broadly speaking offers a different way of thinking about the nature and meaning of knowledge, including a critical and skeptical perspective of knowledge such as universal and meta-narratives, and its certainty and power. Intrinsic is a self-critique of postmodernism itself. Although there are diverse branches of postmodernism, a common thread runs through them: the premise that knowledge and language are relational and generative. Knowledge--what we know or think we might know--is linguistically constructed, the development and transformation of knowledge is a communal process, and knowledge and the knower are interdependent.

The premise that knowledge and language are relational and generative is sometimes mistakenly accused of relativism and anything goes, and sometimes charged of the absence of the existence of ethics in postmodern therapy (Held, 1995). To the contrary, as suggested earlier, postmodernism invites an alternative to the traditions of thinking about and being ethical. It invites caution regarding consensus definitions of ethics and ethical standards from the larger societal and professional discourses as fixed truths. It invites continuous reflection on and demands deliberate critique of these dominant discourses outside the therapy room as well as within the local therapy room discourse. If our intention is to do no harm, then we must genuinely invite the voices of the people that we engage with in relationship and conversation into what Lynn Hoffman refers to an "ethic of participation"

Contexto de aparición del enfoque

Among the most frequent comments and questions about my postmodern collaborative approach to therapy are "It sounds Rogerian" and "Is it any different from Carl Rogers' client-centered therapy?" "Yes," I usually say, "there are similarities and differences." And, then I briefly share examples of each; therefore, I appreciate this opportunity to expand my thoughts. In preparation, I revisited a sampling of writings by and about Rogers. I begin with a brief overview of Rogers and his approach and continue with a brief overview of my philosophical preference and a postmodern collaborative approach. These overviews serve as a backdrop for selected similarities and distinct differences and commentary on the relationship of each to family therapy as I see them. You, the reader, will make your own comparisons, contrasts, and conclusions as you read along. The paper is offered as food for thought and dialogue, not as an academic debate to overthrow, tear-down, or integrate.

My journey as a therapist and clinical theoretician has been informed by my various practices and continuous search for concepts to describe and understand experiences of therapy (Anderson, Goolishian, Pulliam & Winderman, 1986; Anderson, 1997; Anderson, 2000). Practice and theory go hand-in-hand, each informing the other. Over the years I have had a sustained interest in client voices. Like Rogers I have been curious about why therapy worked or did not and why clients found some therapists helpful and others not. Like Rogers I am interested in alternative research methods. My research has been informal--what I think of as research as part of everyday practice and the client as coresearcher--focusing on client voices, reflecting with clients, learning from clients, and using what we learn as we go along with each other in therapy. My constant question, in one form or another, has been, "How can therapists create the kinds of conversations and relationships with their clients that allow both parties to access their creativities and develop possibilities where none seemed to exist before?" (Anderson, 1997). For twenty years of this journey I learned with my continual conversational partner, Harry Goolishian, and simultaneously and subsequently I learned with other conversational partners--my clients, other therapists' clients, colleagues, and students. The search for concepts to help me understand therapy experiences led me down a meandering path and to the place where I have now paused: a postmodern collaborative approach to therapy, education, consultation, and research .

Postmodern, broadly speaking, is an ideological critique of universal or meta-narratives, including self-critique. It invites an ongoing skeptical attitude toward the nature and meaning of knowledge, including its certainty and power. Consequently, postmodern offers a broad challenge, and invites us, to examine and reimagine our psychotherapy culture and traditions, and the practices that flow from them. Knowledge and language as relational and generative. Postmodern refers to a family of concepts. Although the family has diverse branches, there is an important trait: the notion of knowledge and language as relational and generative. Knowledge (what we know or think we might know) is linguistically constructed by people in conversation, its development and transformation is a communal process, and the knower and knowledge are interdependent. Knowledge is a byproduct of communal relationships rather than an individual possession or product (Gergen, 1994). It is created in and through language, or in and through what Shotter (1984) refers to as "joint-action." Knowledge, therefore is not something static, out there waiting to be discovered; rather, it is fluid.

The Collaborative approach has been more strongly influenced overtime by ideas outside of psychotherapy that were drawn upon to help make client and therapist clinical experiences sensible. Early post general, first- and second-order systems theories influences included: evolutionary, nonequilibrium, and self-organizing systems, constructivist notions of reality, language as coordinated in behavior, and philosophies challenging knowledge as representational and singular. Later influences included postmodernism and associated concepts such as social construction, contemporary hermeneutics, and narrative theory. All challenge knowledge traditions and consequently, how human systems are conceptualized.

The Collaborative approach represents a philosophy and the practices that flow from it-- a way of conceptualizing human systems and their life dilemmas and the role of the therapist. The approach represents a major challenge to the traditions of family and individual therapy and the distinctions between them. It is a paradigmatic shift that does not dichotomize or privilege individual over social and does not view individual and family as competing constructs. It, therefore, does not distinguish between target-of-treatment social systems, for instance, individuals, couples, or families .Either distinction limits. The focus of the approach is the person(s)-in-relationship.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
"Estábamos informados, por lo tanto, de las ideas de totalidad y relación cuando en 1974 comenzamos a reunirnos informalmente, buscando nuevos modelos de pensamiento y de trabajo. Leíamos los libros de Jay Haley, Salvador Minuchin y Paul Watzlawick y sus seguidores con avidez, y avanzábamos con dificultad tratando de aplicar sus ideas en nuestros intentos prácticos. Nuestros éxitos terapéuticos fueron por cierto pocos y pequeños. Pero nuestro interés había sido despertado."	29
"El programa educacional de terapia familiar que mencionamos con anterioridad nos puso en contacto con algunas de las personas que dictaban cátedra en el campo de la terapia familiar en ese momento. Nos encontramos con Lynn Hoffman del instituto Ackerman en Nueva York, Luigi Bóscolo y Gianfranco Cecchin de Milán y Pillippa Seligman y Brian Cade de Cardiff, Gales. Este nuevo acercamiento al enfoque milanés nos permitió tomar distancia de los estilos más estructurales y estratégicos que habíamos tratado de aplicar. Lo que nos resultó más atractivo del estilo milanés fue que la atención se centraba en el proceso de entrevista más que en las intervenciones."	31
"Ciertamente, estábamos experimentando la importancia de la famosa frase de Bateson: "la noticia que hace una diferencia". Comenzábamos a cuestionar nuestros conceptos básicos y cuáles debía ser éstos a partir de ahora en adelante. Y lo que era aún más importante, ¿cómo haríamos para transformar estos conceptos en práctica?"	34
"Bateson (1972, 1978, 1979) fue quien nos hizo notar que no vamos las cosas como algo en sí mismas. Vemos una cosa como algo diferente de su entorno."	38
"En resumen, hay dos significados distintos en el uso de Bateson de la palabra <i>diferencia</i> : primero, algo es distinto al ser diferente de su entorno, y segundo, un cambio es una diferencia <i>a lo largo del tiempo</i> causada por la diferencia. Estas ideas son una base importante para el trabajo clínico."	39
"La entrevista con los asesores de Milan contiene un montón de preguntas que tratan de buscar las diferencias cuando se describen situaciones alrededor de un problema. El propio grupo de Milán definió estas preguntas (Selvini Palazzoli y otros, 1980), y Peggy Penn (1982) definió las suyas independientemente. Las preguntas que a menudo clarifican las situaciones problemáticas son aquellas que a menudo engloban comparaciones y relaciones."	39
"Tuve el privilegio de seguir el trabajo de dos fisioterapeutas noruegos, Aadel Bölow-Hansen y Gudrun Øvreberg, la primera maestra de la segunda (Øvreberg, y Andersen, 1986)."	38
"Las lecciones de este método me enseñaron que la estimulación tenía que ser lo suficientemente fuerte para provocar una respuesta respiratoria. Si eran demasiado débiles, nada ocurriría".	41
"Durante mucho tiempo vimos al ser humano como parte de un o más relaciones. Todavía lo hacemos pero nuestras percepciones han cambiando un poco. Antes lo veíamos como si fuera influido o cambiara de acuerdo con la dinámica de las relaciones. En otras palabras, las relaciones "dominaban" al ser humano. Los escritos de Maturana (1978) y Varela (Maturana y Varela, 1987) nos fueron muy útiles para llegar a nuestras actuales ideas sobre este tema. El trabajo de Bölow-Hansen también ha sido de gran ayuda. Maturana y Varela hablan sobre la base de la comprensión biológica de que una persona está fuertemente determinada desde el punto de vista estructural. Las estructuras biológicas están cambiando continuamente. Cada célula del cuerpo se reconstruye en forma permanente. En este proceso conserva las funciones básicas que le permiten adaptarse al medio inmediato -a las otras células y a los fluidos que rodean a las células-. Este medio tiende a cambiar con el tiempo, pero la célula sigue teniendo una cantidad de funciones para adaptarse a esos cambios."	41-42
"El proceso que presentamos en este diagrama es exactamente lo que entendemos como el "sistema de observación". Sobre el que escribe Heinz von Foerster (1979)."	43
"Cada persona tiene una percepción (podemos llamarla una percepción construida) de la situación a la que ella "pertenece". Esta percepción es la "realidad" de la persona. "Realidad" existe sólo como la "realidad" del que la percibe. La misma situación "externa" puede resultar o transformarse en muchas "realidades". No se puede decir que una realidad sea mejor que las demás. Todas son igualmente "reales". El cuadro de la realidad se adapta de tal manera que la persona pueda vivir en esa "realidad". Ernst von Glasersfeld lo expresa de la siguiente manera (Segal, 1986, págs. 68-87): El constructivismo radical es menos imaginativo y más pragmático. No niega la realidad ontológica -simplemente le niega al ser humano que la experimenta la posibilidad de adquirir una representación verdadera de la misma-.	48
Durante algún tiempo, Stein Bråten trabajó sobre el concepto de la conversación interna". Para él la persona está dividida en dos partes una es yo y la otra es el "otro virtud". Ambas comparten distintas perspectivas a través de sus diálogos. Bråten llegó a esta idea siguiendo una ruta distinta de la nuestra. La de él se remota a Gadamer, quien cita la noción platónica del pensamiento como el dialogo interno del alma consigo misma, a Piaget que lo llama "habla egocéntrica", y C. S. Pierce, que dijo que uno razona para persuadir el <i>self</i> crítico.	50
Harold Goolishian, del instituto de la familia de Galveston, Texas, con quien estamos en contacto con frecuencia, siempre dice: "Tienen que escuchar lo que les dicen realmente y no lo que ellos quieren decir en realidad".	52
Los consejos y las interpretaciones pueden fácilmente transformarse en perturbaciones ajenas a la persona. Si ésta "acepta" algo para p que no tiene respuesta en su repertorio podría tener alguna desintegración. Una manera de evitar que esto ocurra es terminar la relación. Muy influidos por las preguntas del equipo de Milán, lo que Penn escribió sobre preguntas (1982, 1985), y todas las discusiones con Harold Goolishian y Harlene Anderson sobre el mismo tema pensamos que es más seguro utilizar solamente preguntas."	56
"Si la(s) idea(s) desaparecen(n), la organización la organización disuelve. En las palabras de Anderson y Goolishian (Anderson, Goolishian, Pulliam y Widerman, 1986), se puede considerar a un sistema de significado como un grupo de personas conectado alrededor de la idea de hacer algo en cierta situación,"	57
Algo de lo que se diga va a ser particularmente significativo en la mente del entrevistador. Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn dicen que tales dichos son "aperturas".	67

Andersen, T. (1994). *El equipo Reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
<i>Multiverso quiere decir que un fenómeno por ejemplo un problema, puede describirse y comprenderse de diferentes maneras. La idea constructivista de que cada persona crea su versión de una situación es de gran ayuda cuando nos encontramos con un sistema estancado (Bateson, 1973, 1978, 1979; Maturana 1978; Maturana y Varela, 1987; Segal, 1986; von Foerster, 1979; von Glasersfeld, 1988). Ninguna de las versiones es correcta e incorrecta.</i>	58
"La apertura elegida puede ser alguna que provoque curiosidad. Cecchin dice que tal curiosidad es muy diferente de la neutralidad."	68
"El lector debe estar precavido ante preguntas como las propuestas por Mara Selvini Palazzoli y otros (1980), Peggy Penn (1982, 1985), y Karl Tomm (1987a, b,1988). Estos artículos en especial describen preguntas circulares.	71
"El trabajo del grupo de Dublin (Nollaig Byrne, Imelda McCarthy y Philip Kearney) nos ha servido de fuente de inspiración. En su trabajo sobre el incesto definen a una situación incestuosa como una que crea muchos dilemas a muchas personas"	79
"La única verdad que se acerca al nivel de lo absoluto es la verdad wue la cosa en sí misma podría darnos si pudiéramos acercarnos a tanto a ella, lo que, desgraciadamente podemos nunca hacer." (Bateson y Bateson, 1987, pág. 151). Más que buscar una verdad absoluta, podíamos uno al otro la oportunidad de ver un nuevo aspecto, de adquirir nueva información, no la de ellos ni la nuestra sin algo diferente algo nuevo que sugiera"	112
La mejor manera que el entrevistador puede orquestar o crear el contexto para las conversaciones de este tipo es haciendo lugar a los distintos puntos de vista en lugar de tratar verdades absolutas (Anderson y Goolishian, 1988, Goolishian y Anderson, 1987, Hoffman, 1985, 1988)	113
Parte de la respuesta que me doy es que está basada, en términos de el "sistema de observación". Sobre el que escribe Heinz von Foerster (1979)." . de ser así incluye elementos tanto de mis antecedentes tanto de la cultura general como de la cultura local; es histórica y contextual y por lo tanto cambia constantemente.	173
El paso siguiente naturalmente fue concentrarnos en el lenguaje que se utilizaba en las conversaciones en las conferencias del Instituto de la Familia de Galveston en Galveston, Texas, que tuvo lugar el 25-26 de octubre de 1988, Harry Goolishian presentó algunas ideas interesantes sobre este punto: ...Un tema recurrente en los escritos de filosofía del disenso narrativo es que los límites de nuestra estructura narrativa, nuestros géneros e historias definen nuestra habilidad para comprender y explicar. Nuestros principales relatos nos dan el vocabulario que fija nuestras realidades. Nuestros destinos se abren o se cierran en términos de las historias que construimos para comprender nuestras experiencias..."	173
...Gareth Morgan (1983) , un reconocido investigador en el campo de las relaciones humanas, pone de relieve que la investigación en el reino humano comprende básicamente la forma en que nos relacionamos con los demás. Muchos cambios en mi práctica se vieron estimulados por esta sensación de intranquilidad que sentí en diversas ocasiones. Los cambios en sí mismos representan una nueva comprensión de la conversación y de la constitución del ser. ...Las expresiones de una persona se veían como dependientes de la estructura subyacente, ya fuera esta biológica, psicológica o sociológica (por ejemplo, la familia). En consecuencia, lo que el profesional hacía tendía a ser hecho a y para los pacientes. Ahora hablamos con los pacientes y hacemos cosas con los pacientes. Se ve a la persona antes que nada como participante en una conversación.	174

Andersen, T. (1995). *El lenguaje es poderoso pero puede ser peligroso*. Conferencia expuesta en el 7º. Congreso Mundial de Terapia Familiar en Guadalajara Jalisco, México. Octubre 25 al 29 de 1995.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Martín Heidegger, un filósofo alemán, llamó a tales suposiciones "pre-comprensiones", mientras que Hans Georg Gadamer, otro filósofo alemán, utilizó una palabra con mayor fuerza denominándolas "prejuicios" (Wachthausen, 1986; Warncke, 1987). Gadamer decía que nosotros no podemos "no estar" prejuiciados, nuestros prejuicios o pre-comprensiones (PU) están fuertemente influenciados por la forma en que comprendemos (U) a los otros seres humanos.	4
Yo solía pensar que el lenguaje crece y se desarrolla desde el interior de una persona, tal y como el psicólogo suizo Jean Piaget lo pensaba; pero el psicólogo ruso Lev Vigotsky lo veía de diferente manera (Vigotsky, 1988), pensaba que el lenguaje venía desde el exterior. El niño aprende en un principio, a jugar con sus padres, a imitar palabras -<las palabras son los primeros sonidos imitados-, entonces, desde los 2 ó 3 años de edad y hasta los 5, 6 ó 7, el niño juega por sí mismo y habla en voz alta; ese juego tiende a ocurrir en mayor medida si hay un adulto presente, no para que éste tome parte en la charla, pero sí para presenciar y testificar el juego del niño. Posteriormente, el juego termina cuando el niño lleva la plática abierta al interior y hace una conversación interna con voces internas.	5
En las ciencias físicas, particularmente en el círculo vienés de los años veintes, se estaba muy ocupado con la idea de que las palabras representan lo que describen (Polkinghorne, 1983), como si hubiera una conexión entre la palabra y lo que ésta describe. El filósofo francés Jacques Derrida pensaba diferente, decía que las palabras sólo refieren a otras palabras en el lenguaje; esto significa que cuando yo oigo una palabra, me está refiriendo a algo que ya he visto u oído con anterioridad. De esta forma, el lenguaje llega a ser algo muy personal no privado sí personal.	5
Yo solía pensar que tenemos al lenguaje dentro de nosotros, pero el filósofo alemán Ludwig Wittgenstein me hizo pensar de otra forma. De acuerdo a él, no tenemos lenguaje dentro de nosotros, Pero sí estamos en el lenguaje (Grayling,1988), de igual forma como un pez está inmerso en el agua. Esta suposición afirma que no hay nada detrás o debajo de las palabras –como Freud lo sugería-, pero que todo está en las palabras. El américo-armenio Harry Goolishian siempre lo dijo " <i>Escucha lo que los otros realmente dicen y no lo que tú creas que realmente significa</i> ".	5-6

Andersen, T. (1995). *El lenguaje es poderoso pero puede ser peligroso*. Conferencia expuesta en el 7º. Congreso Mundial de Terapia Familiar en Guadalajara Jalisco, México. Octubre 25 al 29 de 1995.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Yo solía pensar que las palabras eran algo pasivo, así como una herramienta que abre los pensamientos (as a tool that brings the thought to the open). Ahora de acuerdo a Wittgenstein (Grayling, 1988) y a Bakhtin (Morson, 1989, Bakhtin, 1993) lo pienso de diferente manera: las palabras vienen primero y después los pensamientos; buscamos a través de las palabras para encontrar los significados. Harry Goolishian lo decía de esta forma: "Necesitamos hablar en el orden de aprender lo que pensamos", y refiriéndose a su héroe Richard Rorty, decía: "lo más importante es mantener la conversación activa"	6
En el nivel 4 está indicado que la comunidad a la que pertenecemos ejerce una fuerte influencia en cuanto a las palabras que pueden estar disponibles. El filósofo francés Michel Foucault estuvo ocupado en esto. Piense en las jornadas científicas y en los procedimientos de los institutos científicos, ¿cuál es el lenguaje que tiene que estar incluido para ser aceptado y contemplado?	7
El último conocimiento es el <i>corporal</i> , que es el que nos ayuda a conocer nuestra posición con respecto a los otros (Andersen, 1995). Una sutil variación de nuestro respirar nos ayuda para ello, pues siguiendo estos cambios en la respiración podemos saber cuando estamos demasiado distantes o demasiado cercanos, muy callados o altamente interruptivos. Encontramos, por ejemplo, una conexión con el desacuerdo que podemos ver en el rostro de los otros y la variación de matices en nuestro respirar.	8

Andersen, T. (1996). *Reflexiones sobre la reflexión con familias*. En: Mc. Namme, S. y Gergen K. (Comps.). En: La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Esto podría corresponderse muy bien con ciertas ideas que Tomas Kuhn (1970) sostiene acerca de las teorías. Kuhn dice que toda investigación que define objetivos y medios dentro de un paradigma dado producirá «resultados» que apoyen la teoría sobre la que la investigación se basó. Kuhn señala, indirectamente, que se podrían postergar las aplicaciones de la teoría y dejar que la práctica sea lo más libre posible en su búsqueda de descripciones y comprensiones «relevantes»... He organizado este trabajo según este pensamiento.	78
Esta postura se corresponde con mi comprensión de ciertas ideas clave que surgieron de la discusión de la filosofía postmodernista. Baynes et al (1987) afirman que la teoría misma es una narración. Así mi narración transcurre dentro del marco de mi vieja narración –como por ejemplo una repetición- mi narración pierde libertad.	78
A comienzos de la década de 1970 algunas personas empezamos a reunirnos informalmente un fin de semana al mes. Leímos a Minuchin (1974), Haley (1963) y Watzlawick et al (1974). Tratamos de aplicar sus técnicas, pero no tuvimos mucho éxito en lograr el tipo de cambios que imaginábamos. En aquella época yo me sentía muy incómodo cada vez que, convencidos de que entendíamos los problemas mejor que las familias mismas, presentábamos una comprensión nueva e inteligente del problema o dábamos directrices inteligentes para tratarlo. El libro de Watzlawick et al. (1967) hizo que prestáramos atención a Gregory Bateson. Fue una verdadera suerte, y además un gran alivio, entrar en contacto con el trabajo del equipo de Milán a través de dos miembros del grupo: Gianfranco Cecchin y Luigi Boscoso. Por otra parte, Lynn Hoffman y Peggy Penn, del Instituto Akerman de Nueva York, ayudaron a elaborar nuestra comprensión de la obra de Bateson y del enfoque del grupo de Milán en particular.	79
La idea de no ser demasiado inusual se corresponde muy bien con las ideas de Humberto Maturana y Francisco Varela acerca de las perturbaciones (trastornos) (1987). Necesitamos estar «trastornados», ya que las perturbaciones nos mantienen vivos y nos hacen capaces de cambiar en correspondencia con el cambiante mundo que nos rodea. Pero si pretendemos incluir trastornos demasiado diferentes de lo que nuestro repertorio es capaz de integrar, nos desintegramos.	82
Actualmente yo prefiero postergar mi pregunta (o mis preguntas) hasta que la persona con quien estoy conversando haya terminado de hablar y de pensar. Por lo general mi pregunta se centra en algo acerca de lo cual -así me lo dice mi <i>intuición</i> - es importante que la persona siga hablando. Por otra parte, la intuición me ayuda también a encontrar la pregunta que formularé y la manera en que la formularé. Me permito remitir al lector a lo que escrito anteriormente sobre esta manera de preguntar.	86
Cuando yo trabajaba en medicina general, comentaba con Gudrum Øvreberg, fisioterapeuta, todas las preguntas que me hacían mis pacientes sobre dolores y molestias. Øvreberg me presentó a su maestra, Aadel Bülow-Hansen, también fisioterapeuta. Bülow-Hansen había observado que los pacientes que están tensos flexionan el cuerpo hasta adoptar una postura que da la impresión como si se enroscaran sobre ellos mismos. Al mismo tiempo disminuye la intensidad de respiración. Para ayudarlos, Bülow-Hansen los estimulaba para que se estiraran y «abrieran» el cuerpo. Una de las maneras de lograrlo era causar un dolor físico al paciente. La fisioterapeuta había advertido que si se pellizca con firmeza un músculo situado, por ejemplo, en la pantorrilla, el dolor hace que la persona estire el cuerpo. Cuando estiramos el cuerpo inhalamos más profundamente. Esta inhalación estimula un mayor estiramiento y éste, a su vez, provoca una inhalación profunda, y así sucesivamente, hasta que el tórax se llena de aire, según su flexibilidad. Al exhalar ese aire, una parte de la atención corporal desaparece. Ella había notado, sin embargo, que si el pellizco era demasiado suave, no pasaba nada, ni con el estiramiento ni con la respiración. Si, por el contrario, era demasiado brusco o duraba mucho, el paciente respondía con una inhalación profunda pero la respiración se cortaba, porque la persona retenía el aire inspirado. O sea que si el estímulo a los suficientemente doloroso y duraba el tiempo adecuado, la respiración se hacía más profunda pero sin cortarse. Lo que yo aprendí de Aadel Bülow fue una variante de la famosa frase de Gregory Bateson: «la única elemental de información es una diferencia que hace una diferencia» (Bateson, 1972: 473). Los que no saben qué hacer necesitan algo diferente (inusual), pero ese algo no debe ser demasiado diferentes (inusual). Esto se aplica a lo que hablamos con las familias, o cómo hablamos con ellas y cuál es el contexto de la conversación. ¿Cómo podemos saber cuándo nuestras contribuciones son demasiado inusuales? La respuesta está en la manera en que el cliente participa en la conversación. ¿Hay en la conversación signos que me indiquen que para el cliente participar en ella es incómodo? Esos signos varían de una persona a otra. Por lo tanto, nos enfrentamos al desafío de ser sensibles, receptivos a los signos que los diversos individuos usan. Para advertir esos signos tenemos que confiar en nuestra intuición.	82

Andersen, T. (1996). *Reflexiones sobre la reflexión con familias*. En: Mc. Namme, S. y Gergen K. (Comps.). En: *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Pero, por encima de todo, estas nuevas discusiones introducen la idea de que nos vinculamos con la vida según nuestras percepciones, descripciones y comprensiones del mundo. Dicho brevemente, no nos relacionamos con la vida «misma» sino con nuestra comprensión de la vida. Esta idea representa un importante cambio del pensamiento, y esta visión concuerda con el pensamiento constructivista (llamado también cibernética del segundo orden), que afirma que todos nosotros participamos en gran medida en la creación de nuestra comprensión de la vida (Maturana,1978; von Foerster, 1984: von Glasersfeld, 1984). Estos autores también destacan especialmente que hay tantas versiones de una situación como personas que la entienden. El modo de trabajo del equipo de reflexión trata de incluir la mayor cantidad posible de versiones.	84
Cuando entramos en el escenario de un problema es importante localizar los significados y las opiniones existentes; y la mejor manera de hacerlo es preguntar (Penn, 1982, 1985)	85
David E. Leary (1984) dice que usamos metáforas para construir todo lo que decimos: ...nuestra visión de la comprensión -no sólo en la ciencia y la medicina sino también en la vida cotidiana- se estructura a través de la metáfora. Creo que toda comprensión se basa en un proceso de comparación de lo desconocido con lo conocido, de la alineación de lo raro con lo familiar, del empleo de categorías de comprensión tomadas de un ámbito de experiencia como parrillas o plantillas sobre las cuales analizar la experiencia procedente de otro ámbito. Eso es lo que quiero decir cuando hablo de la metáfora y pensamiento metafórico. En sentido amplio, la metáfora consiste simplemente en dar a una cosa o experiencia un nombre o una descripción que, por convención, pertenece a otra cosa o a otra experiencia; y hacerlo en función de cierta similitud entre ambas. Según esta definición, que se remonta a Aristóteles y que sería convalidada por la mayoría de los eruditos contemporáneos que estudian el habla y el pensamiento figurados, la metáfora no se puede diferenciar lógicamente del tropo en general, y por lo tanto abarca la analogía, el símil, la metonimia y, desde luego, la metáfora en sentido más restringido. Además, según esta definición las fábulas, las parábolas, las alegorías, los mitos y los modelos -incluyendo los modelos científicos-pueden interpretarse y entenderse como metáforas extensas o sostenidas.	87-88
Basándome en el artículo de Leary, llego a la conclusión de que no sólo construimos con metáforas nuestra habla sino también nuestro pensamiento. Martín Heidegger (1962) y Hans Georg Gadamer (Wsrnke,1987) ponen el gran énfasis en el uso del lenguaje como parte de ese proceso. Y, según entiendo, Kenneth J. Gergen (1985,1989) defiende la idea de que la autoexpresión de una persona a través del lenguaje contribuye poderosamente a que esa persona sea quien es. Hablar con nosotros mismos o con otros es una manera de definirnos. En este sentido, el lenguaje que usamos nos hace quienes somos en el momento en que usamos. Harlene Anderson y Harold Goolishian (1988) fueron los primeros que llegaron a estas ideas a la práctica clínica.	88
Por otra parte, mis reuniones Aadel Bülow-Hansen y Gudrun Øvreberg me brindaron también un valioso punto de apoyo para modificar mis puntos de vista acerca del habla y el lenguaje. Ellas dicen que la respiración constituye nuestra expresión de nosotros mismos y también la liberación de la tensión interior. Toda palabra y toda emoción expresada se canalizan a través de la espiración. El sollozo de tristeza, el grito de ira, el susurro de miedo, todo lo transporta la corriente de aire que sale de nosotros. Esa corriente de aire la producen los músculos de la pared abdominal y de la parte inferior de la espalda. Estos músculos producen corrientes de aire lentas y débiles o rápidas y fuertes, según las expresiones sean suaves o intensas.	88

Andersen, T. (2001a). *Una colaboración por algunos llamada psicoterapia. Vínculos llenos de expresiones, y expresiones llenas de significado*. *Sistemas Familiares*. 17(3), 77-87.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Hans Georg Gadamer (en Warnke, 1987) denomina esta idea general <i>vor-verstehen</i> (prejuicio o precomprensión o idea preconcebida). Un perjuicio se compone de diversos tipos de conocimiento que provienen de la cultura y la tradición en la que vivimos y de las experiencias personales de nuestra vida.	201
Según Ludwig Wittgenstein, el lenguaje <i>dentro</i> del cual estamos contiene tanto las posibilidades como las limitaciones con respecto a qué podemos comprender y cómo podemos comprenderlo. (Gray-ling, 1988). Kenneth Gergen (1985) menciona que las personas que hoy en día se encuentran dentro de un lenguaje que describe las características humanas como estructuras estables y no como fenómenos en proceso y en permanente cambio. De esta manera nuestro lenguaje contribuye a la generación de los prejuicios dentro de los cuales estamos. Estamos dentro de un lenguaje que nos provee de un conocimiento general (prejuicios) que limita y, a la vez, hace posible nuestra comprensión. Lo mismo sucede con la escritura de la historia.	202
El cliente y el «terapeuta» hablan <i>juntos</i> en colaboración. Estos «terapeutas», que son colaboradores, lo único que tienen son sus propias experiencias, recogidas con el correr de los años: no son expertos. Creo que el trabajo de Harold Goolishian y Harlene Anderson (Anderson y Goolishian, 1988) se sitúan esta posición, como el mío. Antes de llegar a donde estoy hoy tuve que examinar muchos prejuicios, y quizá deba todavía examinar muchos más.	204
La fisioterapeuta Noruega Aadel Bülow-Hansen, en su trabajo para ayudar a las personas aliviar tensiones corporales (Øvreberg y Andersen,1986), realizó un enorme aporte a la comprensión de estos matices. Bülow-Hansen entendía que los músculos en tensión formaban parte de un fenómeno físico más general en el cual la respiración se encontraba limitada y las diversas partes del cuerpo propendían hacia una postura corporal rígida. Ella ayudaba a sus clientes a alargar las diversas partes del cuerpo, con lo cual lograba que éstas se abrieran. Una manera de lograr este objetivo es inducir dolor; por ejemplo pellizcando el músculo de la pantorrilla. Esto produce como respuesta una profunda inhalación. Cuando la persona exhala, parte de la tensión corporal desaparece. No obstante, si el pellizco no es lo suficientemente doloroso, no se produce ningún cambio en la respiración, y si es demasiado doloroso o se prolonga demasiado tiempo, la persona inhala profundamente pero no exhala. Si el pellizco es adecuadamente doloroso durante lapso adecuado, entonces la persona inhala profundamente y luego exhala.	205

Andersen, T. (2001a). *Una colaboración por algunos llamada psicoterapia. Vínculos llenos de expresiones, y expresiones llenas de significado*. *Sistemas Familiares*. 17(3), 77-87.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Mientras uno escucha a los demás, inevitablemente habla consigo mismo, en un diálogo interno (<i>diálogo</i> «por medio de palabras»). Puede decirse entonces que el tema tratado se aborda desde dos perspectivas diferentes: la del diálogo interno y la del diálogo externo. Cuando, al considerar un tema, se cambia alternativamente de perspectiva, fácilmente surgen nuevas ideas.	205
La conversación es una oportunidad para buscarle una salida a la situación y, al mismo tiempo, es un acto de reconstitución del yo. Cuando me encuentro en uno de esos lugares sagrados, suelo recordar las palabras de Harry Goolishian: «¡No debes preocuparte tanto por lo que debes hacer, sino por lo que no debes hacer!» (comunicación personal, junio de 1985). Uno les teme un poco a los lugares sagrados	209
Harlene Anderson, Harold Goolishian y Lee Winderman (1986) crearon el agudo concepto del sistema creado por el problema. Vieron que, al principio, un problema podía ser relativamente pequeño, pero luego podría atraer la atención de muchas personas diferentes que crean sus propios significados sobre cómo entender y resolver el problema. <i>Un problema crea un sistema de significados</i> ; no es el sistema el que crea el problema.	209

Andersen, T y Rivera, S. (2001). *Clínica y ética aplicadas: en las fronteras de lo que podemos decir y pensar*. *Sistemas Familiares*. 17 (3), 65-74.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Lo que escribo aquí está muy condensado, en comparación a la fuente de referencia. Las fuentes escritas son Wittgenstein (Wittgenstein, 1953, 1980; von Wright, 1990, 1994; Grayling, 1988; Gergen, 1994; Shotter, 1996); Lev Vygotsky (Vygotsky, 1988; Morson, 1986; Shotter, 1993, 1996); Jacques Derrida (Sampson, 1989); Michael Bakhtin (Bakhtin, 1993; Morson, 1986; Shotter, 1993, 1996) y Harold Goolishian (Anderson, 1995).	17 (3) 79- 81
<p>1) El lenguaje se define aquí como todas las expresiones consideradas de gran significación desde la perspectiva comunal mencionada. Son muy diversas, por ejemplo, hablar, escribir, pintar, bailar, cantarse, señalar, llorar, y reír, gritar, pegarse, son todas las actividades corporales. Cuando estas expresiones, que son corporales, tienen lugar en presencia de otros, el lenguaje de bienes una actividad social. Nuestras expresiones son ofrendas sociales por participar en los vínculos con otros.</p> <p>2) Necesitamos expresiones para crear significados los significados. Si uno de los tipos de expresión, por ejemplo las palabras o el hablar, no está disponible, otro tipo de expresión, puede hacer posible la creación de significados.</p> <p>3) Las expresiones vienen primero y luego si el significado. Lo significado se crean. Harry Goolishian decía: “No sabemos qué pensamos antes de haberlo dicho”.</p> <p>4) El significado está en la expresión, no por debajo o por detrás. Los significados de las expresiones, por ejemplo los de las palabras, son muy personales y algunas palabras, cuando las escuchamos, nos retrotraen y nos hacen re-experimentar algo que ya habíamos experimentado antes.</p> <p>5) Las expresiones son informativas, lo que significa que dicen algo sobre nosotros a los otros y también a nosotros mismos. Este momento pienso que, cuando hablo en voz alta, antes que nada me habló a mí mismo. Como las palabras que expreso están tan fuertemente conectadas a mi comprensión, puede investigar y propia comprensión escuchando cuidadosamente aquellos que digo. Las expresiones son formativas: nos volvemos quienes nos volvemos, cuando nos expresamos como lo hacemos.</p> <p>6) Las expresiones, tanto en las conversaciones interiores y personales como en aquellas exteriores y sociales, están acompañadas por movimientos; los movimientos que acompañan las conversaciones interiores son más pequeños y sutiles, y los que acompañan las conversaciones exteriores son más amplios, como agitar las manos. A veces, tanto los terapeutas como los investigadores mal interpretan cuando dicen que el lenguaje hablado “no acompaña al lenguaje corporal”, por ejemplo, cuando alguien con una expresión triste en el rostro, dice “estoy tan contento”. Yo veo que esto como que las palabras “estoy tan contento” son el ofrecimiento social al vínculo con el otro, mientras que la expresión triste del rostro concierne a una conversación interior muy probablemente triste, que la persona muy probablemente no está interesada en contar al otro. Por lo tanto, dado que el otro no desea contar acerca de su conversación interior, considero que comúnmente es de buena educación no ver la conversación interior que se presenta en las expresiones corporales.</p> <p>7) Los movimientos corporales de las expresiones, en particular los movimientos respiratorios, que da forma y ponen de manifiesto las cosas interiores y exteriores, son personales. Los movimientos respiratorios son tan personales como las huellas digitales. Vygotsky decía: “somos las voces que no se han habitado” (Morson, 1986, p.8). tal vez a estos y podríamos dar el matiz de: “somos los movimientos que modelan y ponen de manifiesto las voces que nos han habitado”.</p> <p>8) En su época Heráclito decía: “Todo está en cambio, pero el cambio sucede de acuerdo a una ley y cambiar (logos), y esta ley comprende un interjuego mutuo entre opuestos, sin embargo, el interjuego entre las diferentes fuerzas produce una armonía, en su totalidad.” (Skirbekk, 1980, p. 29). Tal vez una podría atreverse a hacer algún pequeño cambio a: una persona está en los movimientos, pero los movimientos ocurren...”, o hasta : “Una persona es movimientos, pero...”. Cuando estamos de pie y en equilibrio, los músculos que flexión a las rodillas y las caderas es tan activos <i>al mismo tiempo</i> que es tan activos los músculos que tensan las rodillas y las caderas.</p> <p>9) Cuando alguien habla en voz alta, dice algo tanto a los otros como a sí mismo. En este momento pienso que la persona más importante a la que le hablo es a mí. Ludwig Wittgenstein y Georg Henrik von Wright escribieron que nuestro propio hablar en bruja nuestro entendimiento. No podemos no ser empujados por nuestro propio hablar. Cuando pertenecemos a una comunidad, por ejemplo la comunidad profesional, sin duda tenemos que hablar el lenguaje de esa comunidad. Si uno desea permanecer allí, debe estar dispuesto a dejarse a ocupar por ese lenguaje. Si ese lenguaje utiliza Los verbos ser y tener sin indicar simultáneamente contexto y tiempo, uno puede, como dije antes, fácilmente interpretar que los seres humanos son estáticos. Los diferentes tipos de lenguaje se - el de la competencia, el de gerenciamiento estratégico, El de la patología, etc. - tienen todos sus consecuencias, tanto los que son descriptos como los que se describen.</p>	

Andersen, T y Rivera, S. (2001). *Clínica y ética aplicadas: en las fronteras de lo que podemos decir y pensar*. Sistemas Familiares. 17 (3), 65-74

Contexto de aparición del enfoque	Pag
10) En 1985 Harry Goolishian lanzó el concepto de "sistema creado por el problema ". Dijo que una situación problemática rápidamente atraer la atención de muchas personas. Las personas atraídas habitualmente construyen el significado a partir de "¿cómo puede entender esto? y "¿qué voy a hacer?". Un poco más adelante mencionaré a María, quien no quería ir más al colegio. Este es un ejemplo del problema en el que los otros crean significados. Se crea un sistema de significados. Si no son más personas comparten el significado, una conversación entre ellos fácilmente los hará repetir y confirmar sus significados y habrá lugar para el desarrollo de muy poca novedad. Si no son más personas tienen significados algo diferentes y pueden escucharse mutuamente, una conversación entre ellas creará con la facilidad significados nuevos y útiles. Si no son más personas tienen significados muy diferentes, puedan encontrar difícil escucharse y hasta pueden interrumpirse y corregirse. Cuando esto ocurre no es raro que las conversaciones se interrumpa; y sucede esto, se ha creado un problema realmente grave.	17 (3) 79- 81
Quisiera también citar una idea muy profunda de Harry Goolishian (Golishian, 1988; Goolishian y Anderson, 1987, 1990, 1992a-b, 1994; Goolishian y Winderman, 1988), quien en su última ponencia -en Buenos Aires, unos diez días antes de morir- dijo que no sabemos antes de haberlo dicho. Es decir, que tenemos que hablar para poder encontrar la forma en que pensamos.	17 (3) 70
En su trabajo pionero, Peggy Penn muchas veces estimulo a las quienes entrevista, a escribir una carta (Penn, 1994, 2001). Tal vez ella hubiera pedido alzara que escribiera una carta a sus abuelos y la llevara a la próxima entrevista para leerla en voz alta. Peggy Penn muy probablemente también hubiera pedido a Sara que ésta escribiera una contestación de los abuelos a las conversaciones interiores de Sara y esas voces podrían balancear la voz de dolor y la voz que temía al futuro.	17 (3) 85
"¡Escuchen lo que ellos realmente dicen, y no lo que realmente quiere decir!".	17 (3) 86

Andersen, T. (2002). *Blinding and Deafening Moments, and Threatwning Futures: In the wake of September 11,2001*. Family Process. 41(1), 11-14.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
First, I call attention to the concept "problem-created system" that Harold Goolishian launched whith his colleague Harlene Anderson in 1986 (Anderson, Goolishian, & Winderman; see also Anderson, 1997). A problem creates two kinds of questions: 1) what is the problem? 2) What shall I do? If many people take part in the handling of the problem, as is happening en the world right now, many meanings and answers to these two questions are generated. What happens when these meanings enter the discussions between people is crucial.	41 (1) 12

Andersen, T. (2004). *Una colaboración: Algo llamado supervisión*. En: Licea, G., Paquentin, I. y Selicoff, H. (Comps.). *Voces y más Voces. Reflexiones sobre la supervisión*. Vol. II. México: Inst de psic. Alinde.

Contexto de aparición del enfoque	Pag
Dentro de la tradición hermenéutica, un supuesto básico una creencia básica se refiere a la precomprensión siguiendo a Martín Heidegger o al prejuicio según Gadamer (Wachthausser, 1986; Warncke, 1987). Esto implica que no somos neutrales cuando llegamos a alguna conclusión sobre algo. Inevitablemente llevamos ideas previas ante lo que actualmente enfrentamos. Sí el reto es comprender a otro, nos influyen nuestras propias premisas básicas sobre la naturaleza del ser humano.	16
Ésta será una presentación abreviada de las siguientes fuentes:Wittgenstein (Grayling, 1988; Shotter, 1996; Wittgenstein, 1953, 1980), Vygotsky, (Morson, 1986; Shotter, 1996; Vygotsky,1988), Derrida (Sampson, 1989) Bakhtin (Bakhtin, 1993; Morson, 1986; Shotter, 1996). Las fuentes también vienen de mis propias experiencias de trabajo práctico en los llamados procesos reflexivos (Andersen, 1995a) y de muchos años de colaboración con fisioterapeutas noruegos (Lansen et al., 1997).	17
1. El lenguaje comprende todo tipo de expresiones incluyendo actividades corporales. Las palabras habladas son un tipo de lenguaje; la danza, otro; el canto, un tercero; el escribir es un cuarto lenguaje; el golpear, un quinto. Cuando estas expresiones corporales ocurren en la presencia de otros, el lenguaje se convierte en una actividad social.	
2. X cada expresión conlleva un significado. El significado está en la expresión, en la palabra, no debajo o detrás. La expresión ofreció significado cuando la persona que la recibe recuerda hasta revive algo que antes había experimentado. No hay que olvidar que las palabras se relacionan con otras palabras de nuestro repertorio.	
3. Las expresiones vienen primero, luego las ideas, a la colisión de si:" no sabemos lo que pensamos antes de decirlo. ¡Necesitamos a hablar para saber qué pensamos!" (Anderson,et al., 1995).	
4. El lenguaje es <i>informativo</i> y <i>formativo</i> . Cuando una persona expresa, dice algo sobre ella misma, tanto asimismo como los demás; las expresiones son informativas. Además, cuando se expresa, se forma así misma; no hace algo amablemente porque es amable sino que al hacer algo amablemente se vuelve amable.	
El lenguaje embruja (<i>bewitches</i>). Las expresiones son tan poderosas que influyen sobre nuestra comprensión y pueden cambiar nuestros supuestos. Si uno dice una y otra vez (también asimismo) que: "tiene mucha agresión dentro", puede llegar a creer que la agresión existe como una cosa o una escritura. Uno puede estar <i>embrujaado</i> para creer que la agresión es estática y es algo que <i>uno tiene, incluso hasta que es algo que uno lleva en su interior</i> . Otra forma de expresar lo mismo podría ser: "se enoja cuando estuvo expuesto a esto o aquello". Esta expresión nos <i>embrujaará</i> para creer que los seres humanos se enojan en ciertos momentos, en ciertos contextos. Nadie es violento pero todos podemos volvernos violentos. Es importante notar que, de acuerdo con estos supuestos sobre el lenguaje, uno <i>no puede evitar</i> estar embrujaado por su propio lenguaje y nos podemos preguntar, si puede haber otro lenguaje que nos embruje y cómo podemos encontrarlo.	

PARTE II

CONCENTRADOS DE INFORMACIÓN DE LAS

PREMISAS DE LOS AUTORES

ORIENTADAS HACIA EL CAMBIO

O'Hanlon, W. H. (1989) *Raíces profundas*. Barcelona: Paidós (trabajo original publicado en 1987)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Erickson subrayó la necesidad de que el terapeuta fuera flexible, y en su obra hay prueba de la importancia de la flexibilidad para formular hipótesis y actuar terapéuticamente. Este clínico no veía ninguna ventaja en “casarse” con las propias hipótesis...En sus primeros estudios hipnóticos, Erickson descubrió la importancia de la flexibilidad en la conducta del terapeuta. Encontró que si éste cambia su conducta y comunicación, ello tiene un efecto acentuado en las experiencias de sus sujetos.	25
También a menudo, Erickson señalaba la importancia de la observación. La capacidad para observar constituía una parte principal de la orientación ericksoniana.	26-27
La responsabilidad del cliente es hacer <i>algo</i> , en términos de experiencia, de conducta, o de unos y otros...Lo que hay que hacer es lograr que el paciente haga algo...El paciente es quien realiza la terapia. El terapeuta sólo proporciona el clima, la atmósfera. Eso es todo. El paciente tiene que hacer todo el trabajo.	31
Los hechos son solo observaciones y descripciones de base sensorial, lo que realmente sucede o ha sucedido que puede ser percibido por nuestros sentidos.	106
Las personas crean encuadres (o significados agregados) a partir de los datos brutos de la experiencia sensorial, por medio de los procesos duales de la “separación” y la “vinculación”. Estas dos operaciones, consideradas juntas pueden generar todos los elementos de los significados que se agregan a los hechos para constituir el marco o encuadre...A continuación presentamos una enumeración y examen de los diversos elementos de los significados agregados.	106-108
Cuando los pacientes les presentan sus quejas a los terapeutas, hablan tanto de los hechos como de los significados agregados. Si el terapeuta cuestiona directa o indirectamente los significados que los pacientes asocian con las situaciones pero no proporciona un nuevo encuadre, se trata de un <i>desencuadre</i> . Se deja que los pacientes creen o descubran significados alternativos, o que acepten la situación sin ningún significado en particular. Si el terapeuta le proporciona a la situación un encuadre o significado nuevo o alternativo, hay un <i>reencuadre</i> .	108-109
Los significados son interpretaciones, conclusiones y atribuciones derivadas de los hechos de que se trata o relacionadas con ellos.	106
Las personas ya poseen las aptitudes o el “saber cómo hacer” necesarios para resolver los problemas que le perturban. Han desarrollado y dominan esas aptitudes en ciertos contextos, pero habitualmente no las aplican en los contextos en los que aparece el problema. La tarea del terapeuta consiste entonces, en “transferir” ese “saber como hacer” desde el contexto en el que el paciente lo posee hacia el contextúen que le falta”. Esto se logra utilizando la metáfora en sus diversas formas.	82

O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1997). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós. (Original de 1989)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Se trata de un método que se centra en los recursos de las personas más que en sus déficits, en sus fuerzas, más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones	9
Centrarse en las soluciones y los aspectos positivos es una forma de pensar que no empieza atacando el problema, sino buscando soluciones y pensando luego como llegar a ellas. Es un planteamiento que suscita imágenes de lo que podría o debería ser, y así ayuda a la gente a ver potenciales que de otra forma no serían entendidos, y evoca acciones que de otro modo podrían no ocurrir. Estas imágenes generan energía y evitan compromisos precipitados con resultados inferiores.	14
“En la mente del principiante hay muchas posibilidades, en la mente del experto hay pocas” Adoptar esta actitud en nuestro trabajo nos lleva a aprender constantemente cosas nuevas. Nuestros clientes nos enseñan constantemente como trabajar con ellos y cómo ayudarles a resolver sus dilemas	16.
La terapia implica intentos deliberados de producir un cambio de punto de vista y/o de acción, que lleve a la solución...tener una buena explicación sobre la naturaleza y el origen del problema no produce necesariamente el resultado terapéutico deseado.	21
Puesto que lo que esperas influye sobre lo que consigues, los terapeutas centrados en las soluciones mantienen aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los clientes y hacen más eficaz y agradable nuestro trabajo. Mantenemos premisas que se centran en los recursos y las posibilidades; por fortuna, estas asunciones también ayudan a crear profecías auto cumplidoras. Es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas. A menudo los clientes, abrumados por las dificultades de la vida, pierden de vista sus recursos de resolución de problemas. Tal vez sólo necesiten que se les recuerden las herramientas que disponen para que desarrollen soluciones satisfactorias y duraderas.	45
Si se admite que el cambio es constante, el comportamiento será como si el cambio fuera inevitable. De hecho pensamos que las situaciones de las personas están siempre cambiando. Cuando informan que nada ha cambiado, es su <i>forma de ver la situación</i> lo que ha quedado igual.	46
Si se les ofrece a los clientes una oportunidad para que describan los sucesos positivos de la semana, los sentimientos positivos que surgen de esta discusión, crearán un contexto diferente en el cuál volver a hablar sobre el desacuerdo, si es que ello sigue siendo necesario para entonces. Es obvio que el terapeuta puede influir sobre las percepciones de los clientes respecto a la inevitabilidad del cambio y lo que “debería” suceder durante la sesión.	.48
El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio. Como terapeutas, ayudamos a crear una realidad determinada por medio de las preguntas que hacemos y los temas en que elegimos centrarnos, así como mediante los que elegimos ignorar.	48
Hay mucho que aprender sobre las excepciones, es decir, de los momentos en los que los problemas que llevan a los clientes a la terapia no resultan molestos. Sea lo que fuere en esos momentos, puede identificarse y el cliente puede aprender a repetir una y otra vez lo que funciona, hasta no “dejar espacio” al problema.	50
Los terapeutas centrados en las soluciones no creemos que haya una única forma “correcta” o “válida” de vivir la propia vida. Hemos llegado a la conclusión de que lo que en una familia o para una persona es una conducta inaceptable, resulta deseable para otra. Por tanto, son los clientes, no los terapeutas, los que identifican los objetivos a conseguir en el tratamiento	54.

O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1997). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós. (Original de 1989)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios. (Tal vez podría denominarse a esto una "espiral benevolente"). Erickson empleó la metáfora de la bola de nieve rodando por una montaña para describir la importancia de los cambios pequeños. La metáfora dice que una vez que la bola rueda, el terapeuta solamente necesita apartarse del camino. Otra característica del cambio es que es contagioso; un cambio en una parte del sistema produce cambio en otra parte del sistema.	52-53
No hay una única forma correcta de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igualmente válidos y ajustarse igual de bien a los "hechos". Cuando se describen los diferentes puntos de vista, en vez de pensar que son "correctos" o "erróneos", admitimos que la percepción de cada persona representa una parte integral, igualmente válida, de la situación. Aunque no pensamos que haya puntos de vista correctos o incorrectos, creemos que existen puntos de vista más o menos útiles.	57
Nos centramos en aquellos aspectos de la situación de la persona que parecen más susceptibles de cambio, sabiendo que iniciar cambios positivos y ayudar a la persona a conseguir pequeños objetivos puede tener efectos inesperados y más amplios en otras áreas (quizá incluso en su "personalidad").	61
Sobre lo que elegimos centrarnos, lo que elegimos ignorar, la forma en la que formulamos nuestras preguntas, si decidimos interrumpir o permanecer en silencio, todo ello ayuda a configurar el retrato de la situación del cliente.	63
La realidad no es algo fijo, estático. Está influida por nuestra cultura y por las interacciones que tenemos con los demás. Está influida por el lenguaje que hablamos, las palabras que usamos y las visiones del mundo que compartimos y que están reflejadas en esas palabras	66
Nuestra siguiente prioridad es hacer que el problema parezca más manejable y menos impermeable a una resolución de problemas creativa. Nuestro objetivo es reducir el tamaño del problema a los ojos del cliente, haciéndolo parecer más manejable. La forma habitual en que hacemos esto, es siendo específicos y por supuesto, preguntando sobre las ocasiones en que el cliente no experimenta el problema.	69
Un objetivo igualmente importante es crear un contexto en el que nuestros clientes se sientan mejor preparados para resolver sus dificultades que cuando entraron en nuestra oficina.	70
El lenguaje ofrece la posibilidad de deificar, solidificar, ciertos puntos de vista acerca de la realidad. También se puede usar como instrumento para cuestionar certezas inútiles.	71
En la terapia orientada a las soluciones, son tres cosas las que se intentan hacer: 1. Cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática. 2. Cambiar la forma de ver la situación problemática. 3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problema.	138
O'Hanlon, describe "callejones sin salida" a los que el terapeuta puede llegar, y que muy probablemente finalizarán en un fracaso en la terapia: Seguir los objetivos del terapeuta; Empezar con un objetivo vago; Perder de vista el objetivo	178-182
...Algunos "puntos muertos" en los que la terapia se puede "atascar": 1. Repetir los enfoques ineficaces de los terapeutas anteriores. 2. Repetir lo que el cliente ha hecho infructuosamente para resolver el problema 3. repetir los consejos bienintencionados de familiares y amigos.	183-186
...Algunas conductas de los terapeutas que aumentan la probabilidad de deificar la patología. Les llamo "pozos ciegos": No advertir ni ampliar conductas, afirmaciones y actitudes orientadas hacia las soluciones; No interrumpir afirmaciones o preguntas inútiles; Buscar resistencia	188-191
Sumergirse en los procedimientos terapéuticos o en las construcciones hipotéticas, puede hacer que el terapeuta pierda de vista las respuestas de los clientes. Estar "sobrepregado" crea a veces una rigidez en los terapeutas que dificulta la consecución de los objetivos en vez de facilitarlos. Lo más importante es observar y escuchar.	187

O'Hanlon, W.H.(1996) *La historia llega a ser su historia: una terapia en colaboración y orientada hacia la solución de los efectos secundarios del abuso sexual*. En Mc. Namee S. y Gergen, K. (1996) *La terapia como construcción social* Barcelona: Paidós (trabajo original publicado en 1992).

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Los terapeutas no pueden dejar de influir sobre los recuerdos y las opiniones que el cliente tiene mientras está en terapia. Es importante influir sobre los clientes en la dirección del reforzamiento y avanzar lo más rápidamente posible.	165
Dado que toda terapia exitosa intenta siempre, en última instancia, encontrar soluciones haciendo que las personas hagan algo diferente o vean las cosas de otro modo, es útil, empezar por perseguir esos objetivos más deliberadamente y desde el comienzo de la terapia. Desde este punto de vista se supone que los clientes tienen recursos y competencia suficiente para introducir los cambios que se desean. La tarea del terapeuta, consiste entonces en crear un contexto dentro del cual los clientes tengan acceso a sus recursos y competencias.	167
Si bien se pone el acento sobre los aspectos del trabajo terapéutico orientados hacia la solución, es importante señalar que no se pretende minimizar o desconocer el sufrimiento de las personas ni invalidar sus opiniones sobre sus dificultades. Así, en terapia, es importante que el terapeuta reconozca el dolor y el sufrimiento de las personas, así como también sus puntos de vista acerca de sus problemas; no obstante, es preciso alcanzar un delicado equilibrio para lograr hacerlo dejando al mismo tiempo abiertas las posibilidades de cambio.	167

O'Hanlon, W.H.(1996) *La historia llega a ser su historia: una terapia en colaboración y orientada hacia la solución de los efectos secundarios del abuso sexual*. En Mc. Namee S. y Gergen, K. (1996) *La terapia como construcción social* Barcelona: Paidós (trabajo original publicado en 1992).

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Desde este punto de vista, el terapeuta guía su trabajo teniendo en cuenta que el cliente y él tienen determinadas zonas de pericia (modelo cooperativo), que el cliente es influido pero no determinado por la historia (por ejemplo del abuso sexual) y que tienen méritos y capacidades (modelo de recurso), que los objetivos tienen que ser individuales y que no necesariamente involucran catarsis o rememorización, que es importante reconocer, valorar y abrir posibilidades, que es más útil una orientación hacia el presente y el futuro y hacia la solución, que la duración del tratamiento es variable, y que son útiles las conversaciones para el esclarecimiento y la acción más que las invitaciones hacia la acusación y la invalidación.	169
El terapeuta tiene una agenda. Parte de esa agenda, deriva de sus teorías, de sus valores y de sus preocupaciones legales, éticas, financieras o de operatividad. De las agendas del terapeuta y del cliente surgen ciertos objetivos mutuamente aceptados, y en los cuáles se tiene que abordar el trabajo terapéutico.	168

Cade, B. y O'Hanlon, W.H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós (Original de 1993)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
La terapia apunta hacia todos o algunos de los objetivos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Modificar los marcos de creencias o constructor del cliente (individuo o familia) que se pueden considerar relacionados con el modo en que se perciben, encaran y mantienen las dificultades. • Modificar las sentencias repetitivas que rodean el problema derivadas de aquellos marcos • Modificar las posiciones y enfoques del terapeuta que se vuelvan partes de un patrón que se autorrefuerza entre el terapeuta y el cliente. • Modificar la relación del cliente (y quizá del terapeuta) con los sistemas globales de la familia, el vecindario o la profesión. 	28
Nos interesan mucho más los recursos de nuestros clientes y procuramos evitar enfoques que abierta o encubiertamente los debiliten.	14
La siguiente es una lista de los principios que sustentan el enfoque idiosincrásico de Erickson y que se utilizan en la terapia breve: <ul style="list-style-type: none"> • Las personas actúan sobre la base de sus mapas internos y no de su experiencia sensorial. • Las personas realizan la mejor elección para ellas en cualquier momento dado • La explicación, la teoría o la metáfora utilizadas para relacionar hechos concernientes a una persona no son la persona. • Respeta todos los mensajes del cliente. • Enseña a elegir, nunca excluyas la elección. • Los recursos que el cliente necesita, está en su propia historia personal. • Encuéntrate con el cliente en su propio modelo del mundo. • La persona con la mayor flexibilidad o posibilidad de elección será el elemento que controle el sistema. • Una persona no puede no comunicar • Si el trabajo es duro, divídelo en partes • Los resultados se determinan en el nivel psicológico. 	28
A partir de la propuesta del psicólogo George Kelly, se adopta un marco para la comprensión de la conducta humana, basado principalmente en el establecimiento de distinciones. El postulado esencial de la teoría de Nelly es que a las situaciones se les da sentido por medio de la aplicación de una variedad de "constructos" que constituyen el modo singular en que cada uno de nosotros traza distinciones y categoriza sus experiencias. Estas distinciones pueden ser incluso sobre las mismas distinciones. Además los constructos van desde los que son permeables y susceptibles de revisarse y ampliarse a la luz de nuevas experiencias y no susceptibles de revisión o reemplazo, sean cuales fueren las nuevas experiencias accesibles. Así el sentido que le damos a las cosas, lo que escogemos como fondo y como figura, y nuestras predicciones acerca del futuro, no sólo inciden sobre nuestras propias conductas, sino que pueden también afectar profundamente las conductas de otros.	45, 51
Las conductas y las emociones asociadas a ellas que llevan a solicitar terapia, no son un reflejo de las cosas o los hechos, sino de los significados que se les atribuyen. Las personas al trazar distinciones tratan de dar sentido a su mundo y desarrollan marcos o jerarquías de constructos que en gran medida determinan de qué modo darán sentido a sus experiencias y responderán a ellas. Estos "marcos" son a nuestro juicio, el foco principal de la terapia, puesto que los cambios sólo pueden producirse donde hay acceso a significados alternativos, que permiten dar respuestas diferentes a las experiencias posteriores. Este proceso por el cual el terapeuta proporciona o alienta el desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo para una situación, de modo directo o indirecto, se denomina reenmarcado.	128
El reenmarcado es la operación más necesaria y básica en el proceso del cambio. Todo lo demás es subordinado, ayuda u obstaculiza ese proceso, o puede verse como accesorios que reflejan creencias y prejuicios del terapeuta acerca de la terapia y la naturaleza del cambio (no necesariamente inútiles en su propia terapia, pero a veces sin valor para la claridad teórica).	130
Es importante que este nuevo marco sea congruente con las experiencias del individuo, la pareja o la familia, aunque introduzca una perspectiva distinta sobre las mismas. Si la congruencia es insuficiente, lo normal es que ese marco sea rechazado o negado. Conviene suponer que un reenmarcado no ha sido adoptado hasta que el paciente ha actuado basándose en él y lo ha validado fuera de la terapia.	133

Cade, B. y O'Hanlon, W.H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós (Original de 1993)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
El reenmarcado, casi de modo inevitable, asigna una connotación positiva a conductas normalmente vistas como más negativas en el seno del sistema de creencias del cliente (individuo o familia). Se ha encontrado que a veces el reenmarcado es más poderoso si no proviene del terapeuta, sino de la propia experiencia de los clientes	133, 136
El desenmarcado, supone un primer paso que cuestiona las entidades hipotéticas que poco ayudan o incluso impiden el cambio	136
De acuerdo con la finalidad de la terapia, sólo es necesario alterar las respuestas automáticas que contienen o acompañan a las experiencias o conductas indeseadas (síntomas). Intervenir en una pauta es reemplazar alguno de esos elementos por otro que cae fuera de los límites acostumbrados, o remover o sumar elementos	140.
Otros investigadores han subrayado los efectos de nuestras expectativas, no sólo sobre el modo en que se ven las cosas, sino también sobre las acciones, como consecuencia de las distinciones establecidas.	46
También propugnaremos una posición anarquista en el sentido en el que, por un lado, aunque hubiera una realidad absoluta, es mejor no creer en ella, y por otra parte, cualquier visión de la realidad, por absurda que parezca, puede merecer que se crea en ella en uno u otro momento	49.
El pensamiento más convencional... reconoce ciertas nociones derivadas y esencialmente abstractas, que han sido inventadas por el hombre para tratar de dar sentido a las situaciones con las que tropieza. El hombre tiende a aceptar estas ideas como si fueran cosas que, por así decirlo, pudieran recogerse y ubicarse en algún otro lugar. Whitehead dice que en realidad ellas derivan siempre de casos reales de experiencia humana. Las experiencias son lo real, las nociones son secundarias y derivadas. Es peligroso olvidarlo y tomar esas cosas secundarias como más concretas y reales de lo que son en realidad. La "realidad" de una familia no será más que uno de los modos (entre muchos posibles) de dar sentido a las cosas y hechos que los miembros de esta familia experimentan (reales para ellos) y de responder conductual y afectivamente. La habilidad del terapeuta consiste en encontrar una manera de ver la realidad familiar lo bastante próxima a las ideas de los miembros de esta familia como para poder comprometerlos, así sea brevemente, en una "realidad compartida", pero con una perspectiva lo bastante distinta como para ayudar a generar cambios en los significados, y por lo tanto también en la experiencia y la respuesta.	57
...Por lo general, los clientes sólo escuchan cuando se sienten que han sido escuchados, cuando sus experiencias han sido validadas –incluso sus experiencias afectivas–.	63
...Durante algunos años hemos señalado constantemente la importancia no sólo de escuchar lo que el cliente está diciendo, incluso sus sentimientos expresados, sino también de encontrar modos de demostrarle que lo hemos hecho. No basta necesariamente con escuchar. Cuando no hay <i>feedback</i> , el cliente no sabe si se le ha escuchado o no.	62, 88
Nosotros entendemos que si bien el reconocimiento de la existencia de diversas emociones fuertes puede ser altamente terapéutico, en cuanto ayuda a las personas a sentirse validadas y comprendidas, tal vez no sea útil ni terapéutico alentar la expresión sistemática de las emociones sobre todo las etiquetadas de un modo tal que perpetúa la desesperanza o desamparo.	66
Los terapeutas breves se concentran primordialmente en lo observable, en lo que puede describirse de un modo claro y concreto, en términos de cosas y hechos. Se habla de "enunciados descriptivos basados en la observación que no contienen ni presuponen ninguna información que en principio no pudiera derivarse sin interpretación de un video con sonido". No se trata de que neguemos la complejidad de la experiencia humana. Pero creemos que cuanto más se aleja uno de las tuercas y los tornillos observables o descriptibles de la interacción, mayores son los riesgos que corre de quedar atrapado en sus propias metáforas, y de imponérselas a los clientes.	71
Desde esta perspectiva consideramos innecesarias las ideas tradicionales acerca de la resistencia. Aunque al afrontar el enfoque de un cambio significativo todos tendemos a aferrarnos a lo "malo conocido", a nuestro juicio, las personas con problemas quieren cambiar, aunque por diversas razones individuales o interpersonales, no saben o no pueden iniciar el proceso sin alguna ayuda.	72
Para que las metas sean alcanzables, es preferible alentar al cliente a formularlas en términos controlables objetivamente. Las metas bien formuladas consisten en acciones del cliente, o en condiciones que esas acciones pueden generar. Suelen incluirse elementos temporales; cuán a menudo (frecuencia); cuando (fecha/hora/plazo); dónde y por cuánto tiempo (duración). Para que sea viable, nosotros pensamos que la meta debe ser compartida. Cliente y terapeuta tienen que estar de acuerdo en que es importante y susceptible de alcanzarse. Si hay más de un cliente o el comprador no es el cliente, es preferible que todas las partes estén de acuerdo en que la meta es pertinente y alcanzable.	80
Al preguntar por las metas, aprovechamos la oportunidad para crear una expectativa de cambio y resultado. Nuestras palabras la reflejan. Al hablar de las metas del cliente en terapia (o después de ella), no nos referimos al futuro empleando el modo potencial o subjuntivo; decimos "cuando" y "todavía".	81
Es más probable que las personas cooperen e intenten algo nuevo cuando son validadas y sienten que sus creencias y sentimientos son comprendidos y respetados. En cambio, quienes se sienten incomprendidos, particularmente si experimentan niveles altos de aflicción y angustia, tienden a ser mucho menos capaces de concentrarse en los mensajes persuasivos, por pertinentes que parezcan al emisor y con independencia del modo de transmisión	88

O'Hanlon, W.H. (1993) "*Posibility therapy: From iatrogenic injury to iatrogenic healing*" en S. Guilligan y R. Price (eds.) (1993) *Therapeutic conversations* (págs. 3-17). New Cork: W.W. Norton. (Original, 1993)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
La palabra <i>iatrogénico</i> se refiere a los problemas causados por el tratamiento. La palabra se refiere a las complicaciones que resultan de las intervenciones de un agente terapéutico. Este término fue inicialmente aplicado a la medicina, pero ha venido utilizándose en la terapia psicológica. Milton Erickson decía que "la salud iatrogénica es un aspecto mucho más importante que la discapacidad iatrogénica.	4

O'Hanlon, W.H. (1993) *“Posibility therapy: From iatrogenic injury to iatrogenic healing”* en S. Guilligan y R. Price (eds.) (1993) *Therapeutic conversations* (págs. 3-17). New Cork: W.W. Norton. (Original, 1993)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
La salud iatrogénica, se refiere a esos métodos, técnicas, procedimientos de asesoría, explicaciones o intervenciones que animen, sean respetuosas y abran posibilidades de cambio.	4
La realidad social es mutable pero siempre dentro de unos límites que pueden ser de orden físico o ambiental o pueden estar determinados por las tradiciones o los hábitos. No podemos entrar a nuestras anchas en una situación social y redefinirla o replantearla como nos plazca. En primer lugar debemos tener en cuenta el entorno físico, incluyendo nuestras particularidades neurológicas y fisiológicas. Algunos planteamientos no pueden encajar con ciertas realidades. También debemos tener en cuenta las tradiciones. Las hay que están muy arraigadas y no es fácil que se desvanezcan ante unas cuantas frases o preguntas ingeniosas.	6
En la vida de una persona distingue tres ámbitos. El primero es el ámbito de la experiencia. Aquí se incluye todo lo que parece ocurrir dentro del “saco de huesos” de la persona (que es como Gregory Bateson solía llamar al cuerpo humano), es decir, sus sentimientos, sensaciones, pensamientos y fantasías, así como sus características neurológicas y fisiológicas. Mi postura acerca de la experiencia es que en ella no hay nada que la terapia deba cambiar. El terapeuta debe reconocer y validar las experiencias del cliente sin dar la impresión de que las debe abandonar.	14
El proceso de valorar la experiencia del cliente consta de los siguientes pasos: <i>Reconocer:</i> hacer que el cliente sepa que hemos tomado nota de sus experiencias y puntos de vista. <i>Validar/ apreciar.</i> Hacer que el cliente sepa que sus experiencias y sus puntos de vista son validados y apreciados. <i>Dar permiso.</i> Hacer que el cliente sepa que puede sentir, experimentar, pensar o actuar. <i>Incluir.</i> Incorporar a la conversación cualesquiera inquietudes, experiencias, objeciones o barreras que el cliente muestre o exprese, sin que ello suponga un obstáculo en el camino hacia la solución.	14- 17
El segundo ámbito es el de la acción, entendida como aquello que hace la persona y que, de una manera real o potencial, se encuentra bajo su influencia deliberada. Mientras en el ámbito de la experiencia se le da al cliente el mensaje de que todo va bien, en el ámbito de la acción generalmente el terapeuta se manifiesta en contra de cualquier acto que pueda perjudicar al propio cliente y/o que contribuya a lograr los objetivos de la terapia.	15
El tercer dominio es el de los relatos. Este ámbito está formado por las ideas, las creencias, los marcos de referencia y los hábitos lingüísticos que el cliente y sus allegados muestran en relación con el problema planteado. Si las explicaciones no suponen culpar o invalidar al propio cliente o a sus allegados ni supone reducir sus posibilidades, se validan; en cambio, si contienen algún indicio de culpa, incapacidad o reducción de posibilidades, se genera un poco de duda hacia ellas.	14- 15
El terapeuta interviene en la experiencia, en las acciones y los relatos del cliente. Su tarea es la de validar las experiencias del cliente, cambiar el “hacer” el problema y cambiar el “ver” el problema.	17

O'Hanlon, W. H. (2001). *Desarrollar Posibilidades: Las alteraciones iatrogénicas como medio de curación.* En O'Hanlon.S. y Bertolino, B. (Comps.) (Trabajo original publicado en 1999).

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Del trabajo de Erickson se pueden extraer varios supuestos subyacentes, por ejemplo: 1. <i>Sensibilidad.</i> Erickson creía que debía llegar a conocer con detalle las pautas de conducta y las respuestas de las personas y utilizarlas después con el fin de provocar el cambio en lugar de tratarlas como obstáculos. 2. <i>Actividad del paciente.</i> Lo importante es que el paciente haga algo en la psicoterapia, pues cuando los clientes realizan alguna acción, lo más frecuente es que se rompan las secuencias repetitivas y que en consecuencia desaparezca el síntoma. 3. <i>Centrarse en el presente.</i> Se destaca la importancia del presente y del futuro inmediato, al mismo tiempo en que se le presta menor importancia al pasado y a la búsqueda de las causas y razones de las dificultades del momento. 4. <i>Buena salud natural.</i> Se considera que las personas actúan y piensan porque es la forma natural en que pudieran hacerlo. 5. <i>Flexibilidad.</i> Sobre todo en la formulación de hipótesis y en la conducta del terapeuta.	40- 43
Los supuestos de las terapias orientadas a las soluciones: Para resolver un problema no hace falta conocer su causa ni su función Es posible provocar cambios o resolver problemas con rapidez Lo importante es lo que se puede modificar: debemos centrarnos más en la solución y en las capacidades que en la patología. Es necesario conseguir que el cliente haga algo Es necesario encontrar una tendencia hacia el cambio positivo y estimularla	104- 105
Los dos principios básicos que guían la terapia breve orientada a soluciones y las conversaciones, son el reconocimiento y la posibilidad. Los terapeutas deben procurar que el cliente tenga la sensación de que ha sido escuchado, validado y respetado. Al mismo tiempo, también debe tener la precaución de no cristalizar la impresión actual que el cliente pueda tener de la situación (sus experiencias y su punto de vista) y procurar introducir y mantener abiertas posibilidades de cambio y solución.	109- 110
La terapia se enfoca como un proceso de cooperación al que tanto el cliente como el terapeuta aportan sus experiencias y conocimientos. El cliente es quien mejor conoce sus propias percepciones y sentimientos y quien posee los datos descriptivos esenciales para que el terapeuta pueda construir una definición viable del problema y establecer un marco y un plan para la solución. El terapeuta es experto en la creación de un diálogo en cooperación orientado a las soluciones y en observar las respuestas del cliente e incorporarlas a lo que se discute.	110

O'Hanlon, W. H. (2001). Desarrollar Posibilidades: Las alteraciones iatrogénicas como medio de curación. En O'Hanlon.S. y Bertolino, B. (Comps.) (Trabajo original publicado en 1999).

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Una idea que frecuentemente esta presente en los terapeutas es que los problemas existen independientemente de las conversaciones que se dan en terapia. Sin embargo se piensa que los terapeutas seleccionan los problemas que perciben de entre muchas opciones posibles y que después de una manera conciente o inconciente, convencen a sus clientes de la validez de su evaluación. Este fenómeno, al que se le denomina <i>contratransferencia de teorías</i> , previene que en lugar de escuchar nuestras propias teorías, podemos escucharles a ellos; validar sus experiencias y dejar que nos enseñen qué funciona para ellos y qué no.	81
El terapeuta orientado hacia las soluciones, puede empezar desde el objetivo final y trabajar hacia atrás hasta conectar con el estado actual de la vida. La técnica de Erickson orientación temporal, es un ejemplo de este método.	97
La tarea del terapeuta consiste en crear contextos que facilitarán la aparición de las capacidades de los clientes y en saber buscar con más atención en busca de cualquier indicio de solución que pudiera servir. Por ejemplo, acceder a las capacidades y transferirlas a otros contextos.	86-99
Para garantizar la viabilidad de la resolución de los problemas y poder medir los resultados, tanto el problema como el objetivo se deben formular en términos "ideográficos", es decir, en función de acciones observables. El terapeuta y cualquier observador presente deben ser capaces de imaginar con todo detalle el problema y el objetivo, como si los pudieran ver y oír en un video.	144
Un aspecto fundamental es determinar quien es el cliente. A veces, la persona que entra a la consulta del terapeuta no es quien tiene el problema ni es el cliente de la terapia. En estos casos, es importante determinar quién es el cliente y cuáles son sus objetivos. También es conveniente averiguar cuáles son sus objetivos. También es conveniente averiguar cuáles son los problemas y los objetivos de la persona que se presenta en la consulta y determinar si la terapia es el medio adecuado para responder a ellos.	144
Los principios que se aplican con más frecuencia en el proceso de cooperación con los clientes, son los siguientes: centrarse en las soluciones y las capacidades en lugar de en los problemas y la patología, aceptar y reconocer las experiencias y los puntos de vista del cliente sin cerrar posibilidades de cambio, centrar la terapia en los objetivos del cliente y negociar con el cliente una definición del problema que facilite su resolución. La interacción de estos principios con los valores, las experiencias, las respuestas y las ideas del cliente, convierte la conversación terapéutica en un proceso de cooperación orientada a construir una realidad y unas soluciones compartidas.	150
Un componente básico de este método es que la evaluación forma parte de la intervención: el cliente y el terapeuta definen conjuntamente el problema sobre el que se va a centrar la terapia.	150
Lo que se propone, es que el terapeuta oriente deliberadamente sus conversaciones con el cliente hacia la búsqueda de soluciones porque la terapia se puede centrar en muchos aspectos de la conducta y de la experiencia. Aquello en lo que centremos nuestra atención y nuestras preguntas influirá inevitablemente en el curso del tratamiento y en los datos que puedan surgir durante el mismo.	151
Podemos considerar que una terapia ha tenido éxito cuando quienquiera que se quejara de algo deja de hacerlo. Esto puede ocurrir por dos razones: o bien la persona deja de percibir como un problema aquello de lo que se quejaba o bien, lo que ha motivado la queja deja de suceder con la frecuencia o la intensidad suficiente para que la persona lo considere un problema.	153
Cura iatrogénica. Se refiere a los métodos, las técnicas, los procedimientos de evaluación, las explicaciones o las intervenciones que animan al cliente, lo tratan con respeto y le abren posibilidades para el cambio.	194, 198
Los instrumentos de observación y los procedimientos de evaluación de cada terapeuta, no pueden dejar de influir en los datos a observar.	199
La realidad social es mutable pero siempre dentro de unos límites que pueden ser de orden físico o ambiental o pueden estar determinados por las tradiciones o los hábitos. No podemos entrar a nuestras anchas en una situación social y redefinirla o replantearla como nos plazca. En primer lugar debemos tener en cuenta el entorno físico, incluyendo nuestras particularidades neurológicas y fisiológicas. Algunos planteamientos no pueden encajar con ciertas realidades. También debemos tener en cuenta las tradiciones. Las hay que están muy arraigadas y no es fácil que se desvanezcan ante unas cuantas preguntas ingeniosas.	197
Las conversaciones de la terapia de posibilidades tienen las siguientes características: Conversaciones centradas en la cooperación. El cliente es tan experto como el terapeuta Conversaciones en la búsqueda de cambios y diferencias. Se resaltan excepciones a los problemas y los cambios Conversaciones en la búsqueda de aptitudes. El cliente tiene las aptitudes y capacidades para cambiar. Conversaciones de posibilidades. Se centra más en las posibilidades del futuro que en los problemas del pasado. Conversaciones en la búsqueda de objetivos. Se intenta determinar constantemente cuando la terapia tendrá éxito. Conversaciones sobre la responsabilidad personal. La idea de que las personas son responsables de sus actos.	207-210
En la vida de una persona distingue tres ámbitos. El primero es el ámbito de la experiencia. Aquí se incluye todo lo que parece ocurrir dentro del "saco de huesos" de la persona (que es como Gregory Bateson solía llamar al cuerpo humano), es decir, sus sentimientos, sensaciones, pensamientos y fantasías, así como sus características neurológicas y fisiológicas. Mi postura acerca de la experiencia es que en ella no hay nada que la terapia deba cambiar. El terapeuta debe reconocer las experiencias del cliente sin dar la impresión de que las debe abandonar.	210
El proceso de valorar la experiencia del cliente consta de los siguientes pasos: 1) <i>Reconocer</i> : hacer que el cliente sepa que hemos tomado nota de sus experiencias y puntos de vista. 2) <i>Validar/ apreciar</i> . Hacer que el cliente sepa que sus experiencias y sus puntos de vista son validados y apreciados. 3) <i>Dar permiso</i> . Hacer que el cliente sepa que puede sentir, experimentar, pensar o actuar. 4) <i>Incluir</i> . Incorporar a la conversación cualesquiera inquietudes, experiencias, objeciones o barreras que el cliente muestre o exprese, sin que ello suponga un obstáculo en el camino hacia la solución.	210-211

O'Hanlon, W. H. (2001). Desarrollar Posibilidades: Las alteraciones iatrogénicas como medio de curación. En O'Hanlon.S. y Bertolino, B. (Comps.) (Trabajo original publicado en 1999).

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
El segundo ámbito es el de la acción, entendida como aquello que hace la persona y que, de una manera real o potencial, se encuentra bajo su influencia deliberada. Mientras en el ámbito de la experiencia se le da al cliente el mensaje de que todo va bien, en el ámbito de la acción generalmente el terapeuta se manifiesta en contra de cualquier acto que pueda perjudicar al propio cliente y/o que contribuya a lograr los objetivos de la terapia.	211
El tercer dominio es el de los relatos. Este ámbito está formado por las ideas, las creencias, los marcos de referencia y los hábitos lingüísticos que el cliente y sus allegados muestran en relación con el problema planteado. Si las explicaciones no suponen culpar o invalidar al propio cliente o a sus allegados ni supone reducir sus posibilidades, se validan; en cambio, si contienen algún indicio de culpa, incapacitación o reducción de posibilidades, se genera un poco de duda hacia ellas.	212
El terapeuta interviene en la experiencia, en las acciones y los relatos del cliente. Su tarea es la de validar las experiencias del cliente, cambiar el "hacer" el problema y cambiar el "ver" el problema.	213
Las familias intervienen de una manera activa en la planificación del tratamiento y a lo largo de toda la terapia se les pide su opinión sobre los objetivos, las direcciones y los métodos seguidos. También se procura que el proceso de la terapia sea claro y accesible haciendo que el diagnóstico, las conclusiones y las notas sean fáciles de entender y sólo contengan los términos teóricos o técnicos que sean imprescindibles. Además se evitan hacer preguntas y especulaciones autoritarias, dando a la familia un amplio margen para que discrepe del terapeuta o lo corrijan.	249
Los clientes a los que se obliga a asistir a la terapia, se les ve, aunque parezca que no están motivados, y luego se negocia con ellos unos objetivos o unos métodos que consideren adecuados.	251
En la terapia inclusiva lo esencial es invitar al cliente a valorar todo aquello que sienta, piense, perciba, intuya o experimente.	239
Este nivel, al que se puede llamar "yo inclusivo", es capaz de mantener ideas, percepciones y sentimientos aparentemente contradictorios de una manera que lo integra, permite que existan y les otorga validez. Hay varios métodos para invitar al cliente a procesar su experiencia en el nivel del yo inclusivo: 1. Sugerir la posibilidad de que las aparentes contradicciones u oposiciones pueden coexistir sin entrar en conflicto. 2. Dar al cliente permiso para experimentar o ser algo y para no experimentarlo o serlo.	240
Además de centrarse en las posibilidades de futuro, la terapia de posibilidades también se dedica a buscar más posibilidades del pasado y en el presente. Como dijo alguien una vez: "nunca es tarde para tener una infancia feliz". Aunque esta frase pueda parecer exagerada, destaca la idea de que podemos modificar nuestra selección e interpretación de los sucesos del pasado para dar otro sentido a nuestra historia: para crear lo que en la jerga de hoy se denomina "una nueva narración".	209
En la terapia de posibilidades, una de las tareas del terapeuta es desenterrar, capaz o crear en la víctima del trauma la visión o sensación de un futuro con posibilidades.	242
Se evita procurar discusiones entre los familiares, pues para ellos resulta desmoralizador tener las mismas discusiones y con el mismo resultado. Normalmente también se les pregunta a los clientes por los métodos que han probado, para evitar volver a recorrer caminos infructuosos.	256
El entusiasmo que propicia el método narrativo, en O'Hanlon le lleva a incluir estas ideas a su forma de hacer terapia: <ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas narrativos incluyen temas políticos, sociales y culturales y sus prácticas opresivas, sin atribuir culpa a nadie, en un plano liberador muy individual. Inconscientemente se absorben creencias que nos dicen que no somos bastante buenos "como los demás", como intentan reflejar los estereotipos. Si se aprende conscientemente a reconocer los efectos insidiosos de estas creencias, ya no las vemos como algo inherente a nosotros mismos y nos podemos liberar de ellas. Esta es una forma de "conversación liberadora". En ocasiones, las etiquetas dan a los clientes la sensación de que se reconoce la gravedad de sus problemas y también hace que sientan afinidad con otras personas: "No soy el único que siente X problema" • El sello distintivo del método narrativo, es el lema "El problema no está en la persona; el problema está en el problema". Para lograr la separación entre la persona y el problema, se empieza por encontrar un nombre para el problema que sea mutuamente aceptable, personificarlo (es decir, atribuirle condiciones humanas) y atribuirle malas intenciones y tácticas. Se emplean metáforas o imágenes que ayuden a dar vida a ese proceso. Se investiga como el problema ha conseguido perturbar, dominar o desalentar a la persona o la familia. Se pregunta por las cosas que la persona o la familia han experimentado porque el problema les ha forzado. La culpa se convierte en responsabilidad en el momento en que la persona guarda una relación con el problema; esta relación puede cambiar. La conversación, posteriormente se centra en descubrir los momentos en el que los clientes no están dominados o desalentados por el problema o su vida no está perturbada por él. Además, los esfuerzos se concentran en encontrar pruebas históricas que refuercen una nueva visión de la persona como alguien con la capacidad suficiente para enfrentarse al problema, derrotarlo o escapar de su dominio. Para ello también es viable que la persona especule sobre el futuro que cabe esperar de la persona fuerte y capaz que ha ido surgiendo durante la entrevista. También encontrando o creando un público que perciba la nueva identidad y el nuevo relato. Por último y no menos importante es tomar en cuenta que esta perspectiva no debe tomarse como "la mejor o la única forma correcta de hacer terapia", sino simplemente como un recurso terapéutico válido, útil, pero sujeto a revisión continua. 	286-298
Es inevitable que muchos terapeutas no capten la esencia de la terapia narrativa, su creencia fundamental en las posibilidades y capacidades de la persona para lograr el cambio y los efectos profundos que tienen la conversación, el lenguaje y los relatos tanto en el terapeuta como en el cliente. Ahora ya he aprendido a abrir la puerta de la exteriorización, me encuentro haciéndolo únicamente para los clientes que han organizado su identidad en torno a sus problemas: casos de esquizofrenia, depresión grave, de malas conductas persistentes o de trastornos obsesivo compulsivos. No todos necesitamos revisar nuestra identidad y la mayoría de las personas a las que veo simplemente vienen para solucionar algún problema; sus preocupaciones no abarcan toda su vida ni la definen. Pero en los casos más graves difíciles, cuando mis clientes o yo mismo hemos sido inducidos a considerar a la persona un caso "imposible", la exteriorización nos puede ayudar a todos a evitar el desaliento y la desesperación.	296

O'Hanlon, W. H. (2001). *Desarrollar Posibilidades: Las alteraciones iatrogénicas como medio de curación*. En O'Hanlon.S. y Bertolino, B. (Comps.) (Trabajo original publicado en 1999).

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Cuando los miembros de una familia inician la terapia, suelen tener relatos (ideas, creencias, hipótesis) sobre ellos mismos, sobre los demás y sobre el problema. Estos relatos, que tienden a ser rígidos y disgregadores, son perjudiciales cuando obstaculizan el cambio o provocan una reacción negativa en otros miembros de la familia. Cuando una familia acude a la terapia, casi siempre encontramos que alguno de sus miembros tiene relatos perjudiciales que se han convertido en parte del problema.	262

O'Hanlon, W. H. (2003). *Pequeños grandes cambios: 10 maneras sencillas de transformar tu vida*. Paidós, México. (Trabajo original de 1999)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
<p>1. Romper el patrón del problema: Cambiar la forma de crear el problema, usar paradoja para cambiar el patrón del problema, vincular nuevas acciones al patrón del problema</p> <p>2. Encontrar y utilizar los patrones de soluciones: ¿Cuándo no se ha presentado el problema aunque yo lo esperara?, fijarse en lo que sucede cuando el problema desaparece o empieza a desaparecer, trasladar patrones de soluciones de otras situaciones en las que se sienta competente, ¿Por qué no es peor el problema?</p> <p>3. Reconocer nuestros sentimientos y nuestro pasado, sin dejar que determinen nuestro comportamiento del presente o del futuro: Reconocer su experiencia, sentimientos y su yo, reconocer los sentimientos y los puntos de vista de los demás, reconocer los hechos y la influencia del pasado sin dejar que determinen el presente ni el futuro. Las cuatro etapas del reconocimiento: reconocimiento (darse cuenta de la presencia de ciertos sentimientos, percepciones o personas o señalar su existencia a los demás), inclusión (hacer sitio para ciertos sentimientos, percepciones o personas), valoración (reconocer el valor de ciertos sentimientos, percepciones o personas), adopción (dar la bienvenida a ciertos sentimientos, percepciones o personas). Es necesario ir más allá del pensamiento positivo. Hay que equilibrar el reconocimiento y la posibilidad.</p> <p>4. Dirigir la atención: Cambiar el canal sensorial, ampliar el foco de atención, desviar el foco de atención del pasado presente, desviar la atención del presente o del pasado al futuro, desviar la atención de la experiencia interior al entorno exterior o a otras personas, dirigir la atención de los demás o del entorno exterior al mundo interior, centrarse en lo que ha funcionado, desviar la atención del pensamiento o del sentimiento a la acción, formular preguntas orientadas a la solución.</p> <p>5. Imaginar un futuro que nos conduzca a las soluciones en el presente: Utilizar expresiones relacionadas con las posibilidades y las expectativas positivas, vivir como si: generar o evocar un futuro atractivo: formando una imagen del futuro, afrontando y superando las barreras que nos impiden llegar el futuro deseado, elaborando un plan de acción para llegar futuro deseado.</p> <p>6. Cambiar historias problemáticas por historias orientadas a las soluciones: Cambiar historias de culpa, cambiar historias de imposibilidad, cambiar historias de invalidación, cambiar historias de no responsabilidad. Reconociendo y describiendo, buscando o generando pruebas que contradigan la historia, darse cuenta de que la persona no es su historia, generar historias útiles y compasivas</p> <p>7. Usar la espiritualidad para trascender o resolver problemas: Encontrar un camino propio hacia la espiritualidad (una conexión con el alma, con el cuerpo, con otro, con una comunidad, con la naturaleza, con el arte, con dios, etc.), acceder a la espiritualidad a través del pasado, el presente o el futuro, desarrollar la compasión, el servicio y la fe.</p> <p>8. Utilizar palabras de acción para resolver problemas de relación: Quejas de acción (ser concreto y descriptivo con lo que no le gusta y dejar de lado la culpa), peticiones de acción (ser concreto y descriptivo con lo que le gustaría que la otra persona empezara a hacer en el presente y en el futuro), elogio de acción (hacerle saber a la otra persona que acciones concretas valora y le gustaría que siguiera haciendo en el futuro).</p> <p>Nueve métodos para resolver las crisis de relación: Modificar su patrón o estilo conflictivo habitual, dar un giro de 180 grados, cambiar su patrón habitual de perseguir- distanciarse, pillar a su pareja haciendo algo bien, desechar las palabras vagas, culpabilizadoras y tendenciosas; en su lugar, utilizar palabras orientadas a la acción, cambiar quejas por peticiones de acción, diseñar un plan específico para el cambio, centrarse en lo que usted (no su pareja) puede cambiar y asuma la responsabilidad de hacer este cambio, hacer pedazos estereotipos que su pareja tiene de usted, escuche empáticamente.</p> <p>Cuatro fortalecedores de la relación: Si funciona, no lo toque..., deje de escuchar a los expertos, introduzca pequeños cambios, encuentre una forma diferente de ver las cosas.</p> <p>9. Celebrar rituales de resolución para los asuntos pendientes del pasado: Definir el objetivo del ritual y lo que aún no se ha resuelto, preparar el ritual decidiendo qué símbolos va a utilizar: cuando, como y quien va a participar, celebrar el ritual, organizando una reunión citando a las personas más significativas.</p> <p>10. Desarrollar rituales de estabilidad y conexión para prevenir problemas y generar conexión.</p>	

Premisas del autor orientadas al cambio
Las tres principales guías del trabajo de terapia de posibilidades: 1. Reconocer y validar la realidad de los clientes y su experiencia. 2. Guiar a los clientes a cambiar la forma en la que ven las cosas (percepción del problema) y /o en la que hacen cosas (patrones que soportan o crean el problema. 3. Tocar sus recursos, su pericia y sus experiencias para las soluciones y consultarlos sobre sus preferencias en el proceso y dirección de la terapia.
¿Se es siempre colaborativo en la TP? No. Cuando alguien se muestra destructivo o explosivo consigo mismo o con alguien más el terapeuta debe intervenir.
¿Cuál es tu postura con respecto a los grupos de auto ayuda y las medicaciones como complemento para la terapia? Si los clientes encuentran útiles los grupos de autoayuda, hay que estar con ellos. Hay peligro con esos grupos, y es necesario hablar con los clientes acerca de ello. Un peligro puede ser el caer bajo la influencia de las creencias del grupo, la cuál puede ser útil o puede ser limitante creando nuevos problemas. La mayoría de los grupos proporcionan criterios de bienestar, pero algunas veces dan la impresión de que nunca se puede estar bien si no se atiende al grupo o a sus principios. Los medicamentos son también como una espada de dos filos. Hay pacientes que encuentran gran ayuda en los medicamentos, pero también son frecuentes los clientes que empeoran con el uso de medicamentos a pesar de realizar grandes esfuerzos y de tener muchos deseos de cambio.
¿La TP puede con los clientes forzados? Si y no. La TP trabaja con clientes que han sido forzados a participar tratando de encontrar una meta por la que el cliente se encuentre motivado en lograr. Es importante primero escuchar la experiencia de los clientes
<p>Conversaciones colaborativas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los clientes y los terapeutas son socios en el proceso del cambio ○ Los clientes son expertos en enseñar a los terapeutas, lo que ellos experimentan, lo que ellos quieren y lo que necesitan. ○ Conversaciones para el cambio/la diferencia ○ Destacar los cambios que han ocurrido en las situaciones `problema de los clientes. ○ Presuponer que el cambio ocurrirá ○ Búsqueda de descripciones de diferencias en la situación problemática ○ introducción de nuevas distinciones o remarcar las distinciones del cliente ○ Conversaciones para la competencia/capacidades ○ Presuposiciones acerca de la competencia y la capacidad de los clientes ○ Búsqueda de contextos de competencia hasta en la situación problema ○ Valorar las descripciones de excepciones al problema ○ Conversación hacia las posibilidades ○ Centrar la conversación en las posibilidades del futuro /metas/ visiones ○ Introducción de nuevas posibilidades de hacer y ver la situación problemática ○ Conversación para metas/resultados ○ Centrando la conversación en cómo los clientes sabrán cuando hallan logrado sus metas terapéuticas ○ Conversación de responsabilidad/ agencia personal ○ Llevando a los clientes y a otros a la responsabilidad de sus acciones. ○ Presuponer que las acciones derivan de las intenciones mismas de los clientes ○ Conversaciones de acciones y descripciones ○ Canalizando la conversación acerca de la situación problemática dentro de descripciones de acción ○ Cambiando la plática teórica a palabras descriptivas. ○ Centrándose en acciones que el cliente puede tomar que hagan una diferencia en la situación problemática.

De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve: Un Enfoque Ecosistémico*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1982)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
La terapia está destinada a modificar en forma gradual las definiciones que componen el encuadre de una familia. Este proceso de cambio del encuadre se denomina reencuadre y significa... cambiar el marco o punto de vista conceptual y/o emocional desde el cuál se experimenta una situación ubicándola dentro de otro encuadre que se amolde igual o mejor a los "hechos" de la misma situación concreta, con lo cuál se modifica totalmente su significado. Aunque los "hechos" que componen la situación no varían, el terapeuta describe desde un ángulo distinto el contexto en el que se encuentran y por ende su intervención (o reencuadre) no es formulada en términos negativos que emplea la familia, sino en términos positivos. Los efectos del reencuadre se corroboran por la aparición de un nuevo conjunto de creencias, o percepciones así como de modificaciones de conducta que pueden considerarse una consecuencia lógica de esa variación en las percepciones. Muy a menudo los nuevos encuadres de la familia son una combinación del encuadre antiguo y de lo que le ha surgido el terapeuta. El resultado es que a partir de entonces la familia puede contemplar las cosas desde un ángulo distinto y una vez que ve "las cosas de otro modo", también puede conducirse de otro modo.	52
Los principios que durante mucho tiempo fueron evidentes en la manera de trabajar de Erickson son los siguientes: Unirse al paciente en la situación en la que se encuentra, y establecer un buen vínculo (rapport) con él; modificar las producciones del paciente y controlar la situación; y 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.	54-55
De acuerdo con la cosmovisión de Erickson, la terapia se funda en el supuesto de que la personalidad tienen una fuerte tendencia a amoldarse si se le da una oportunidad para ello.	45
Pero lo cierto es que los cambios pequeños que inician un proceso de reencuadre, suelen tener resultados más vastos: la solución del problema, en caso de que la meta sea alcanzada. Una vez efectuado este pequeño cambio, la familia percibirá la pauta que motivó su consulta de un modo distinto, con el adicional correspondiente. El concepto sistémico de "totalismo" (wholism), y la "tautología autocurativa" a que hace referencia Bateson, nos sugiere que cuando se cambia un aspecto cualquiera de un sistema, cambia en consecuencia la organización total del sistema; cada uno de sus aspectos implica sus restantes, pero esta reorganización lleva tiempo y el terapeuta debe respetar ese tiempo, que varía de una forma a otra.	95

De Shazer, S. (1995). *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós (Original de 1985)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Para iniciar la solución de una queja, se necesitan cambios mínimos; una vez que el cambio se ha iniciado (como consecuencia de la tarea del terapeuta), el cliente generará cambios adicionales (este es el efecto de radiación...)	50-51
Cualquier cambio es una diferencia que puede ser o bastante diferente como para formar parte de una solución.	93
...durante la fase de entrevista de la sesión, el terapeuta necesita escuchar al cliente, porque él o ella le proporcionarán los indicios necesarios para resolver el problema. Cada cliente lleva consigo las claves de su solución; el terapeuta tiene que saber donde mirar. Cuando el cliente habla, el terapeuta y el equipo escuchan para percibir: <ol style="list-style-type: none"> 1) cuánto énfasis pone el cliente en cada una de las doce puertas (véase cap 2). 2) Cuál de las doce puertas no es mencionada 3) Sucesos pasados que el cliente menciona 4) Cosas que el cliente hace que son beneficiosas para él. 5) Descripciones del modo en que el cliente trata con otras personas 6) Descripciones de cómo será la vida una vez que haya sido resuelto el motivo de la queja. 	106
Las ideas sobre lo que se debe cambiar se basan en las ideas sobre aquello a lo que parecería la visión de la realidad del cliente si no mediara la queja particular que presenta	55
Una vez que se ha establecido una meta específica en una situación confusa, se crean condiciones para que en un lapso corto se desarrollen soluciones "espontáneamente". No es necesario que esas metas claramente enunciadas sean comunes entre las personas, pero sí que no sean mutuamente excluyentes. Desde luego lo ideal en este caso es lograr una meta única, acordada...	28
La terapia basada en una relación cooperativa entre terapeuta y cliente que se centra en el presente y en el futuro, exige que este esfuerzo conjunto tenga una meta compartida. En este marco, las sesiones pasan a orientarse hacia una tarea y también orientarse colectivamente, de modo que se pueda considerar que se ajustan al alcance de la teoría. Terapeuta y cliente están comprometidos en una tarea que pueden completar fructuosa o infructuosamente y para realizar la medición correspondiente sólo puede utilizarse una meta relativamente específica. Juntos están trabajando para resolver un problema. Por tanto, tener una meta o metas significa que como resultado de estos esfuerzos se espera un resultado o resultados útiles.	91
En nuestro Centro, la práctica clínica define la terapia como cooperativa, orientada hacia el cambio y las soluciones y centrada en el presente y en el futuro.	95
Los síntomas son aceptados con su valor nominal y, más que eliminados, son convertidos en parte de la solución...el objetivo de la terapia no consiste en la eliminación del "síntoma", sino en ayudar al cliente a establecer algunas condiciones que permitan el logro espontáneo de la meta enunciada o implícita.	29
...los clientes con frecuencia presentan su queja en términos de "esto o aquello" y en tales situaciones puede ser útil al terapeuta construir el problema en términos de "esto y aquello". El cambio de una descripción a otra da resultados en los niveles del trazadote mapas y esquematización de leyes; también desde el punto de vista heurístico, en el nivel de la esquematización de la acción.	51
El especialista en terapia breve tiende a otorgar una importancia primordial al concepto sistémico del totalismo: un cambio en un elemento del sistema o en una de las relaciones entre elementos, afectará a todos los otros elementos y relaciones que conjuntamente componen el sistema.	60-181

De Shazer, S. (1995). *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós (Original de 1985)

Premisas del autor orientadas al cambio		Pag
Los mapas conceptuales son el fundamento de nuestra comprensión sobre lo que sucede en la situación terapéutica. Nos dicen cómo construir problemas y cómo llegamos a donde queremos ir (soluciones); por tanto son necesarios para la práctica, la investigación y la enseñanza: Estos mapas no son el territorio, sino construcciones aproximadas.	65, 176	
En la medida en que el terapeuta no puede dejar de influir en el proceso del cambio, porque el observador influye en lo observado, parecería que esta influencia, en el contexto terapéutico, debe ser utilizada constructivamente para crear en el cliente la expectativa de un cambio notable, y es para producirlo para lo que se le paga al terapeuta.	86	
Cuando el futuro resalta con respecto al presente y se establece una meta sostenida positivamente, los acontecimientos y las conductas comunes de la vida pueden ser reconstruidos como parte del proceso de alcanzar la meta. El pasado, en particular las áreas problemáticas, pueden verse como potencialmente perjudiciales para la solución. Desde luego que los éxitos pasados, deliberados o accidentales, pueden utilizarse para construir la solución	95, 172-173	
La manera de enunciar la pregunta (del milagro) incluye una distinción radical entre el problema y la solución, que resulta de la convicción del terapeuta de que el desarrollo de una solución no está necesariamente relacionado de algún modo con los problemas o dificultades	34, 128	
La expectativa de que una pauta repetitiva se repita, contribuye a desarrollar expectativas de repeticiones continuadas...El cambio se producirá cuando las condiciones se modifiquen de algún modo, pero el proceso en sí genera conductas de mantenimiento de la expectativa. Puesto que las expectativas contribuyen a determinar la naturaleza de los acontecimientos que se produzcan, parece claro que la conducta cambiará cuando las expectativas cambien. Cuando se define una meta, empieza a desarrollarse la expectativa de un futuro diferente, más satisfactorio, y los cambios presentes en la conducta se convierten en algo más posible. El futuro cobra relieve con respecto al presente, y las consecuencias de su logro pueden "determinar" o dar forma a lo que suceda a continuación.	110	
En muchos sentidos, las excepciones a la regla se asemejan considerablemente a los éxitos del pasado, salvo por el hecho de que las excepciones pertenecen claramente al reino de la queja. En términos sencillos, nada ocurre siempre; nada es siempre lo mismo. Pero puesto que los clientes ven a las quejas con ese carácter, consideran que las excepciones, son hechos totalmente exteriores al motivo de la queja y no soluciones potenciales.	173	
Pero en el contexto de la terapia breve el terapeuta necesita crear la expectativa de cambio, de modo que su actitud en general tiene que excluir el deseo y reemplazarlo por la certidumbre. No se pregunta "¿si el cambio ocurriera...?" sino "¿Cuándo ocurrirá?" "Cuando" se refiere al momento del hecho y no es en absoluto condicional... ¿Quién cambiará primero? ¿Qué creen que pasará cuando ustedes dos dejen de pelearse?...Antes de mucho tiempo, los clientes y el terapeuta comienzan a creer que lo que está planteado es solamente "cuando se producirá el cambio".	179	
A nuestro parecer, ésta es la clave de la terapia breve: Utilizar lo que los clientes llevan consigo para ayudarlos a apagar sus propias necesidades de forma que puedan hacer que sus vidas sean satisfactorias	24	
Sólo un pequeño cambio es necesario, así como una meta pequeña y razonable es suficiente. Una gran diferencia entre terapia breve y otros modelos de terapia es la idea del terapeuta acerca de que no importa que tan compleja sea la situación, un cambio pequeño en algún comportamiento de una persona puede conducir a diferencias profundas y alcanzables en el comportamiento de todas las personas involucradas. . La experiencia clínica y de investigación parece confirmar la noción de que un pequeño cambio puede conducir a otros cambios y, además mejorarlos. Inversamente parece que entre más grande sea la meta y deseo de cambio, más difícil será establecer una relación de cooperación y muy probablemente el terapeuta y el cliente fallarán.	34	
Los clientes realmente quieren cambiar. La noción de resistencia en terapia ha quedado atrás. De hecho con esta clase de ideas en mente, el terapeuta puede generar resistencia o no cooperación: las nociones del terapeuta podrían generar una profecía que se auto-cumplirá de un resultado sin éxito. Algunos de los clientes no se adecuan a las ideas que proporciona el terapeuta, pero más que ver esto como una resistencia, el terapeuta debe averiguar la forma en la que los demás intentan cooperar hacia el cambio. La gente viene a terapia queriendo cambiar su situación, pero lo que sea que ellos han intentado hacer para cambiar, no ha funcionado, por lo que han desarrollado habituales patrones desafortunados. Pero los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus propias quejas y por tanto, la relación terapeuta y cliente será más fructífera si es cooperativa.	32-33	
Todo lo que se necesita es que la persona involucrada en la situación problemática haga algo diferente, aun cuando el comportamiento parezca irracional, irrelevante, obviamente extraordinario o aún humorístico.	25	
En resumen, el modo más útil de decidir que puerta puede abrirse para obtener una solución consiste en conseguir que el cliente describa "lo que hará de manera distinta", o el tipo de cosas diferentes que sucederán cuando el problema quede resuelto, creando de este modo la expectativa de un cambio benéfico.	63	
Es posible construir nuevos y benéficos significados para al menos algún aspecto de la vida de los clientes, esto es; que una persona tenga o no un síntoma, depende de quien arbitrariamente etiqueta a cierto comportamiento como síntoma, puesto que en algunos otros casos o con un diferente significado adjunto, el mismo comportamiento podría ser <apropiado> y <normal>. Es decir cualquier comportamiento puede ser visto desde diversos puntos de vista, y el significado del comportamiento depende de la construcción o interpretación del observador.	32	
Bateson, en 1979, presenta ideas desarrolladas a partir de dos o más descripciones del mismo proceso, pauta, sistema o secuencia, codificados o recogidos de diferente manera. Las diferencias entre descripciones dan lugar al surgimiento de una ventaja adicional: la idea. Cuando un grupo de terapeutas está detrás del espejo, Cada uno codifica o recoge la información de modo diferente. No se trata exactamente de seleccionar qué anotar en una pila de información disponible. El modelo del terapeuta, que incluye un conjunto de supuestos, determina el modo en que él construirá o interpretará lo que él ha visto. Lo que es importante, en ningún sentido la construcción de un terapeuta es "correcta" o mientras que las ideas de los otros son "erróneas". Sus puntos de vista son sólo diferentes; estas diferencias son útiles y alientan la creatividad.	38	
Sólo es necesario sugerir el encuadre o los encuadres nuevos; la conducta nueva basada en cualquier encuadre nuevo, puede promover la resolución del problema por parte del cliente.	57	

De Shazer, S. (1995). *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós (Original de 1985)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Las intervenciones que diseña el terapeuta, son las que se tienen que ajustar al problema y no al revés, del mismo modo en que una llave maestra, esta diseñada para abrir cualquier clase de cerradura. Para iniciar un cambio terapéutico es esencial el ajuste entre la descripción de la pauta que da el terapeuta, y el mapa de la intervención.	79-81, 133
La terapia está destinada a modificar en forma gradual las definiciones que componen el encuadre de una familia. Este proceso de cambio del encuadre se denomina reencuadre y significa... cambiar el marco o punto de vista conceptual y/o emocional desde el cuál se experimenta una situación ubicándola dentro de otro encuadre que se amolde igual o mejor a los "hechos" de la misma situación concreta, con lo cuál se modifica totalmente su significado. Aunque los "hechos" que componen la situación no varían, el terapeuta describe desde un ángulo distinto el contexto en el que se encuentran y por ende su intervención (o reencuadre) no es formulada en términos negativos que emplea la familia, sino en términos positivos. Los efectos del reencuadre se corroboran por la aparición de un nuevo conjunto de creencias, o percepciones así como de modificaciones de conducta que pueden considerarse una consecuencia lógica de esa variación en las percepciones. Muy a menudo los nuevos encuadres de la familia son una combinación del encuadre antiguo y de lo que le ha surgido el terapeuta. El resultado es que a partir de entonces la familia puede contemplar las cosas desde un ángulo distinto y una vez que ve "las cosas de otro modo", también puede conducirse de otro modo.	82
Pero lo cierto es que los cambios pequeños que inician un proceso de reencuadre, suelen tener resultados más vastos: la solución del problema, en caso de que la meta sea alcanzada. Una vez efectuado este pequeño cambio, la familia percibirá la pauta que motivó su consulta de un modo distinto, con el adicional correspondiente. El concepto sistémico de "totalismo" (wholism), y la "tautología autocurativa" a que hace referencia Bateson, nos sugiere que cuando se cambia un aspecto cualquiera de un sistema, cambia en consecuencia la organización total del sistema; cada uno de sus aspectos implica sus restantes, pero esta reorganización lleva tiempo y el terapeuta debe respetar ese tiempo, que varía de una forma a otra.	121

De Shazer, et al. (1986). *Brief therapy: Focused Solution Development*. Family Process, 25 (1), 207- 221 (trabajo original publicado en 1986).

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
A nuestro parecer, ésta es la clave de la terapia breve: Utilizar lo que los clientes llevan consigo para ayudarlos a apagar sus propias necesidades de forma que puedan hacer que sus vidas sean satisfactorias	207
Sólo un pequeño cambio es necesario, así como una meta pequeña y razonable es suficiente. Una gran diferencia entre terapia breve y otros modelos de terapia es la idea del terapeuta acerca de que no importa que tan compleja sea la situación, un cambio pequeño en algún comportamiento de una persona puede conducir a diferencias profundas y alcanzables en el comportamiento de todas las personas involucradas. . La experiencia clínica y de investigación parece confirmar la noción de que un pequeño cambio puede conducir a otros cambios y, además mejorarlos.	209
Los clientes realmente quieren cambiar. La noción de resistencia en terapia ha quedado atrás. De hecho con esta clase de ideas en mente, el terapeuta puede generar resistencia o no cooperación: Las nociones del terapeuta podrían generar una profecía que se auto-cumplirá de un resultado sin éxito. Algunos de los clientes no se adecuan a las ideas que proporciona el terapeuta, pero más que ver esto como una resistencia, el terapeuta debe averiguar la forma en la que los demás intentan cooperar hacia el cambio. La gente viene a terapia queriendo cambiar su situación, pero lo que sea que ellos han intentado hacer para cambiar, no ha funcionado, por lo que han desarrollado habituales patrones desafortunados. Pero los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus propias quejas y por tanto, la relación terapeuta y cliente será más fructífera si es cooperativa.	209
La tarea del CTFB, es ayudar a los clientes a hacer algo diferente para cambiar su comportamiento interactivo y/o su interpretación del comportamiento, y la situación, de tal forma que se pueda llegar a una solución (una resolución de la queja). Para construir soluciones es útil averiguar tanto como sea posible acerca de los límites de la situación de la queja y la interacción de los que están involucrados, porque la solución (cambio de interacción) necesita adecuarse a esos límites de la situación del tal forma, que permita desarrollar una solución	208
La terapia efectiva puede realizarse aún cuando el terapeuta no pueda describir de qué se lamenta el cliente. Básicamente todo lo que el terapeuta y cliente necesitan saber es: ¿cómo ellos sabrán que el problema ha sido resuelto? Al principio esto parece ser intuitivo, pero cualquier diferencia en el comportamiento de la situación problemática puede ser suficiente para inducir a la solución y dar al cliente la satisfacción de lo que busca en terapia. Todo lo que se necesita es que la persona involucrada en la situación problemática haga algo diferente, aun cuando el comportamiento parezca irracional, irrelevante, obviamente extraordinario o aún humorístico. Los detalles de la queja del cliente y la explicación de cómo el problema es mantenido puede ser útil al terapeuta y al cliente para construir intervenciones. Sin embargo para un mensaje de intervención sea exitoso no es necesario tener descripciones detalladas, tampoco es necesario construir una explicación de cómo se mantiene el problema. Lo que se provee en la terapia es un ajuste para que la solución se desarrolle. No tiene porque ser tan compleja como el problema.	209
La mayoría de las quejas se desarrollan y se mantienen en el contexto de la interacción humana. Los individuos traen con ellos atributos únicos, recursos, creencias, valores, experiencias, y algunas dificultades. Ellos continuamente aprenden y desarrollan diferentes maneras de interactuar con los otros, por lo que es importante que los clientes definan los objetivos de la terapia. Las soluciones generan cambios en las interacciones en el contexto de la situación.	207
Es posible construir nuevos y benéficos significados para al menos algún aspecto de la vida de los clientes, esto es; que una persona tenga o no un síntoma, depende de quien arbitrariamente etiquete a cierto comportamiento como síntoma, puesto que en algunos otros casos o con un diferente significado adjunto, el mismo comportamiento podría ser <apropiado> y <normal>. Es decir cualquier comportamiento puede ser visto desde diversos puntos de vista, y el significado del comportamiento depende de la construcción o interpretación del observador.	209

De Shazer, et al. (1986). *Brief therapy: Focused Solution Development*. Family Process, 25 (1), 207- 221 (trabajo original publicado en 1986).

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
El cambio en una parte del sistema conduce a cambios en el sistema total. Desde hace mucho tiempo este es el axioma de la teoría general de los sistemas...y constituye el fundamento de la terapia breve en general. El número de personas quienes están construyendo el problema no importa: la gente que está involucrada en la queja no necesariamente tiene que acudir a terapia.	209
Establecer un objetivo concreto proporciona un medio para medir la utilidad de la terapia a para el cliente y, sobre todo, ayuda a construir la expectativa de una cambio inmediato. Es importante que todos los implicados sepan cómo podrán advertir que el problema se ha resuelto y que la terapia ha terminado. Sin un objetivo, cualquier terapia podría convertirse en un esfuerzo de toda la vida. Los objetivos concretos son una parte de nuestro programa de valoración y un elemento indispensable de nuestros estudios de seguimiento o de los resultados...Naturalmente cuando el terapeuta habla con más de una persona, las opiniones sobre cómo será su vida después de la consecución del objetivo, o sobre como será su vida cuando el trastorno pertenezca al pasado podrían ser muchas o variadas. Cuanto más se hable de futuros o de soluciones alternativas, más profundamente intensas serán las expectativas de cambio del cliente.	216
Son cambios de comportamiento y/o perceptivos que el terapeuta y el cliente construyen para modificar las dificultades o el modo ineficaz de superarlas, y/o la construcción de una alternativa aceptable que permita al cliente experimentar la situación de trastorno de forma diferente. Algunas soluciones se desarrollan a través de la resolución de un problema construido (el trastorno del cliente más la visión del trastorno por parte del terapeuta, que incluye posibles soluciones; otras soluciones se desarrollan a través de la construcción de futuros alternativos que no incluyen el trastorno.	210
Esta fase de la conversación está proyectada para descubrir lo que sucede cuando el trastorno deplorado no se manifiesta y cómo la familia consigue que esa excepción tenga lugar...comunican (las excepciones) implícitamente a los clientes que el terapeuta no sólo cree que pueden hacer cosas positivas por sí mismos, sino que ya las están haciendo. En términos batesonianos, las excepciones ofrecen al cliente informaciones de diferencia entre lo que funciona y lo que no funciona.	215
Hemos descubierto que es útil ayudar a los pacientes a describir qué cosas deseaban que fueran distintas una vez resuelto su trastorno: la simple expectativa de llegar a un lugar diferente, más satisfactorio, hace más fácil la llegada, y el sólo hecho de estar en un lugar diferente puede ser satisfactorio por si mismo. Las descripciones de posibles soluciones se utilizan para definir en que dirección irán las cosas y de que forma resultarán más satisfactorias.	213
Ya que estamos interesados por las soluciones, se habla poco o nada de los trastornos, de cómo se han mantenido, de que han intentado hacer los clientes sin éxito o de hipotéticas etiologías. Por el contrario, se tiende a centrar la conversación en: las cosas positivas para sí mismos que hacen los clientes; cualquier excepción al esquema del trastorno y sobre cómo imagina el equipo que serán los clientes una vez que hayan superado el trastorno	216

De Shazer, S. (1997). *Claves en Psicoterapia Breve. Una teoría de la solución*. Gedisa: Barcelona (Trabajo original publicado en 1988)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
De hecho, en el proceso de diseño de la intervención, y el protocolo de la entrevista del CTFB, se habla explícitamente de reducir al mínimo la conversación sobre problemas y motivos de consulta. Terapeuta y cliente, consciente y deliberadamente, planean juntos lo que le tomará al cliente llegar a una solución	72
Lo que el terapeuta elige para preguntar o comentar, ayuda a determinar cómo entienden los clientes sus experiencias y por lo tanto que informan y como lo informan. ..el terapeuta y el cliente co construyen la entrevista terapéutica y de ese modo son co autores de su realidad compartida...La premisa subyacente que podría denominarse "constructivismo radical" (von Glasersfeld,1975) o "realismo verbal" (Wilder-Mott) es que, en mayor o menor medida, la realidad social se construye a través de la comunicación...El significado de una palabra o de una conducta por ejemplo, solo puede entenderse o inventarse sabiendo como se utiliza esa palabra en la interacción social: en un contexto específico.	36, 84, 85
En un sentido muy real, terapeutas y clientes colaboran en la construcción de la realidad terapeutica en la que trabajan juntos. Simplemente el sistema compromete al terapeuta y al cliente en la reconstrucción de esos aspectos de un modo tal que a los clientes dejen de resultarles problemáticos.	91, 96, 97
Tal vez la construcción específica no es lo importante. Lo que cuenta es que el cliente considere satisfactoria la solución que construye con el terapeuta. Este punto de vista supone que un cambio en el modo en que el cliente construye su experiencia, tal como se refleja en el modo en que informa o conversa sobre eso, promoverá la posibilidad de que tenga experiencias diferentes, lo cuál, a su vez, suscitará descripciones o informes diferentes en sesiones ulteriores.	97
Para el terapeuta de terapia breve, las conductas, sentimientos, pensamientos y percepciones y su contexto específico son parte del mismo modelo, por tanto, cualquier modificación en el contexto, comportamiento, sentimiento y percepción, necesariamente tendrá influencia sobre el modelo total.	81
Las nociones del terapeuta acerca de la resistencia, podrían generar una profecía que se auto-cumplirá de un resultado sin éxito.	122
Algunos de los clientes no se adecuan a las ideas que proporciona el terapeuta, pero más que ver esto como una resistencia, el terapeuta debe averiguar la forma en la que los demás intentan cooperar hacia el cambio. Si el terapeuta se centra desde el principio en aquello que el cliente ya estaba haciendo bien, más fácilmente se promueve y se desarrolla la cooperancia.	33 89
Llegamos a definir la excepción como "aquello que sucede cuando no existe el problema"	74
El éxito o fracaso en la búsqueda de excepciones es un punto central de la teoría de la solución, que permite dividir nuestras descripciones de los casos en grupos principales.	39
Todo lo que se necesita es que la persona involucrada en la situación problemática haga algo diferente, aun cuando el comportamiento parezca irracional, irrelevante, obviamente extraordinario o aún humorístico.	26

De Shazer, S. (1997). *Claves en Psicoterapia Breve. Una teoría de la solución*. Gedisa: Barcelona (Trabajo original publicado en 1988)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Frecuentemente los clientes informan que hay excepciones a la regla de que siempre el problema está presente. En ocasiones se describen estas excepciones como espontáneas y otras veces como deliberadas. En ambos casos las descripciones incluyen una diferencia que todavía no adquiere un significado para ellos. Sin embargo, esto resulta razonable cuando se considera que los cambios y las transformaciones son constantes. Esta idea impulsa la búsqueda de excepciones que pudieran convertirse en diferencias significativas en la terapia	28
Es más útil desarrollar una visión de un futuro más satisfactorio, y posible ya que los clientes frecuentemente generan modos espontáneos de resolver el problema, en cuanto se logran crear expectativas de cambio y solución. ..Esta expectativa puede ayudar al cliente a pensar y comportarse de modo tal que alcance a cumplirla.	72
Una teoría de la terapia que no incluyese al menos implícitamente al terapeuta, sería una teoría no basada en lo absoluto en la observación directa de la terapia y en el mejor de los casos terminaría por ser una teoría vacía y hueca.	84
La búsqueda de excepciones permite al terapeuta centrar la conversación en aquellas cosas acertadas o útiles que hace el cliente y por lo tanto, por lo común la adaptación se desarrolla con relativa facilidad.	111
Las intervenciones, en este caso siguen una regla muy simple: Una vez que sabe qué es lo que funciona, haga más de eso.	77
El establecimiento de objetivos específicos influye claramente sobre el resultado, y en particular, son más fáciles de lograr los objetivos que el cliente percibe como alcanzables y difíciles, que las metas vagas o de fácil cumplimiento...El establecimiento de objetivos permite abrir una puerta hacia la solución	112
Crear alguna duda sobre marcos de referencia globales supone un proceso cuya mejor denominación es la desconstrucción del marco, Durante la entrevista, cuando en primer lugar el terapeuta ayuda al cliente a buscar excepciones, y luego cuando lo ayuda a imaginar un futuro sin el problema, implícitamente el terapeuta está quebrando el marco de referencia en fragmentos cada vez más pequeños. A medida en que se hace cada vez más evidente que se trata de una marco de referencia global, el terapeuta ayuda al cliente a que pueda descomponerlo en sus partes integrantes. Hay tres razones fundamentales para fracturar el marco: a)El terapeuta muestra que acepta al cliente tal cual es al escuchar con mucha atención y hacer preguntas escrupulosamente, b) el terapeuta trata de introducir alguna duda acerca del marco de referencia global, y c) el terapeuta busca algún elemento de la construcción del marco a partir del cuál se pueda elaborar una solución...El proceso de desconstrucción está destinado a llevar la situación terapéutica a algún tipo de momento indecible , a algún punto en el que la lógica del marco global requiera pensamientos, sentimientos y conductas que se aparten de las que utiliza habitualmente el cliente...El terapeuta busca algún punto cualquiera en el sistema lógico del cliente que no tenga lógica, un punto que permita derrumbar la construcción problemática en su conjunto.	120-121, 128, 132, 178
El cambio en una parte del sistema conduce a cambios en el sistema total. Desde hace mucho tiempo este es el axioma de la teoría general de los sistemas...y constituye el fundamento de la terapia breve en general. El número de personas quienes están construyendo el problema no importa. Esto quiere decir que la gente que está involucrada en la queja no necesariamente tiene que acudir a terapia.	122

De Shazer, S. y Berg, I. K. (2001). *Hacer hablar a los números: el lenguaje en la terapia*. En: Freedman, S. (Comps.). *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa.(Trabajo original publicado en 1993)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Dado que en lo concerniente a los significados toda conversación entraña incertidumbre, el malentendido es mucho más probable que la comprensión. Creemos que la tarea del terapeuta consiste en utilizar creativamente este malentendido y generar, junto con el cliente, un malentendido lo más fructífero posible.	28
Todo proyecto estructural se desploma cuando alguien propone la pregunta wittgensteiniana ¿pero que sucede si no hay nada detrás y debajo? ¿Qué sucede si solo tenemos lo que tenemos y no existe nada más? Una vez que hemos abandonado la teoría (la estructural o cualquier otra gran teoría) nos vemos obligados a aceptar que lo que tenemos, aunque contradictorio y crítico, es todo lo que se puede tener. Todo está ahí, en la superficie, donde siempre estuvo	45
Pero en el contexto de la terapia breve el terapeuta necesita crear la expectativa de cambio, de modo que su actitud en general tiene que excluir el deseo y reemplazarlo por la certidumbre. No se pregunta “¿si el cambio ocurriera...?” sino “¿Cuándo ocurrirá? “Cuando” se refiere al momento del hecho y no es en absoluto condicional... ¿Quién cambiará primero? ¿Qué creen que pasará cuando ustedes dos dejen de pelearse?...Antes de mucho tiempo, tanto los clientes como el terapeuta comienzan a creer que lo que está planteado es solamente “cuando se producirá el cambio”.	42
Esta lectura sugiere que la discusión podría compaginar con las personas que piensan que la conversación per se es terapéutica, Podría sugerir que la terapia es una conversación, lo que implicaría que cualquier conversación es terapéutica. La terapia es una clase especial de conversación que cumple propósitos terapéuticos y la manera en que este punto de vista nos ayuda y ayuda a nuestros clientes a hacer juntos nuestro trabajo.	25-26
En vez de observar el lenguaje con el que se trabaja, y de observar las conversaciones, tradicionalmente los terapeutas ven sistemas, estructuras, ataduras, enredos, juegos sucios, divisiones y otras imaginaciones lamentables. El terapeuta tiene que ver “entre líneas” o “por debajo de las palabras y los hechos” a fin de interpretar y unir piezas para resolver los problemas. Sin embargo partiendo desde un punto de vista wittgensteiniano, el terapeuta y los clientes tienen sólo el lenguaje para avanzar.	28
...el lenguaje es la realidad, Depresión, problemas maritales y problemas individuales son sencillamente construcciones de quienes emplean estos términos. Lo que esos términos significan es arbitrario e inestable, es decir, la significación varía según quien utiliza estos términos y de acuerdo con la persona a quien se dirige dentro de un contexto específico.	27

De Shazer, S. y Berg, I. K. (2001). *Hacer hablar a los números: el lenguaje en la terapia*. En: Freedman, S. (Comps.). *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa. (Trabajo original publicado en 1993)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Puesto que las significaciones de las palabras/conceptos son flexibles, variables y a veces hasta irresolubles, las críticas a este punto de vista a menudo llegan a la conclusión de que lo que estamos diciendo es que "todo vale"; es decir, absurdamente, "depresión" podría significar "árbol". Sin embargo, la lógica, la gramática, la retórica (en un sentido clásico), el uso, el contexto y, lo que es importante, lo contrario del concepto (la no depresión) limitan la gama de significaciones potenciales. A todo aquello a lo que podamos prestar atención en la "no depresión" lo llamamos "excepciones", "milagros", etc. Hablar con el paciente sobre que no es el problema/ motivo de consulta, es decir, la "no depresión" es una de las maneras de emplear creativamente los malos entendidos. Concentrarse en la "no depresión" permite al terapeuta y al paciente construir juntos una solución, o al menos empezar a construir una solución basada en las experiencias del paciente que están fuera de la zona problemática.	44
La terapia ocurre dentro del lenguaje y el lenguaje es lo que los terapeutas y el paciente utilizan para hacer terapia. De ese modo, la consigna señala en dirección a la idea de Condillac de que para aprender acerca de la terapia debemos primero aprender nuestro propio idioma.	26
Ni el autor o hablante, ni el lector u oyente pueden estar seguros de que son capaces de comprender con alguna certeza lo que el otro realmente quiere decir, porque cada uno lleva al encuentro toda la carga de su experiencia previa, única. Se llega a la significación a través de la negociación dentro de un contexto específico. Es decir, los mensajes no se envían, sino que sólo se reciben... Estrictamente hablando el receptor nunca entiende los pensamientos exactamente en la manera en la que el transmisor intenta ser entendido.	28, 33
El cambio ocurre dentro del lenguaje, aquello sobre lo que hablamos y cómo lo decimos, marcan una diferencia y son esas diferencias las que pueden utilizarse para provocar una diferencia (a favor del paciente).	28, 42
Una solución es un producto conjunto del terapeuta y del paciente hablando entre sí sobre lo que no es el problema, sobre aquello de o que no se queja el paciente. Afortunadamente, hablar sobre aquello de lo que el paciente no se lamenta (tampoco esto es algo muy simple) parece valioso y útil para la mayor parte de los pacientes. Mientras continúan hablando sobre el no problema/ la no queja, están haciendo algo diferente de lo que están acostumbrados a hacer, de aquello que ya demostró ser inútil. Cuanto más habla el paciente sobre las "excepciones", sobre los "milagros", todo eso se vuelve más "real".	44

De Shazer, (1993) *Creative Misunderstanding : There Is No Escape from Lenguaje*. En S. Guilligan y R. Price (eds.) *Therapeutic conversations* . New York: W.W. Norton (trabajo original publicado en 1993).

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Esta lectura sugiere que la discusión podría compaginar con las personas que piensan que la conversación per se es terapéutica, Podría sugerir que la terapia es una conversación, lo que implicaría que cualquier conversación es terapéutica. La terapia es una clase especial de conversación que cumple propósitos terapéuticos y la manera en que este punto de vista nos ayuda y ayuda a nuestros clientes a hacer juntos nuestro trabajo.	83
En vez de observar el lenguaje con el que se trabaja, y de observar las conversaciones, tradicionalmente los terapeutas ven sistemas, estructuras, ataduras, enredos, juegos sucios, divisiones y otras imaginaciones lamentables. El terapeuta tiene que ver "entre líneas" o "por debajo de las palabras y los hechos" a fin de interpretar y unir piezas para resolver los problemas. Sin embargo partiendo desde un punto de vista Wittgensteiniano, el terapeuta y los clientes tienen sólo el lenguaje para avanzar.	90
Puesto que las significaciones de las palabras/conceptos son flexibles, variables y a veces hasta irresolubles, las críticas a este punto de vista a menudo llegan a la conclusión de que lo que estamos diciendo es que "todo vale"; es decir, absurdamente, "depresión" podría significar "árbol". Sin embargo, la lógica, la gramática, la retórica (en un sentido clásico), el uso, el contexto y, lo que es importante, lo contrario del concepto (la no depresión) limitan la gama de significaciones potenciales. A todo aquello a lo que podamos prestar atención en la "no depresión" lo llamamos "excepciones", "milagros", etc. Hablar con el paciente sobre que no es el problema/ motivo de consulta, es decir, la "no depresión" es una de las maneras de emplear creativamente los malos entendidos. Concentrarse en la "no depresión" permite al terapeuta y al paciente construir juntos una solución, o al menos empezar a construir una solución basada en las experiencias del paciente que están fuera de la zona problemática.	87
La terapia ocurre dentro del lenguaje y el lenguaje es lo que los terapeutas y el paciente utilizan para hacer terapia. De ese modo, la consigna señala en dirección a la idea de Condillac de que para aprender acerca de la terapia debemos primero aprender nuestro propio idioma (y de hecho para aprender sobre la conversación o sobre cualquier otra actividad humana)	83
...el lenguaje es la realidad, Depresión, problemas maritales y problemas individuales son sencillamente construcciones de quienes emplean estos términos. Lo que esos términos significan es arbitrario e inestable, es decir, la significación varía según quien utiliza estos términos y de acuerdo con la persona a quien se dirige dentro de un contexto específico.	84
Ni el autor o hablante, ni el lector u oyente pueden estar seguros de que son capaces de comprender con alguna certeza lo que el otro realmente quiere decir, porque cada uno lleva al encuentro toda la carga de su experiencia previa, única. Se llega a la significación a través de la negociación dentro de un contexto específico. Es decir, los mensajes no se envían, sino que sólo se reciben... Estrictamente hablando el receptor nunca entiende los pensamientos exactamente en la manera en la que el transmisor intenta ser entendido.	82

De Shazer, S. (1999). *En un principio las palabras eran magia*. Gedisa: Barcelona. (Original de 1994)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
No existe una significación preestablecida que se transfiera o se entregue de uno a otro. Antes bien, la significación se desarrolla o adquiere forma en el proceso de interacción.	79

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Aunque no exista una definición unificada de "lectura concentrada en el texto" (o desconstrucción), y quizá tampoco fuera posible o deseable que existiera, hay sin embargo cierto parecido de familia entre las lecturas concentradas en el texto. Por ejemplo, Elizabeth Grosz, en su estudio feminista de Jacques Lacan, describe su lectura como "una lectura cuidadosa, paciente, del texto" que a menudo incluye observar un texto "desde un punto de vista de simpatía para con las preocupaciones y la lógica del texto y, al mismo tiempo, leyéndolo desde el punto de vista de lo que fue dejado afuera, excluido o no expresado por él pero que es necesario para que el texto funcione. De ahí que este modo de "leer un texto, tanto desde dentro como desde fuera de sus términos, es decir, desde sus márgenes, debe seguir siendo ambivalentemente un acto de amor y respeto y un acto de afirmación y distanciamiento crítico"...Aquí la unidad de análisis es el autor junto con el lector tratando el texto mismo como un texto. Si trasladamos la estructura de esta actividad al mundo de la terapia, la unidad de análisis está constituida por paciente(s), terapeuta y la conversación que mantiene sobre las preocupaciones del paciente. Estos enfoques utilizan la lógica interna, las preocupaciones y la estructura de una construcción (incluyendo lo que quedó fuera, lo que fue excluido, etc.) a fin de abrir la construcción misma y habilitar con ello un espacio para que se desarrollen nuevas significaciones...según lo veo yo, esto se refleja en nuestro empleo de la lógica y del lenguaje propios del paciente (en lugar de usar el nuestro) para marcar cualquier diferencia que nos parece que puede funcionar de modo tal que esa diferencia abra la posibilidad de que se desarrollen nuevas significaciones, nuevas conductas, nuevos sentimientos, etc.	59-60, 64
La palabra, en la conversación habitual, está directa, descaradamente, orientada hacia una futura palabra de respuesta", dice Bajtín. "La palabra provoca una respuesta, la anticipa y se estructura en dirección de la respuesta". Una concepción social o dialógica sugiere que el lenguaje y el habla se originan y se desarrollan en virtud del uso, a través de la interacción social y de la comunicación. En esta perspectiva, la mente puede ser considerada como una condición del lenguaje.	77
La comprensión simplemente no puede aflora a menos que exista una disposición general a asumir, primero, que los demás le dan sentido a la experiencia de modos que no son radicalmente diferentes de los nuestros, y segundo, que la actitud de estar en posesión de la verdad –de atribuir una importancia particular a las frases que confirman sus creencias- es tan importante para ellos como lo es para nosotros.	82 145 146
Las conversaciones, las narrativas y los relatos utilizan, el lenguaje no como herramienta, sino como contexto.	26
El cambio ocurre dentro del lenguaje, aquello sobre lo que hablamos y cómo lo decimos, marcan una diferencia y son esas diferencias las que pueden utilizarse para provocar una diferencia (a favor del paciente).	31
Ni el autor o hablante, ni el lector u oyente pueden estar seguros de que son capaces de comprender con alguna certeza lo que el otro realmente quiere decir, porque cada uno lleva al encuentro toda la carga de su experiencia previa, única. Se llega a la significación a través de la negociación dentro de un contexto específico. Es decir, los mensajes no se envían, sino que sólo se reciben... Estrictamente hablando el receptor nunca entiende los pensamientos exactamente en la manera en la que el transmisor intenta ser entendido.	31, 83
Puesto que las significaciones de las palabras/conceptos son flexibles, variables y a veces hasta irresolubles, las críticas a este punto de vista a menudo llegan a la conclusión de que lo que estamos diciendo es que "todo vale"; es decir, absurdamente, "depresión" podría significar "árbol". Sin embargo, la lógica, la gramática, la retórica (en un sentido clásico), el uso, el contexto y, lo que es importante, lo contrario del concepto (la no depresión) limitan la gama de significaciones potenciales. A todo aquello a lo que podamos prestar atención en la "no depresión" lo llamamos "excepciones", "milagros", etc. Hablar con el paciente sobre que no es el problema/ motivo de consulta, es decir, la "no depresión" es una de las maneras de emplear creativamente los malos entendidos. Concentrarse en la "no depresión" permite al terapeuta y al paciente construir juntos una solución, o al menos empezar a construir una solución basada en las experiencias del paciente que están fuera de la zona problemática.	83-84
Una solución es un producto conjunto del terapeuta y del paciente hablando entre sí sobre lo que no es el problema, sobre aquello de o que no se queja el paciente. Afortunadamente, hablar sobre aquello de lo que el paciente no se lamenta (tampoco esto es algo muy simple) parece valioso y útil para la mayor parte de los pacientes. Mientras continúan hablando sobre el no problema/ la no queja, están haciendo algo diferente de lo que están habituados a hacer, de aquello que ya demostró ser inútil. Cuanto más habla el paciente sobre las "excepciones", sobre los "milagros", todo eso se vuelve más "real".	84
Evidentemente, esta visión dialógica o interaccional no significa que dos personas que mantengan una conversación ejerzan la misma influencia sobre las significaciones o las comprensiones que se desarrollen. El rol de cada persona, su posición, etc., y el contexto en el que se desarrolla la conversación son todos elementos que provocan un impacto en los resultados de la negociación...sin embargo, la perspectiva dialógica sugiere que...ninguna de las dos personas tiene el control unilateral sobre los resultados de la negociación.	84
Lo que está muy claro es que la intención del terapeuta ejerce muy poco control (o ninguno) sobre la respuesta del paciente. La respuesta del lector no esta determinada por la intención del autor y la respuesta del paciente no está determinada por la pregunta del terapeuta. Por un lado las preguntas abren posibilidades para diversos tipos de respuestas mientras que, por otro lado, simultáneamente restringen y limitan las posibles respuestas.	130
Sólo cuando la respuesta es útil podemos decir que la (supuestamente muy buena pregunta) fue útil. En realidad a menudo comprobamos que lo que la pregunta en verdad significaba sólo puede saberse gracias a la respuesta que provoca. Es decir, podemos decir más sobre qué tipo de pregunta era una pregunta observándola retrospectivamente desde la respuesta.	131
A medida que releía mis propios casos desde este punto de vista, llegué a darme cuenta de lo listos que eran mis pacientes. La mayor parte de las ideas para realizar "intervenciones desusadas" en el montón de casos heterogéneos ¡procedían en realidad de los propios pacientes! Afortunadamente, nosotros también escuchábamos con ánimo igualmente perspicaz cuando ellos nos decían que hacer...Quizá todos tengamos necesidad de recordar la naturaleza dialógica conversacional de la práctica terapéutica y releer todas esas historias prestando especial atención a la interacción, lo cuál nos conduciría a la idea de que la terapia inteligente depende de que haya pacientes y terapeutas que trabajen juntos inteligentemente de manera inteligente.	58

De Shazer, S. (1999). *En un principio las palabras eran magia*. Gedisa: Barcelona. (Original de 1994)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
El lenguaje es la realidad. Problemas maritales y problemas individuales son sencillamente construcciones de quienes emplean estos términos. Lo que esos términos significan es arbitrario e inestable, es decir, la significación varía según quien utiliza los términos y de acuerdo a la persona a quien se dirige dentro de un contexto específico.	30
El empleo del término “deconstrucción” es muy problemático y tal vez peligroso, porque el uso (abuso, o por lo menos mal uso) que se le ha dado en filosofía (británica y norteamericana), en la crítica literaria y hasta en la terapia familiar, ha sido muy flexible e incluso contradictorio. Anteriormente lo empleé siempre con gran vacilación y desde ahora decidí reemplazarlo por mi propia expresión “lectura concentrada en el texto”, puesto que se ajusta adecuadamente a mi propio enfoque tanto de la lectura como de la práctica de la terapia.	59
En vez de observar el lenguaje con el que se trabaja, y de observar las conversaciones, tradicionalmente los terapeutas ven sistemas, estructuras, ataduras, enredos, juegos sucios, divisiones y otras imaginaciones lamentables. El terapeuta tiene que ver “entre líneas” o “por debajo de las palabras y los hechos” a fin de interpretar y unir piezas para resolver los problemas. Sin embargo partiendo desde un punto de vista Wittgensteiniano, el terapeuta y los clientes tienen sólo el lenguaje para avanzar.	30
La terapia ocurre dentro del lenguaje y el lenguaje es lo que los terapeutas y el paciente utilizan para hacer terapia. De ese modo, la consigna señala en dirección a la idea de Condillac de que para aprender acerca de la terapia debemos primero aprender nuestro propio idioma (y de hecho para aprender sobre la conversación o sobre cualquier otra actividad humana)	24

De Shazer, S. y Miller, G. (1998). *Have you Heard the Latest Rumor About...? Solution-Focused Therapy as a Rumor*. Family Process, 37 (1), 363-377.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
La Terapia Centrada en las Soluciones es una actividad que involucra juegos de lenguaje, relaciones políticas y temas éticos.	363
Frecuentemente pasamos por alto la importancia del lenguaje en nuestras vidas porque, como Wittgenstein sostiene, está organizado en diversos juegos de lenguaje que son tan familiares para nosotros que lo tomamos como algo dado.	370
Los juegos de lenguaje consisten en formas típicas en las cuales usamos el lenguaje para construir significados y construir relaciones sociales. Quizás porque sean tan ordinarios, tratemos a los juegos de lenguaje como triviales.	370
Una de las grandes contribuciones de Wittgenstein, fue advertir en la manera en que el lenguaje impregna nuestra vida diaria, recordándonos así que debemos prestar atención a este aspecto inadvertido de la sociedad.	370
Wittgenstein elabora sus conceptos de juegos de lenguaje y formas de vida describiéndolas como formas de caminar en el mundo, esto es, los JL nos posibilitan para ver, experimentar y participar en mundos sociales construidos con diversos objetos, eventos y personas. Los diferentes usos del lenguaje son como patrones para Wittgenstein.	372
Los juegos de lenguaje, están asociados con formas de vida (roles sociales concretos y relaciones dentro de las cuales dirigimos nuestras vidas). Cada una de estas formas, están vinculadas a un escenario de juegos de lenguaje observables, de acciones que los definen como una actividad distinta. Son formas diferentes de existir en el mundo.	370
Los significados son pulidos, transformados, reforzados o atenuados en la comunidad.	363
Ayudar a los clientes a cambiar sus vidas es una justificación para la terapia .La TCS está organizada para crear cambios positivos tan rápidos como sea posible y con la mayor ética. Las cuestiones prácticas acerca de la terapia se centran en los deseos de los clientes hacia el cambio y la responsabilidad del terapeuta para trabajar con los clientes en la construcción del cambio. Los clientes pagan a los terapeutas para hacerlo. Es el trabajo de los terapeutas.	366, 367
Pragmáticamente, como Wittgenstein considera, cualquier proceso interno (como la depresión, o el stress), necesariamente debe exponerse en criterios externos. Cuando los clientes se “sienten mejor” hacen cosas diferentes y estas conductas diferentes ocasionan que otras personas se comporten con ellos de forma diferente. Estas respuestas sirven como reforzamiento a las conductas diferentes de los clientes, reforzando así los cambios internos.	366
Esta estrategia es consistente con lo expuesto por Wittgenstein y está relacionado con los filósofos del lenguaje. Ellos enfatizan que los significados de las palabras son inseparables de las formas en las cuáles la gente las usa dentro de contextos sociales concretos. Cualquier palabra puede tener significados infinitos, pero este no es el caso en el mundo práctico de la vida diaria. Aquí las palabras son utilizadas para conseguir fines prácticos de los hablantes (y de los oyentes) y de los autores (y de los lectores). Usamos el lenguaje para hacer cosas y en el proceso asignamos significados concretos a las palabras que usamos.	370
El JL de las soluciones, por otro lado se centra en encontrar maneras de dirigirse a remediar los problemas de uno. Aquí el énfasis es la identificación de recursos que utilizamos o podemos utilizar para cambiar nuestras vidas. Una forma de “jugar” este juego de lenguaje es, considerar al cambio como una lucha para ganar el control sobre nuestros problemas. Pero esto puede ser jugado en muchas otras formas; incluso considerando a los problemas y su origen como irrelevantes en el proceso de cambio.	371
Nuestro interés está en abrir nuevas posibilidades interpretativas para los lectores y evitar el cierre de otras posibilidades. Este es un juego de lenguaje diseñado para perturbar otros juegos de lenguaje y sus formas de vida, particularmente a aquellos que consideran a los significados como estables y auto evidentes. En terapia la estrategia deconstruccionista, es usada algunas veces para perturbar las definiciones convencionales de los problemas de los clientes, tales como las categorías de diagnósticos formales de la terapia y las orientaciones inefectivas del cliente para sus vidas y problemas.	376
Las historias contadas por los terapeutas CS subrayan que las soluciones a los problemas de los clientes están presentes en la vida de los clientes. Estas soluciones están presentes como excepciones a los problemas y como recursos personales y sociales. Las preguntas de la TCS, asumen que la vida de los clientes está cambiando constantemente y que los problemas son realidades discontinuas y contingentes porque no siempre están presentes. El juego de lenguaje CS está diseñado para persuadir a los clientes de que el cambio no sólo es posible, sino inevitable. Este es, en otras palabras, un proceso retórico diseñado para hablar a los clientes de sus soluciones.	373, 374

De Shazer, S. y Miller, G. (1998). *Have you Heard the Latest Rumor About...? Solution-Focused Therapy as a Rumor*. *Family Process*, 37 (1), 363-377.

Premisas del autor orientadas al cambio		Pag
Las soluciones son parte de un juego de lenguaje diferente que puede estar desconectado al juego de lenguaje de los problemas. ¿Cuáles son las oportunidades, por ejemplo, de aprender a bailar tango, si pasamos los días y las noches, jugando ajedrez? Hablar acerca de los problemas es como bailar tango, y hablar de las soluciones es como jugar ajedrez. La carencia de una conexión entre el lenguaje centrado en el problema y en el centrado en las soluciones es fundamental en la práctica de la TCS. Resulta innecesario encontrar las causas de los problemas de los clientes, para construir soluciones, el tiempo empleado para investigar estas causas, puede hacer que empeoren los problemas.		372
Estos JL moldean la manera en la que orientamos y categorizamos nuestras circunstancias de vida. Esto nos alienta a poner atención a algunos aspectos de nuestra vida y a desatender o ignorar otros aspectos. La TCS se desarrolla sobre este hecho Wittgensteiniano de vida.		374
Hablamos de nosotros mismos dentro de las soluciones para cambiar la manera en que interpretamos y describimos nuestras vidas. Las descripciones sobre las soluciones no son ficticias. Nuestras experiencias con las condiciones materiales están siempre influidas por los juegos de lenguaje que "jugamos". La TCS impulsa a sus clientes a reinterpretar sus opciones en la vida y a hablar de ellos mismos dentro de las soluciones. Esta actitud está impulsada por la aproximación Wittgensteiniana del lenguaje y es remarcada por algunos filósofos postmodernos. Si el significado es cambiante, y se basa en nuestro uso del lenguaje ¿Por qué no jugar con él, para producir significados nuevos y más deseables?		374
Ni el autor o hablante, ni el lector u oyente pueden estar seguros de que son capaces de comprender con alguna certeza lo que el otro realmente quiere decir, porque cada uno lleva al encuentro toda la carga de su experiencia previa, única. Se llega a la significación a través de la negociación dentro de un contexto específico. Es decir, los mensajes no se envían, sino que sólo se reciben... Estrictamente hablando el receptor nunca entiende los pensamientos exactamente en la manera en la que el transmisor intenta ser entendido.		363

De Shazer, S. (2005a). *The miracle question*. Disponible en www.brief-therapy.org/stevemiracle. Fecha de acceso 2/julio/ 2005

Premisas del autor orientadas al cambio	
I think my (our) initial mistake was to call it "the miracle question" when it has never been just a simple question. Rather, its purpose was to shift the conversation quickly and easily into the future when the problems (that brought the client to therapy) were gone. That is to say, the "question" itself was never as important as the client's response. Over the years of dealing with the wide variety of client responses I have somehow sort of learned how best to respond to their responses. In part, I learned this from watching how Insoo Kim Berg responds to her clients' responses. Further, I learned this from watching how other therapists' responsive behavior did not lead to the kind of miracle picture Insoo's clients were able to develop	

De Shazer, S. (2005b). *Some SFBT language-games*. Disponible en www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005

Premisas del autor orientadas al cambio	
Another useful language game developed over 20 years ago when my colleagues and I picked up the idea of using the concept of miracles from our clients. One day a client was asked: "How will you know that this problem is gone?" She responded, "That would take a miracle!" The therapist, Insoo Kim Berg, then said, "Well, suppose that a miracle did happen. What would be different?" From there the client and therapist were able to develop a picture of how the client's life would be different if a miracle were to happen.	
The term "miracle," in this context of a therapy session, is given a different home base that is (usually) not religious. Of course this idea of a sudden, unexplained change has immediate appeal; people prefer changes to just happen without having to make extraordinary efforts. In fact, most changes in life simply appear to happen spontaneously and only afterwards to we recognize that something is different and only subsequently do we sometimes bother to attempt an explanation. This sort of everyday, spontaneous change fits well within the "miracle" language game. This is confirmed in most cases when clients are able to describe the day after the miracle which involves what seems to an observer to be relatively minor details of the changes in their daily lives. The way we ask the miracle question has evolved a relatively standard structure and wording.	

De Shazer, S. (2005c). *Emotions and scaling questions*. Disponible en www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005

Premisas del autor orientadas al cambio	
Although emotions are most usefully described interactionally within the context which is their home-base, most often clients (and many therapists) describe emotions as inner states or processes - which, as Wittgenstein points out - stand in need of outer criteria. Of course clients tell therapists that they want to feel "better" and at least in part this is the purpose of therapy. However, when questioned about this - "How will you know you feel better?" or "Once you feel better, what will you do that you don't do now?" or "How will other people know you feel better?" - many find it difficult to describe and say things such as "I don't know how I'll know, I'll just feel better." Scaling questions can be quite useful in helping to clarify and bring these inner states and process into view.	

De Shazer, S. (2005c). *Emotions and scaling questions*. Disponible en www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005

Premisas del autor orientadas al cambio

It seems useful and important for the therapist to help the client develop a broad range of possibilities to allow for more and different signs of progress, more and different signs that the miracle has happened. Clients seem to easily recognize that the "miracle" is like a "wish" about the future and that, as Wittgenstein (Philosophical Investigations) put it, the question of whether I know what I wish before my wish is fulfilled cannot arise at all. And the fact that some event stops my wishing does not mean that it fulfils it. Perhaps I should not have been satisfied if my wish had been satisfied.

In some ways all the conversation in the session around solutions, miracles, better, etc is just one extended metaphor, a language-game. Since problems, the usual focus of therapy, are seldom talked about and never initiated by me, all the topics can be seen as metaphors for "problems." As a Japanese researcher said 20 years ago when first seeing one of our videotapes: "Ah ha! It is very clear what you are not talking about." Although the problem the client brought to therapy was never mentioned or talked about at all explicitly, all the observers knew what it was. This is frequently the case in my work.

De Shazer, S (2005e). Thinking about Miracle Question. Disponible en: www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005

Premisas del autor orientadas al cambio

One of the therapeutic challenges is how to help clients maintain this kind of "feeling better," or to help the client figure out how to keep "feeling better" in mind so that he/she does not forget that he/she feels better. Since "better" feelings tend to be fleeting, particularly in this beginning of constructing a solution, the therapist will first wait a bit to see if the client continues with more in the same vein.

. If not, he will ask a question related to what the client has said: "Pounds lifted – hmm, so what will you do as a result?" "After jumping out of bed, what will you do next?" "How will things be different once you get to work?" In each case, the therapist's response is designed to help the client develop more details and to begin to place the clients' descriptions in a larger, social context – since, as Wittgenstein points out: When it comes to emotions and feelings, the main question is: "In what sort of context does it occur?"

When the client imagines "feeling better" in a wider range of situations involving various other people then he or she can begin to make the switch from "I am able to imagine that I feel better" to "I am able to imagine that I am better" which probably would not happen if the description remained only about his or her feelings since these are too difficult to keep in mind.

Of course this sort of talk is not normal; we would never actually say "I am able to imagine ..." We might say simply "I imagine ..." but this seems to evolve, gradually or swiftly into the more common phrase "I feel better" which is a perfectly normal way to talk. It is common, in fact, for clients to shift out of the conditional ("I would ...") into the simple present tense. Use of a future tense in describing the day after the miracle is quite uncommon.

Of course the miracle does not happen in a vacuum and so it is at least useful, perhaps even necessary, to explore with the client how other people react to what he does. His wife's reaction, for instance, is crucial. Obviously, if she were to react negatively to the changes, then these changes would probably be short lived. Her reactions — as long as he sees them as desirable — serve as rewards or reinforcements for the changes.

Thus, in SFBT, the concept of "goals" can be seen as subsumed within the concept of miracle and the consequences of the miracle (the consequences of reaching named or unnamed goal(s)) is called a "solution." Thus, SFBT is not goal-focused but rather it is solution-focused.

White, M., Epston, D., y Murray, K. (1996). *Una propuesta para re-escribir la terapia*. En: Gergen, K y McNamee, S. (Comps.). *La terapia como construcción Social*. Barcelona: Paidós. (Original de 1992)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
... la vida es la representación de los textos. Y es precisamente la representación de estos textos lo que transforma las vidas de las personas; sin embargo estas, representaciones deben realizarse frente a audiencias relevantes o divulgarse por algún medio.	124
Y dado que los buenos relatos transforman en mayor medida la experiencia del lector que los malos relatos, estas reflexiones podrían llevarnos a revisar la estructura de los textos de mérito literario.	124
Así, con cada representación, las personas reescriben 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 reescritura, al proceso que atraviesan las personas al entrar en las historias con toda su experiencia y su imaginación; y al proceso de adueñarse de esas historias y hacerlas propias.	125

White, M. (1992). *Men's Culture, The Men's Movement, & The Constitution of Men's Lives*. Dulwich Centre Newsletter. 3(4), 33-52.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
The achievement of identity requires that persons be active in the negotiation of the different experiences of the ways of life and thought that are to be had at the different sites of the culture; at the different positions in social structures and at different places in communities of persons. And this achievement also requires the interpretation of experience and the structuring of self-narrative. Rather than deny agency and the subject, I believe that this perspective emphasizes agency and the subject.	41
These considerations about the multi-sited nature of the self, and about the contradictory experiences of the self that are encountered at these sites, give rise to the notion that identity is an outcome of the negotiation of various subjectivities. In that many of these subjectivities are competing, on this account identity is necessarily "dilemmatic".	41
It is through self-narrative that persons give meaning to their experience and achieve a sense of their lives unfolding it is through narrative that persons structure their lived experience into sequences of events in time – through past, present and future – and according to certain plots.	41
..., there are many gaps in personal narratives. Such gaps are the outcome of the degree to which ambiguity and uncertainty feature in all stories. In the living of , or in the performance of self –narrative, these gaps must be filled... in the management of these contingencies, in the filling of these gaps, and the resolution of these contradictions and inconsistencies, narratives not only shape life, but persons also transform narratives of self as they perform these narratives.	41
So, although personal narratives are shaping of persons' lives . there is a certain indeterminacy to them – one which emphasises the role of agency and of the subject in the constitution of one's life.	41
The account of identity that is described here proposes a "subject" that is constituted through certain modes of life and of thought. However, this is not a subject that is reducible to these modes of life and thought. Rather, what is being presupposed is a subject that is capable of negotiating various subjectivities and contradictions, managing contingencies, and filling the gaps that arise in personal narrative. But this is not a subject that can be considered apart from real effects of this activity – for in the process o living one's life the subject is transformed.	42
These alternative subjectivities, these alternative experiences of self , can be considered to be sites of resistance and can provide a point of entry to the articulation and performance of alternative knowledges and practices of men's ways of being – and, of course, to the renegotiation of identity.	44
Just as alternative subjectivities can provide a point of entry to alternative modes of life an thought for men so can the alternative sub-narratives of u rives an those neglected aspects f ived experience that have defied interpretation.	44
It is through the articulation of preferred knowledges and practices of men's ways of beings, those that are associated with alternative subjectivities and narratives of self, that resistance to the dominant ways in which we have been classified and identified as men can be determined, nonoured and further articulated.	44
And it is through a commitment to perform these alternative knowledges and practices f life that the dominant men's culture of present day will be dismantled.	44

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
... toda información es necesariamente la «noticia de una diferencia», y que es la percepción de la diferencia lo que desencadena todas las nuevas respuestas en los sistemas vivos,...	20
Además, he propuesto la externalización del problema como un mecanismo para ayudar a los miembros de la familia a apartarse de las descripciones «saturadas por el problema» de sus vidas y relaciones.	21
En su esfuerzo de dar un sentido a su vida, las personas se enfrentan con la tarea de organizar su experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales, a fin de obtener un relato coherente de si mismas y del mundo que las rodea.	27
Una narración no puede abarcar jamás toda la riqueza de nuestra experiencia vivida.	28
Si aceptamos que las personas organizan su experiencia y le dan sentido por medio del relato, y que en la construcción de estos relatos expresan aspectos escogidos de su experiencia vivida, se deduce que estos relatos son constitutivos: moldean las vidas y las relaciones.	29
Así, la analogía textual nos introduce en un mundo intertextual, y ello en dos sentidos .En el primero, afirma que la vida de las personas están situados en textos dentro de textos .En el segundo sentido, cada vez que se cuenta o se vuelve a contar un relato, a través de su realización, surge un nuevo relato, que incluye al anterior y lo amplía.	30

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
La identificación o generación de relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados, aportando con ellos posibilidades más deseables, nuevos significados, más útiles, satisfactorios y con final abierto.	31
Estos aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante constituyen una fuente, llena de riqueza y fertilidad, para la generación, o regeneración de relatos alternativos.	32
Estos acontecimientos extraordinarios, están siempre presentes incluyen toda la gama de sucesos, sentimientos, pensamientos, acciones, etc., que tienen una localización histórica presente o futura, y que el relato dominante no puede incorporar.	32
El descubrimiento de acontecimientos extraordinarios, y la externalización del problema, pueden fortalecerse después instando a las personas a describir su influencia, y la influencia de sus relaciones con los otros, sobre la «vida» del problema.	33
Una vez identificados los acontecimientos extraordinarios, se puede invitar a las personas a atribuirles significados.	33
Invitar a las personas a convertirse en espectadores de su propia representación de estos relatos alternativos favorece la supervivencia de los relatos y el sentido de agencia personal.	33
Con el hecho de asistir a la representación de un nuevo relato, el público contribuye a la escritura de nuevos significados. Cuando el sujeto del relato «lee» la experiencia que la audiencia tiene de la nueva representación, ya sea a través de la reflexión sobre estas experiencias, ya sea por una identificación más directa, se embarca en revisiones y extensiones del nuevo relato.	34
...Se ha sostenido que el significado se consigue a través de la estructuración de la experiencia en relatos, y que la representación de esos relatos es constitutiva de las vidas y las relaciones. Como esta narración de la experiencia depende del lenguaje, al aceptar esta premisa estamos también proponiendo la idea de que asignamos significado a nuestra experiencia y constituimos nuestras vidas y relaciones a través del lenguaje.	43
A través de este proceso de externalización, las personas adoptan una perspectiva reflexiva respecto de sus vidas, y pueden considerar nuevas opciones para cuestionar las «verdades» que experimentan como definidoras y especificadoras de ellas mismas y de sus relaciones. Esto les ayudará a negarse a la «cosificación» de sus personas y sus cuerpos a través del desconocimiento.	45
...El uso de la tradición escrita en terapia promueve la formalización, legitimación y continuidad de los conocimientos populares locales, la autoridad independiente de las personas y la creación de un contexto para el surgimiento de nuevos descubrimientos y posibilidades.	50
...La tradición escrita en terapia,... permite aumentar la cantidad de información que puede procesarse en nuestra memoria a corto plazo en un momento dado.	51
Al ayudar a los miembros de la familia a separarse y separar sus relaciones del problema, la externalización abre la posibilidad de que se describieran a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no saturada por el problema; permitía el desarrollo de una historia alternativa de la vida familiar, más atractiva para la familia.	54
La externalización del problema permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones. Al hacerlo, recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida, aspectos ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante.	55
Cuando se identifican acontecimientos extraordinarios, puede estimularse a las personas a que desarrollen nuevos significados en relación con ellos. Esto requiere que los acontecimientos extraordinarios pasen a formar parte de una historia alternativa de la vida de la persona.	55
(las preguntas de influencia de las personas en la vida del problema) ... invitan a los clientes a describir su propia influencia, así como la influencia de sus relaciones, sobre la vida del problema. Estas preguntas generan información que contradice la descripción saturada por el problema de la vida familiar; y ayuda a las personas a identificar su competencia y sus recursos ante la adversidad.	59
Los acontecimientos extraordinarios pueden situarse en el futuro. Pueden identificarse revisando las intenciones o planes que tiene la persona para escapar de la influencia del problema, o investigando sus esperanzas de liberarse de ciertos problemas.	73
La identificación de acontecimientos extraordinarios y la creación de significados en torno a ellos ayudan a los clientes a identificar su resistencia a los efectos del problema o a sus exigencias.	76
La exploración de nuevas posibilidades en la vida de las personas se ve potenciada cuando se las anima a hacerse más conscientes y a formular más explícitamente este cambio en su relación con el problema.	76
Las prácticas asociadas a la externalización del problema... fomentan una nueva sensación de agencia personal y, con ella, las personas son capaces de asumir su responsabilidad en la investigación de nuevas opciones en su vida y en el seguimiento de nuevas posibilidades. En este proceso, las personas experimentan una nueva capacidad de intervenir sobre su mundo.	78
Cuando las personas aprenden a separarse de sus problemas, pueden llegar a desafiar otras prácticas, de origen cultural, que «cosifican» y convierten en «objetos» a las personas y a sus cuerpos.	78
He defendido que las prácticas asociadas a la externalización de problemas se consideren contraprácticas en contraposición a las prácticas culturales que convierten en objetos a las personas y a sus cuerpos. Estas contraprácticas abren espacios en los que las personas pueden reescribirse o reconstituirse a sí mismas a los demás y a sus relaciones, según guiones y conocimientos alternativos.	86
Cuando situamos una terapia en el contexto del modo narrativo, se considera que los relatos vitales se han construido a través del «filtro de la conciencia de los protagonistas».	94
Las cartas pueden desempeñar un papel decisivo a la hora de ayudar a las personas a localizar sus propias historias de lucha y a identificar conocimientos alternativos.	124
Las cartas que ayudan a la gente a desafiar las «verdades» dominantes sobre las personas y las relaciones tienen siempre un efecto fortalecedor.	126

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
...Las cartas se utilizan principalmente con el objetivo de convertir las vivencias en una narración o «relato» que tenga sentido de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo	130
Los relatos alternativos surgen a partir de la historia dominante, o se descubre que corren por vías paralelas que habían sido suprimidas o no se habían admitido en el informe. Las historias alternativas derivan del descubrimiento de «acontecimientos extraordinarios» que, o bien contradicen el relato dominante, o aparecen como anomalías incomprensibles.	132
Reescribir supone re- situar la experiencia de una persona/familia en nuevas narraciones, de modo que el relato que era dominante se vuelva obsoleto.	132
La incorporación de un mayor número de lectores y la congregación de un público, no sólo contribuyen a la supervivencia y consolidación de nuevos significados, sino también a una revisión de los significados preexistentes.	188
En estos documentos, el sujeto desempeña un papel central a la hora de contribuir a la especificación de sí mismo y de esta manera se hace consciente de su participación en la constitución de su propia vida. Esto puede desarrollar un profundo sentido de la responsabilidad personal, así como conducir a la conciencia de que se posee la capacidad de intervenir en la conformación de la propia vida y las propias relaciones.	188

White, M. (1993). Commentary: *The Histories of the Present New Directions in Family Therapy*. En S. Guilligan & R. Price. *Therapeutic Conversations*. New York: Norton.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
This deconstruction undermines their sense of failure, and frees them to engage in the exploration and identification of other ways of life and of thinking that do not require such extreme acts of self-torture in order to establish this sense of worth.	128
I have proposed that externalizing conversations have a part to play in the destruction of the modes of life and thought that are constituting of persons' lives. To encourage persons to define or to reflect on the relationship that they have with their problems opens the possibility for them to experience as separation or alienation from the taken-for-granted modes of life and of thought that are associated with the problem. In this way, these modes of life and thought are rendered strange, and they no longer speak to persons of the truth of their identity –of their nature.	129
In that these alternative histories provide for a re-storying of life, they are of critical importance in this work. When we take seriously the narrative metaphor, we conclude that it is not contradictions or exceptions that persons live by, that provide a structure for –life, but stories – and that it is the performance of alternative stories that is transformative of persons' lives. It follows that these alternative stories are, to an extent. Accompanied by alternative modes of life and of thought, the real effects of which can be reviewed and explored.	130
To encourage a person to orient him/herself to the mystery associated with a contradiction can trigger the construction of sequences of events thought time that lend a sense of coherence to the persons' life. This construction is work that takes place on the inside of culture and on the inside of personal and community history.	131
The identification of contradiction with mystery is provocative of imagination, and the use of particular languages of therapy, often painteresque, is evocative powerful images... ...I have speculated that these powerful images “trigger reverberations” that reach back, in history, to certain events or experiences that “resonate” in some way with the image – many experiences of the past, that would not be remembered under ordinary experiences, “light up” and contribute to alternative story lines.	131

White, M. (1994). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Gedisa

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Este externalizar conversaciones “hace exótico lo doméstico” o familiar, pues se alienta a las personas a identificar las historias privadas y los conocimientos culturales de conformidad con los que viven, esos conocimientos o historias que guían sus vidas y que les hablan de su propia identidad. Esa externalización ayuda a las personas a rebelar con el tiempo la constitución de su yo y de sus relaciones. (Original de “Desconstrucción y terapia” 1991)	34
A medida que las personas se entregan a esta operación de externalizar sus historias privadas, dejan de hablarles de su identidad y de la verdad de sus relaciones: dichas historias privadas ya no penetran en la vida de las personas; estas experimentan una separación de semejantes historias, una alienación respecto de ellas.	34
Las preguntas que historian logros aislados son particularmente eficaces para dar nacimiento a otros posibles panoramas de acción. Tales preguntas obran a manera de puente entre hechos preferidos del presente y el pasado.	36
Las preguntas del panorama de conciencia invitan a la articulación y a la realización de estas preferencias alternativas, deseos, cualidades personales y de relación, estados intencionales y creencias, y todo culmina en una “revisión” de los empeños y compromisos personales en la vida.	38
A medida que las personas responden a las preguntas referentes al panorama de acción y al panorama de conciencia, van reviviendo experiencias y es como si sus vidas fueran contadas de nuevo.	39
Las preguntas de experiencias de experiencias facilitan mucho el proceso de recreación de vidas y relaciones y, a menudo, son más fecundas que las preguntas que alientan a las personas a reflexionar directamente sobre sus vidas. Estas preguntas incitan a las personas a dar una versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar de ellas.	39
En la terapia, la objetivación de estas prácticas de poder familiares y dadas por descontadas contribuye muy significativamente a destruirlas. Y esto se logra incitando a las personas a externalizar vivencias relacionadas con dichas prácticas. Cuando las prácticas de poder quedan desenmascaradas, las personas pueden asumir una posición respecto de ellas y contrarrestar la influencia que tienen en sus vidas y relaciones.	46-47

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
También he participado con algunas personas en la desconstrucción de determinados modos de vida y pensamiento,... como resultado de esto, las personas son capaces de rechazar esos efectos así como aquellas estructuras consideradas injustas.	47
Las prácticas terapéuticas que he llamado "desconstructivas" ayudan a que las personas experimenten cierta sensación de "acción". Esta sensación se debe a la experiencia de escapar de la condición de ser un "pasajero" en la vida y a la sensación de ser uno capaz de desempeñar un papel activo en la modelación de la propia vida, la sensación de poseer la capacidad de influir en los hechos de la vida de conformidad con las finalidades que uno tiene y de conformidad con los logros preferidos.	52
Esta sensación de acción personal nace cuando la persona advierte hasta qué punto ciertos modos de vida y de pensamiento dan forma a su existencia y cuando se lleva a cabo alguna decisión respecto de los modos de vida y pensamiento según los cuales podríamos vivir.	52
Estas prácticas terapéuticas que yo llamo desconstructivas ayudan a las personas a apartarse de los modos de vida y pensamiento que, según ellas, empobrecen sus propias vidas y las vidas de los demás.	52
Las preguntas que parecían más eficaces para ayudar a las personas a reivindicar estas importantes relaciones, eran aquellas que invitaban a relatar lo que las personas percibían como la experiencia positiva de ellas que tenía el ser desaparecido. Este relato era expresión de la experiencia que tenían de aspectos específicos de lo que experimentaba la persona fallecida. (Original "Decir de nuevo: ¡Hola! Primavera" 1988)	61
Alcanzar un sentido de autenticidad en las aspiraciones que uno tiene exige que no solo que esas aspiraciones se apoyen de algún modo en la experiencia vivida, sino que también exige que esas aspiraciones "se pongan en obra". Y la experiencia de realizar aspiraciones y de identificarse con ellas está facilitada por el hecho de hacer circular las nuevas ideas y significaciones vinculadas con conocimientos alternativos o versiones alternativas. Esa circulación aumenta la supervivencia de tales conocimientos.	63
Tener conciencia de la producción de las propias producciones de uno abre nuevas posibilidades para que las personas dirijan el curso de sus vidas. Cuando las personas se dan cuenta del proceso en el cual son, por un lado, actores y, por otro, espectadores e sus propias realizaciones se les hacen accesibles nuevas opciones...	64
Al lograr esta incorporación (de la relación perdida) una persona llega a establecer una nueva relación con su yo. Y en el proceso la persona introduce concepciones alternativas de su yo como persona y las presenta a los demás en sus redes sociales.	67
Como reacción a la incitación de atender a los logros aislados, los miembros de la familia conciben nuevas descripciones de sí mismos, de los demás y de sus relaciones	70
Las preguntas sobre logros aislados incitan a los miembros de la familia a discernir aquellas intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada de problemas de la vida de la familia, " esos milagros atemporales" que de otra manera pasarían inadvertidos.	75
Estas preguntas (sobre posibilidades únicas) alientan a los miembros de la familia a investigar otras versiones posibles del yo y de sus relaciones, a descubrir qué nuevos y valiosos destinos o metas podrían acompañar las explicaciones únicas y las redescrpciones únicas, y a descubrir qué indicios estas versiones alternativas podrían suministrar sobreposibilidades futuras y sobre los pasos específicos ofrecidos por esas posibilidades.	80
La metáfora cibernética de la retroalimentación puede invocarse para ayudar a describir los elementos específicos del sistema en que se sustenta el estilo de vida de sentirse arrinconado	89
En el proceso de externalizar problemas se utilizan prácticas culturales de objetivación que se enfrentan con otras prácticas culturales de objetivación. El problema mismo queda externalizado, de modo que la persona ya no es el problema.	91
Cuando la externalización de la esquizofrenia desafía a prácticas de división une a los miembros de la familia y los faculta para protestar contra las maneras en que se han sentido compelidos a cooperar con la esquizofrenia.	92
Las nuevas descripciones y distinciones... .. suministran una fuente de nuevas y creativas respuestas por parte de los miembros de la familia.	96
Al reflexionar en estas preguntas (preguntas complementarias), los miembros de la familia llegan a una "visión binocular" o descripción doble de la permanencia de los problemas que experimentan como opresivos. Se trata de un punto de vista que los capacita para eludir la coacción de los ciclos de retroalimentación que perpetúan y refuerzan estos problemas.	94
Como resultado de estas preguntas que plantean dilemas, todos coincidieron en declarar que deseaban abandonar el estilo de vida perturbado. (Original de "Una familia deja atrás los trastornos que la perturbaban" 1986)	109
La introducción de una perspectiva cibernética mediante esta indagación de las limitaciones referentes a la redundancia y de las limitaciones referentes a la retroalimentación, establece un nuevo "código" o contexto receptor que permite recoger nuevas ideas dentro del sistema terapéutico	122
Las noticias (la información sobre la diferencia) de los sucesos que ocurren "ahí afuera" se transforman en descripciones que cobran la forma de palabras, cifras o imágenes y llegan a constituir "historias" mediante la explicación... la supervivencia de las novedades depende del modo en que se adaptan a la red de supuestos. La información que no tiene una significación en ese contexto" se olvida o se desdibuja".(Original Explicación negativa, restricción y doble descripción 1986 vol. 25 N 2)	144
..., el terapeuta ayuda a que las nuevas ideas ondeen mas tiempo que las antiguas ideas. En esta terapia, el terapeuta participa en la creación de un contexto que impulse a la aventura y el descubrimiento.	145
...,el terapeuta con su intervención contribuye a fortalecer las nuevas ideas; lo hace empleando un lenguaje que de la dimensión temporal, hablando de momentos de crisis" de salidas, de "embarcarse", "despegar", etc. El terapeuta puede alentar aún mas el fortalecimiento de las nuevas ideas destacando en detalle las respuestas de los miembros de la familia. El terapeuta puede confesar que el repentino cambio de dirección lo tomó desprevenido y puede pedirles a los miembros de la familia que encuentren el modo de explicarle más claramente esos cambios.	153

White, M. (1994). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Gedisa

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
El debate sobre los dilemas determina en los miembros de la familia una disposición a lanzarse a experimentos que favorecen nuevos rumbos. La mayor parte de estos experimentos son espontáneos. Son el resultado de la recepción de noticias de diferencias, aunque también pueden estar más explícitamente planeados.	125
..., puede preguntárseles a los miembros de la familia qué nueva comprensión alcanzaron al cambiar sus estilos de vida, qué diferencias esperan que produzca esa nueva comprensión en el futuro y qué les dicen esos nuevos conocimientos (que obran como señales en el nuevo camino) acerca de los futuros destinos.	154
..., el terapeuta puede pedirles a los miembros de la familia, en vista del éxito obtenido, algún consejo que ellos consideren que podría serle útil a otras familias que tengan problemas similares. Esta actitud eleva a la familia a la categoría de "asesora", en marcado contraste con la categoría de "pacientes".	155
En esta etapa, como los miembros de la familia ya están más dispuestos a afrontar lo nuevo, la participación activa del terapeuta en la elección de las nuevas ideas es menos necesaria. Este tipo de conducta llamada de "exploración" adquiere un valor más alto y el terapeuta se desliga o va siendo gradualmente apartado del sistema terapéutico.	155
Después de analizar las consecuencias del cambio, se les pregunta a ambos si están dispuestos a explorar algunas de las diferencias que van a experimentar sus vidas si ellos se animan a desafiar las instrucciones de la ideología patriarcal. (Original, "Terapia conjunta para hombres violentos y las mujeres que viven con ellos. Primavera 1986)	173
Puesto que la derivación de esa descripción de la capacidad que tiene el niño o la niña de influir en la "vida" del problema es esencial, ... el terapeuta puede llegar a esa descripción indirectamente... entonces, le pido que me explique como es posible que haya sido capaz de responderme "x" preguntas en un nivel propio de su edad y puesto que con frecuencia "y" preguntas en un nivel de un niño o niña de más edad. Esto hace que el niño pueda reconocer más fácilmente su capacidad para influir en la vida de sus temores. (Destruir los miedos y domar a los monstruos. 1985)	178
La mayor parte de los niños suelen estar encantados con la idea de ser "un buen ejemplo" para los demás.	182
Mi respuesta a estas bravatas es pedir la información sobre la cantidad de fuerza que cree que posee para afrontar este problema. Los niños pueden ayudarme a comprender el alcance de esta fuerza dándome detalles de alguna hazaña que haya realizado y que les haya exigido determinación y perseverancia, por ejemplo, trepar a los árboles o hacer largos recorridos en bicicleta. (Pseudoencopresis. 1984 vol. 2 N2)	192
Cuando se trata a los pacientes como asesores de sí mismos, de otros pacientes y del terapeuta, ellos se sienten con mayor autoridad sobre sus propias vidas, sobre sus problemas y sobre la solución de tales problemas. Esa autoridad adquiere la forma de un conocimiento experto que se registra en un medio popular a fin de hacerlo accesible al propio asesor, al terapeuta y otros potenciales pacientes. (Asesorar al asesor 1990)	208
La terapia concluye con una invitación a las personas a asistir a una reunión especial con el terapeuta, a fin de documentar en ella los conocimientos que resucitaron o se generaron dentro de la terapia. Tales conocimientos incluirán aquellos alternativos y preferibles sobre sí mismo, sobre los demás y sobre sus relaciones y aquellos conocimientos referentes a las soluciones del problema que permitieron que las personas liberaran sus vidas.	208
Al responder a estas preguntas (que generen respuestas activas), las personas se sienten en posición de agentes. Es decir, la sensación de poder desempeñar un papel activo en la tarea de dar forma a la propia vida, la sensación de poseer la capacidad de influir en el desarrollo de la propia vida hasta el punto de provocar resultados elegidos.	209

White, M. (2002a). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Si reconocemos que lo que compone o moldea nuestras vidas, y si en la terapia colaboramos con las personas en la negociación ulterior o renegociación de las historias de sus vidas, estamos entonces en la posición de tener que enfrentar y aceptar, más que nunca, alguna responsabilidad por los efectos reales que tienen nuestras interacciones en las vidas de los otros.	19
Los relatos proporcionan el marco que nos hace posible interpretar nuestra experiencia y estos actos de interpretación constituyen logros en los que somos parte activa.	19
Y estas mismas descripciones o relatos de cómo sería una vida si fuera «correcta» moldean la vida. Y lo «correcto» es específico de cada cultura. Lo «correcto» requiere de ciertas operaciones sobre nuestras vidas, muchas de las cuales tienen una especificidad de género y de clase.	21
Estoy especialmente interesado en lo que las personas determinan que son sus maneras preferidas de vivir y de interactuar consigo mismas y con los demás. Este es uno de mis mayores intereses en este trabajo.	24
Siempre existe un reservorio de historias alternativas acerca de cómo podría ser la vida, otras versiones de la vida en tanto vivida. Me interesa ver cómo puedo ayudar a las personas a internarse en esos relatos que ellos juzgan preferibles: poner en práctica las interpretaciones o significados alternativos que estos relatos alternativos hacen posibles. ... En ocasiones, esta tarea implica acompañar a la personas en el cuestionamiento de determinadas estructuras que hacen posible esta dominación	24
Una parte importante de mi trabajo se vincula con facilitar la expresión de aspectos de la experiencia vivida que previamente han sido desatendidos y con apuntar a una expresión –a través de marcos de inteligibilidad alternativos- de otras experiencias de vida. De manera que, al privilegiar y revivir diversos aspectos de la experiencia, este trabajo es intensamente emotivo.	24
Al abrirse un espacio para que los integrantes de la familia pongan en práctica los relatos alternativos y preferidos de sus vidas y para el reconocimiento de muchas de las afirmaciones alternativas asociadas con esas puestas en práctica, el terapeuta va siendo cada vez más desplazado del lugar central hasta que se lo despiden de la terapia.	25
Si bien el terapeuta ha desempeñado un papel importante en la coautoría de los relatos alternativos y preferidos de las vidas de las personas, también ha trabajado para asegurarse de que las personas consultantes resulten las coautoras privilegiadas en esta tarea en colaboración.	25

White, M. (2002a). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
... a medida que las personas avanzan un poco en la articulación y la experiencia de otras maneras de ser y pensar que están a su disposición, a medida que experimentan algunos de los objetivos, valores, creencias, compromisos, etcétera que están asociados a estos relatos alternativos de la vida, se acerca a un punto en el cual la contribución del terapeuta ya es innecesaria. Es perfectamente sensato despedir en este punto al terapeuta, lo que es de celebrar.	25
...supongo que la primera parte de mi trabajo consiste en tratar de obtener algún conocimiento acerca de aquello por lo que han estado atravesando estas personas. Pienso que es importante que logre alguna comprensión de ello y pienso que es importante que las personas sepan que he logrado al menos algún grado de esta comprensión.	26
A menudo logro esta comprensión necesaria explorando con las personas sus experiencias del problema. Lo que produce el efecto de introducir una conversación específica, a la que me refiero como conversación externalizadora.	27
Las conversaciones externalizadoras ponen entredicho todo esto. Hacen posible que las personas experimenten una identidad distinta o separada del problema. A través de las conversaciones externalizadoras, el problema queda en cierto modo inhabilitado, puesto que ya no les comunica a las personas la verdad acerca de quiénes son como personas o acerca de la verdadera naturaleza de sus relaciones, lo que abre nuevas posibilidades para la acción.	27-28
Cuando estas narrativas alternativas proveen los relatos preferidos de sus vidas, la terapia estructurada a su alrededor crea la oportunidad para que las personas se internen más de lleno, en maneras preferidas de ser.	29
...el hecho de que las personas juzguen positivos estos acontecimientos extraordinarios indica que deben ajustarse, de algún modo, a alguna concepción previa que la persona tiene acerca de qué es una vida mejor. Así, una vez que esta concepción a sido expresada claramente, tiene mucho sentido mostrar interés en la historia de dicha concepción y en las experiencias de vida que se vinculan a ella. A través de esta exploración, las excepciones o acontecimientos extraordinarios llegan a enraizarse profundamente.	31
Y al reflexionar sobre estas historias alternativas, a las personas se les abre la posibilidad de identificar valores y compromisos preferidos para la vida.	31
...siempre estoy pensando en los públicos posibles de los desarrollos que va desplegando la terapia y pensando en cómo podría invitarse a este público a participar en la autenticación de las afirmaciones preferidas que están surgiendo en el proceso de la terapia. Y soy muy activo en la generación de estas posibilidades de autenticación.	31
En el trabajo que vengo analizando aquí, a veces hay una reformulación de la trama dominante, pero siempre hay una reformulación de una contratrama o trama alternativa. Este proceso de reformulación y formulación es realmente importante. La formulación de una trama alternativa facilita enormemente la adscripción de significado a toda una serie de experiencias que anteriormente habían sido desatendidas.	34
Tenemos que ser muy sensibles al tema del lenguaje. ¡Las palabras son tan importantes! De muchas maneras, las palabras son el mundo. Espero, por lo tanto, que en mi trabajo con personas, así como en mi escritura, se muestre alguna sensibilidad hacia el lenguaje.	35
En el trabajo de reescritura, invitamos a las personas a practicar un intercambio entre ambos paisajes –reflexionando acerca de lo que podrían significar los acontecimientos alternativos en el paisaje de la acción y determinando qué eventos en el paisaje de la acción reflejan mejor las descripciones preferidas de características, motivos, creencias, etcétera- de manera que generan paisajes alternativos de la acción y de la conciencia.	36-37
La reformulación de la trama dominante como una supervivencia frente a la tortura, la tiranía, la explotación, etcétera, avanza en el sentido de reconstruir esas «verdades» Y la reformulación de la trama dominante por escrito es de gran significación y contribuye a una forma de testimonio que puede tener el efecto de liberar a las personas sustancialmente de muchos de los efectos reales del abuso que ha sido perpetrado contra sus vidas.negativas en las que estas personas fueron inducidas a creer como resultado del abuso.	41
Por lo tanto, es más adecuado pararse detrás de estas personas o quizás incluso al lado de ellas: sin indicar cómo deberían ser las cosas en sus vidas, sin prescribir una dirección para sus vidas.	41
Si somos capaces de preguntarles de manera consecuente cómo fue que dieron esos pasos que dieron, en qué se basaron dichos pasos, qué efectos reales tuvieron en sus vidas y relaciones, etcétera, creo que entonces estamos haciendo distinciones que generan en las personas un sentimiento de validación personal, en lugar de ser invalidantes.	42
Pienso que la cuestión principal en la conversación externalizadora es que introduce una manera diferente de hablar de aquello que es problemático y una manera diferente de pensar acerca de ello, por supuesto, una manera diferente de actuar en relación con lo que es problemático.	42
Estas conversaciones externalizadoras tienen el efecto de desconstruir algunas de las «verdades» que las personas sostienen acerca de sus vidas y relaciones: aquellas verdades de las que las personas se sienten más prisioneras.	47
Lo que digo es que al re-situar la historia de autoabuso en las relaciones de poder en su entorno, se posibilita que el autoabuso sea leído a la luz de un marco de inteligibilidad diferente, un marco que representa interpretaciones alternativas de estos actos. Esto libera a las personas y les permite oponerse y disentir.	55
Pero pienso que es muy importante tener conciencia de las contribuciones que cada uno de los participantes en esta interacción hacen a la vida de los demás. Y, aquí quisiera resaltar especialmente los modos en que estas interacciones me cambian la vida a mí: la importancia de hablar de esto abiertamente dentro del contexto terapéutico.	63
La metáfora narrativa cuestiona las prácticas totalizantes. Alienta al terapeuta a adoptar una posición reflexiva en relación con la constitución de las realidades terapéuticas. Y alienta al terapeuta a ayudar a las personas que acuden a una terapia a adoptar una posición similar en relación con sus propias vidas y, asimismo a participar en la reescritura de sus vidas de acuerdo a los relatos alternativos y preferidos acerca de quiénes podrían ser.	71

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Este proceso (reescritura), hace participar a todas las personas en la «creación de sentido» y hay un esfuerzo de parte del terapeuta por privilegiar a los integrantes de la familia en tanto autores primarios de estos relatos alternativos,	71
También como practica de rutina, aliento a las personas a que evalúen la entrevista para determinar que partes fueron pertinentes para ellas, cuáles no y qué les resulto de ayuda y qué no.	74-75
Mis respuestas no se presentan como «verdades» teóricas, sino en términos de cómo creo que la expresión de mi experiencia personal, imaginación y estados intencionales han moldeado mis preguntas y comentarios, etcétera.	74
Si, por el contrario, tengo la oportunidad de situar ese comentario en el contexto de mi experiencia personal, mi imaginación y mis estados intencionales, las personas podrán decidir por si mismas como tomar el comentario. Este proceso abre muchas posibilidades para el dialogo y para la consideración de perspectivas y opiniones alternativas.	74
...es importante que no terminemos prescribiendo las vidas de otras personas por medio de estos saberes. Por lo tanto, parte del contexto de formación profesional está estructurado para ayudar a los participantes a hacer visibles aquellos modos de vida y pensamiento a través de los cuales viven sus vidas.	78
En este trabajo, el terapeuta generalmente ayuda a las personas a introducirse en territorios alternativos de sus vidas por las puertas del presente. Me refiero a los «acontecimientos extraordinarios»,...Cuando se alienta a los integrantes de la familia a responder a estos acontecimientos extraordinarios como uno respondería a un misterio, de pronto descubren que muchas experiencias del pasado hasta ese momento desatendidas «resuenan» con esos acontecimientos extraordinarios. Estas experiencias, que en circunstancias normales no serían recordados, «se iluminan» y contribuyen a la generación de tramas alternativas.	80
...una de las tareas principales de este trabajo es ayudar a estas personas a deducir significados alternativos de sus experiencias de abuso: establecer las condiciones que hagan posible que reinterpreten el abuso.	89
Si somos capaces de desempeñar algún papel en ayudar a estas personas liberar sus vidas de estas historias personales tan negativas y que tienen un efecto tan profundo en forma que adopta la expresión de u experiencia, y si podemos ayudarlas a e ingresar algún otro relato más positivo acerca de quiénes podrían ser como personas, entonces se hará posible que estas personas participen activamente en la reinterpretación del abuso al que fueron sometidas.	89
Cuando las personas liberan sus vidas de los relatos negativos sobre su identidad y cuando tienen la oportunidad de pararse en un territorio diferente de su vida, comienza a interpretar sus experiencias de abuso como explotación, como tiranía, como tortura, como violencia etcétera.	89
Pueden establecerse circunstancias tales que hagan posible que las personas abran sus vidas a expresiones alternativas de su experiencia: y esto puede lograrse sin imposiciones de parte del terapeuta. En estas circunstancias, las personas se descubren situadas en territorios alternativos de sus vidas, territorios en los que pueden tomar contacto con relatos diferentes y más positivos acerca de su identidad.	91
Es posible y deseable que las personas encuentren opciones para dar voz a sus experiencias de abuso por vías que son profundamente terapéuticas para ellos y que ellos encuentran enteramente expresivas.	92
Ayudar a las personas a establecer una descripción de lkas relaciones de poder participantes de su experiencia contribuye a socavar la autocolpabilización y la vergüenza que tan a menudo se experimenta en relación con el abuso.	93
...explorar de qué las convence este odio de sí acerca de quiénes son en tanto personas, cómo hace que traten sus vidas, sus cuerpos, sus pensamientos, cómo interfiere en sus relaciones con otros, etcétera. Y juntos podemos explorar también los procesos por medio de los cuales la persona fue adiestrada en el odio de sí y el aborrecimiento de sí.	93
Al responder a estas preguntas externalizadoras, las personas están en realidad emprendiendo una reinterpretación de sus experiencias de abuso y se están liberando de los relatos de identidad negativos que tanto los han aprisionado. El abuso ya no puede reflejar su culpabilidad personal y la verdad de su «naturaleza» y «personalidad».	93
El establecimiento de los saberes y prácticas del abuso en su especificidad (a Facilita la preparación de un testimonio «adecuado», cercano a la experiencia de la persona; (b ayuda a las personas a desarrollar un grado de «discernimiento» que les permite distinguir las acciones dirigidas hacia ellos que expresan explotación, abuso o descuido de las que expresan apoyo, amor y cuidado; y (c expande las posibilidades a disposición de las personas para tomar medidas para resistir y desafiar estos saberes y prácticas en sus vidas cotidianas.	94-95
Estas interpretaciones o descripciones son parte de un discurso diferente, un discurso que aporta opciones para abordar el contexto y opciones para la expresión de esta experiencia a través de la acción. Los discursos son constitutivos, moldean nuestras vidas.	96
Dentro del contexto de estas interpretaciones o descripciones alternativas la experiencia a la que suele referirse con la palabra «ira» deja de ser algo que debe ser elaborado, o algún estado del ser, para convertirse en algo que debe ser honrado.	96
Estos acontecimientos extraordinarios nos brindan un punto de ingreso a las contratramas de las vidas de las mujeres, aquellos relatos que tienen que ver con la supervivencia, la capacidad de adaptación, la protesta, la resistencia, etcétera.	99-100
Una consecuencia de este trabajo es que a las mujeres se les hace mucho más fácil distinguir las diferentes acciones a las que son sometidas –y aquellas a las que se someten ellas mismas- como, o bien acciones de apoyo, o bien acciones de falta de consideración hacia su persona.	100
Otra consecuencia es que las cotratramas de las vidas de las personas quedan claramente expresadas –este proceso de clasificación y vinculación les da «densidad» a estas tramas- y es frecuente que, por primera vez, las mujeres comiencen a identificar los relatos preferidos acerca de sus anhelos, gustos, deseos, objetivos, metas, esperanzas, etcétera.	100
...me interesa respetar lo que la persona cree que ellas le aportan, y me interesa explorar activamente junto con la persona qué cosas le facilita esta manera de hablar de sí misma.	124

White, M. (2002a). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Creo que podemos ayudar a la gente a cuestionar la hegemonía de los conocimientos psiquiátricos. Podemos trabajar con las personas con miras a identificar en que medida sus propias vidas están «hechas conocimiento».	126
También podemos ayudar a las personas a hacer distinciones entre estas maneras de hablar y otras, que favorecen las experiencias de marginación, que disminuyen el sentimiento de iniciativa personal y que socavan nuestra vivencia de autoridad.	126
Al separar sus vidas de las formas de ser informadas por las ideas dominantes de salud y normalidad, las personas se sienten en libertad de indagar en otras formas de ser en el mundo.	145
...nos permite trabajar conjuntamente con esa gente en una exploración de aquellos aspectos de sus vidas que ellos podían ser capaces de apreciar pero que no se ajustan a tales conceptos de salud y normatividad. A medida que algunos de esos aspectos se tornan más visibles y próximos para las personas involucradas, más pueden ellos mantener su negativa a supeditar sus vidas a las ideas y prácticas que están informadas por las ideas dominantes de salud y normalidad.	143
..., las diversas ideas y prácticas que se asocian con las ideas dominantes de salud y normalidad pueden externalizarse como «expectativas» y «ambiciones». También se pueden explorar los requerimientos de esas expectativas, sus diversas incitaciones, y los términos que imponen para las vidas de las personas. Esto le permite a la gente separar sus vidas y sus identidades de esas ideas y prácticas, y abre un espacio para que lo que anteriormente había sido interpretado como fracaso, sea reinterpretado como resistencia o protesta.	145
(los documentos) Tienen muchos aspectos y muchas formas posibles. Pueden incluir un relato histórico de la capacidad de la persona para intervenir, en su nombre, en su propia vida. Este relato es una descripción de la agencia personal, una descripción que destaca lo que podríamos llamar el «yo activo». Incluye detalles acerca de lo que la persona ha enfrentado durante el desempeño de esta agencia personal; y con este panorama de fondo, señala ala importancia de los pasos que la persona ha dado recientemente con la intención de tener algo más que decir acerca de cómo va su vida.	146
Podemos ignorar los límites arbitrarios impuestos por estas instituciones, podemos ir al encuentro de las personas y alentarlas a establecer distinciones entre las maneras de hablar de sus vidas que reconocen y respetan sus conocimientos y las que los marginan y descalifican. Podemos unirnos a esas personas y elaborar ideas para informar a las instituciones y reclamar su activa participación en el desarrollo de las prácticas que las personas involucradas consideren más habilitantes para ellas.	156
Es decisivo que nosotros nos unamos a estos hombres en la exploración de maneras alternativas de ser y de pensar que aporten nuevas propuestas para la acción en sus relaciones con sus compañeras y con sus hijos, y que respondan de las propuestas ante esas mujeres y esos hijos. Para lograrlo es preciso elaborar cuidadosamente de estas formas alternativas de ser y de pensar.	163
Y es dentro del proceso de esas conversaciones externalizadoras que, a menudo por primera vez, los hombres pueden abandonar la idea de que las maneras de ser abusivas reflejan su naturaleza o les muestran formas de ser auténticas que ellos como hombres, eligen para relacionarse... Luego trabajo con estos hombres para identificar algunos aspectos de sus relaciones o algunos aspectos de sus deseos y propósitos que contradigan sus maneras dominantes y opresivas de ser y pensar..., diré que estas contradicciones se hacen más fáciles de identificar mientras más exploramos juntos los verdaderos efectos de las actitudes y tácticas de poder y control en la vida del hombre, y los verdaderos efectos sobre sus relaciones.	164
Estos testigos externos son esenciales para los procesos del reconocimiento y la autenticación de las afirmaciones de las personas acerca de sus historias y sus identidades, y para la realización de estas afirmaciones.	181
Alcanzar esta autoconciencia reflexiva es importante porque establece un saber de que «el saber es un componente de su conducta», lo que hace posible que las personas «asuman la responsabilidad de inventarse a sí mismas y sin embargo mantengan su sentido de autenticidad e integridad»; y que tomen conciencia de las opciones que se les ofrecen para intervenir en la conformación de sus vidas.	181
Según mi definición, un acontecimiento extraordinario es una contradicción de la trama dominante y puede ser una contradicción del problema, pero esto último no siempre acontece.	204

White, M. (2002b). *El Enfoque Narrativo en la Experiencia de los Terapeutas*. Barcelona: Gedisa
(trabajo original de 1997)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Esta re-integración no es simplemente recordar, si no una práctica que en realidad contribuye a la identificación y reconocimiento de aquellas personas que han contribuido significativamente a la generación de nuestras historias de identidad y a nuestros saberes y habilidades para la vida.	25
..., descripciones densas de las acciones de las personas son descripciones informadas por las interpretaciones de aquellos que están participando en esas acciones y que ponen de relieve los sistemas de interpretación y prácticas de negociación que posibilitan que las comunidades de personas alcancen significados compartidos referidos a estas acciones.	32-33
... entiendo que todos los conocimientos son socialmente construidos y constitutivos o potencialmente constitutivos de la vida, y que poder y conocimiento son inseparables (todos los conocimientos informan prácticas de poder y están asociados con ellas).	38
..., a través de las prácticas de re-integración, las personas pueden opinar mejor sobre qué voces habrán de ser reconocidas cuando su identidad se trate y sobre quiénes estarán autorizados a hablar de tales cuestiones.	41
..., las prácticas de re-integración también aportan alternativas con respecto a la selección de nuevos miembros entre personas y grupos de personas que estuvieran disponibles y quisieran asociarse: entre personas y grupos de personas que podrían ser invitados a ocupar lugares preferenciales en el propio club de la vida.	41
Además, al realizar estos reconocimientos de las contribuciones de los otros, uno experimenta que la propia vida es descrita con mayor riqueza.	41
Estas prácticas contribuyen a identificar las pertenencias preferidas de la vida de las personas y a privilegiar estas pertenencias.	79

White, M. (2002b). *El Enfoque Narrativo en la Experiencia de los Terapeutas*. Barcelona: Gedisa (trabajo original de 1997)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Esta idea de re-integración también sugiere posibilidades y brinda oportunidades para que las personas reconozcan más directamente las contribuciones importantes y valiosas que otras personas han hecho a sus vidas. Cuando esas oportunidades son aprovechadas en la realización de prácticas de re-integración, estas otras personas generalmente lo experimentan como un importante reconocimiento hacia ellas.	41
Antes bien, he propuesto que la reconstrucción de las maneras de ser y pensar dadas por sentado brinda a las personas opciones para la negociación y renegociación de su experiencia de vida en función de modos de pensamiento y prácticas de vida alternativos.	77-78
A través de estas y otras conversaciones reconstructivas, las maneras de ser y pensar que informan el maltrato dejan de hablarles a estos hombres sobre la verdad de masculinidad o las necesidades masculinas o su identidad en un sentido más particular.	78
..., las conversaciones de re-integración abren posibilidades para que describan con mayor riqueza los saberes cotidianos y las habilidades para la vida que fueron co-generados en el censo de las pertenencias significativas de sus vidas.	80
De esta manera, las prácticas de re-integración hacen posible que las personas se aparten de las conclusiones magras que se expresan en la clase de pensamiento atributivo que alienta la ubicación de los problemas en los lugares de la identidad.	80
..., opciones para que se produzcan conversaciones de re-integración en las cuales las personas descubren que sus vidas están más fuertemente unidas a las vidas de otras personas.	80
Las prácticas de re-integración brindan a las personas la oportunidad de resucitar y describir con riqueza los saberes y habilidades para la vida que son co-generados en las relaciones significativas de sus vidas.	81
Las prácticas de re-integración brindan la oportunidad de que las personas experimenten una más rica descripción de sus vidas, a través de la identificación y exploración de la historia de sus saberes y habilidades para la vida preferidos.	82
Las prácticas de re-integración trascienden las categorías de identidad de la cultura contemporánea, e identifican el «yo» de la persona con los saberes y habilidades para la vida que son co-generados en el contexto de las pertenencias significativas de la vida de las personas.	85
Las prácticas de re-integración proporcionan la oportunidad para que las personas resistan a las conclusiones magras sobre sus vidas y participen con otros en la generación de descripciones ricas de las historias de su identidad.	86
Las ceremonias de definición a las que me estoy refiriendo aquí generalmente tienen lugar en foros estructurados que proporcionan un espacio para que las personas participen en la expresión de las historias de sus vidas –estas pueden ser historias sobre sus proyectos personales, su trabajo, su identidad, etcétera- y para la expresión de los saberes y habilidades para la vida que son asociados con estas historias.	125
Al construir una concepción de la terapia de doble vía, el terapeuta asume la responsabilidad de identificar, reconocer y explicitar dentro del contexto terapéutico la contribución real y potencial que este trabajo hace a su vida.	167
... la interacción terapéutica constituye a todas las partes participantes de esta interacción, el reconocimiento de que lo que moldea la vida de las personas que solicitan nuestra ayuda también moldea lo que comúnmente denominamos nuestro trabajo y que lo que moldea nuestro trabajo también moldea nuestra vida en general tiene muchas implicaciones.	167
Una concepción recíproca del proceso terapéutico reconoce y exalta la contribución de los saberes y habilidades de las personas al trabajo y la vida del terapeuta. Una concepción recíproca del proceso terapéutico contribuye a la generación de descripciones densas de las vidas de las personas y las ayuda a abandonar las descripciones de sus cualidades y objetivos que son magras y centradas en los déficits.	168
Muchas de las prácticas de la terapia narrativa ayudan a los terapeutas a sumarse a las personas que los consultan en la tarea de atribuir significados alternativos a las acciones y acontecimientos que constituyen las tramas de las historias de sus vidas y en la de atribuir nuevos significados a muchos de los acontecimientos de sus vidas que habían quedado fuera del relato.	171
Los significados que se atribuyen a estos acontecimientos y acciones a menudo contradicen los libretos dominantes de las vidas de las personas que están saturados por el problema (estos acontecimientos y acciones vienen a dar cuenta de tramas o contratramas alternativas de las vidas de las personas).	171
De este modo, las acciones y acontecimientos que en estas conversaciones son reinterpretados o reciben una nueva lectura llegan a ser altamente valorados: se los interpreta como expresiones de perseverancia, resolución, lucha y protesta, conexión. Etcétera,...	171
El sumarse a las personas en la identificación de estos acontecimientos y actos notables y en la exploración de estas conversaciones de reescritura de la vida puede tener el efecto de orientar la atención de los terapeutas hacia muchas cosas que en sus propias vidas han sido pasadas por alto.	172
Las prácticas narrativas no solo brindan al terapeuta opciones para sumarse a la identificación y exploración de los pequeños acontecimientos y actos que contradicen los relatos de vida saturados por el problema que las personas traen, si no que también brindan la oportunidad de que el terapeuta se sume a estas personas en la celebración de la importancia de estos acontecimientos y actos.	181
Los sistemas de comprensión de la vida y del mundo son múltiples y contradictorios, y la fijación del significado es un logro al que se llega a través de actos de negociación personales y comunales: el significado es determinado en el ámbito social de la vida, y el cuestionamiento del significado es una característica de ese ámbito.	271

White, M. (2002c). *Narrative Therapy*. Dulwich Centre. [On line]. Disponible: <http://www.massey.ac.nz/~alock/virtual/white.htm>.

Premisas del autor orientadas al cambio		Pag
A narrative therapy is about: an exploration of the alternative knowledges and skills that inform these expressions and the identifications of the cultural history and location of these skills and knowledges and sills of culture.		4
A narrative therapy is about: an exploration of proposals for living that are associated with the particularities of action that are informed by these alternative knowledges and skills of life. Thick description in that evokes people's consciousness in explanations of why they do what they to – about the invocation of notions pf desire, whim, mood goal, hope, intention, purpose, motive, aspiration, passion concern value, belief, fantasy, commitment and disposition.		4

White, M. (2004). *Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective*. The International Journal of Narrative Therapy and Community Work. 2004(1), 45-76.

Premisas del autor orientadas al cambio		Pag
When a person has been through recurrent trauma, their' sense of my self 'can be so diminished it can be very hard to discovered what it is that they given value to... One key aspect involves discovering what it is that a persons gives value to in life. Once this has been discovered, the next task is to find ways of responding that are highly validating of what the person gives value to. This provides the foundation for the rich story development of the person's life.		47
This approach to reinvigorating the' sense of my self 'is particularly relevant in circumstances when being consulted by people who have experienced recurrent trauma that they have little or no memory of. There are other occasions in which it is possible quite early in therapeutic conversations for an account to develop of how the person responded to trauma. Developing such an account contributes significantly to clarifying what the person has continued to accord value to, and in turn rich story development.		47
I provide therapy as a context in which people can speak about what may not have been previously spoken. But at the same time it's vitally important that I listen for sings of what the person has continued to give value to in life despite all that the have been through, and for any expressions that might provide some hint of the person's response to trauma.		4 8
It's very important that I not only hear whatever it is that is important for them to share about the story of trauma but that I also provide a foundation through my questions that gives people an opportunity to resurrect and to further develop a preferred 'sense of my self' and to identify how they responded to the trauma they were being put through.		48
It's important that these responses become richly known, be honoured, and be highly acknowledge by us in our work with these people. Apart from other things, this provides for the re-association of dissociated memory,...		48
Whatever it is that we accord value to in life provides for us a purpose in living, with a meaning for our lives, and with a sense of how to our relationships whit others who have been significant to us... And what we accord value to in life is often linked to notions about one's sentiment of living one's ethics of existence, one's aesthetics of living and, at times, to specific spiritual notions.		48
Once we can understand what a person gives value to we will have a foundations for the development of rich conversations that take us back into personal history, and that provide us with and account of how these important knowledge of life and practices of living were generated. This establishes a fertile ground for the recovery and reinvigoration of the person's 'sense of my self',..		48
The power of 'outsider-witness' responses is much greater when the person concerned is not in the conversation itself.		50
I believe that definitional ceremony is an apt metaphor to describe this feature of narrative practice, for it creates of people's identity.		53
(ceremony structures) it has the potential to very significantly contribute to the reinvigoration of that 'sense of myself' that is so often diminished and event erased by experiences of trauma.		56
Discovering what people give value to opens the door to further development of the other stories or to further explorations of the other territories of people's lives.		61
(landscape of identity) It is into these filing cabinets of the mind that people file a range of identity conclusions. These identity conclusions are usually arrived at through reflection on the events of life that are mapped into landscapes of action.		62
In therapeutic conversations that are oriented by the re-authoring conversations map, it is the therapist's task to provide a scaffold through questions that makes it possible for people to draw together into a storyline, many of the neglected but more sparkling events and actions of their lives.		62
It is also the therapist's task provide a scaffold that assists people to reflect on the events and themes of this alternative storyline as it develops, and to derive conclusions about their identities that contradict many of the existing deficits-based identity conclusions that have been so limiting of their lives.		62
(landscape of identity questions) These questions invite reflections on actions to derive new conclusions about the person's identity. They invite reflections on actions to determine what these actions suggest about the character of the person, or about the person's purposes, values and beliefs, and so on.		65

Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). *Human systems as linguistic systems: preliminary an evolving ideas about the implications on clinical theory*. *Family Process*, 27 (4), 371-393 (trabajo publicado en 1988)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
<p>En nuestro esfuerzo por aportar nuevas respuestas a tan difíciles preguntas, así como por fomentar nuevas opiniones en la manera de pensar sobre los sistemas humanos, los problemas que estos presentan y nuestra capacidad de trabajo con ellos, planteamos y damos una explicación detallada de cinco premisas principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los sistemas humanos son a la vez sistemas generadores de lenguaje y de significado. La comunicación y el discurso son los que definen la organización social; esto es, un sistema sociocultural es producto de la comunicación social. Así, cualquier sistema humano es un sistema lingüístico o comunicativo, Derivándose de aquí que todo sistema terapéutico es un sistema lingüístico. 2. El significado de la comprensión son construidos social e intersubjetivamente. Por intersubjetividad nos referimos a una situación en desarrollo en el que dos o más personas están de acuerdo en estar experimentando el mismo fenómeno de la misma manera. El significado y la comprensión implican dicha experiencia intersubjetiva. Este “estar de acuerdo, es frágil está continuamente abierto la renegociación y discusión. No se llega una comprensión y significado compartido hasta que no entablamos un acto comunicativo, esto es, un discurso un diálogo generador de significado dentro de un sistema para el cual la comunicación es relevante. Entendemos que un sistema terapéutico es un sistema para el cual la comunicación tiene una relevancia específica para el mismo. 3. Cualquier sistema de terapia es un sistema formado alrededor de algún problema está implicado en el desarrollo de un lenguaje y significado específicos, específico a su organización y a su disolución. En este sentido, el sistema terapéutico es un sistema el que caracteriza por “un problema”, y no la estructura social la que caracteriza al problema. El sistema terapéutico es pues un sistema organizador/desintegrador del problema. 4. La terapia es un acontecimiento lingüístico que tiene lugar en lo que llamamos conversación terapéutica. Dicha conversación terapéutica supone una búsqueda y exploración a través del diálogo, un intercambio y cruce de ideas, en el que se están desarrollando continuamente nuevos significados orientados hacia la resolución del problema y por tanto hacia la resolución del sistema de terapia, o lo que los mismo del sistema organizador y desintegrador del problema. 5. El rol del terapeuta es el propio de un artista experto de la conversación-un arquitecto del diálogo-Cuya finalidad es la de crear un espacio facilitador de conversación (dialógico). Así, el terapeuta es tanto un observador participante como un participante organizador de la conversación terapéutica. 	42
<p>Desde hace algún tiempo estamos interesados en el hecho de que aparentemente los problemas psicológicos parecen aparecer, cambiar de forma, y desaparecer en la medida que el vocabulario y descripciones del terapeuta cambian. Creemos que el nuevo reto consiste en dictaminar las descripciones del terapeuta y, esta manera, redefinir los problemas con los que trabajan. La “novedad” en el período inicial fue el hecho de definir el problema en términos familiares. ¿Es esto todavía una conceptualización útil, o acaso la esencia del problema ha cambiado a través del tiempo?. Si el problema depende del punto de vista del observador, ¿es que ha cambiado dicho observador?. Nosotros sugerimos que, a lo largo del tiempo, la definición del problema cambiado.</p>	46
<p>En nuestra opinión, el campo de terapia familiar está moviendo (continuando una discusión) a través de dos direcciones opuestas que hacen referencia a la manera de entender los sistemas humanos, los problemas que éstos presentan, y la manera como les es más útil a los terapeutas entenderlos y trabajar con ellos.</p>	46
<p>Desde nuestro punto de vista los humanos deben entenderse como algo más que simples sistemas procesadores de información. Nosotros somos usuarios del lenguaje. Hablamos, oímos, escribimos y utilizamos toda la variedad de expresiones y formas de lenguaje como parte propia del proceso humano de creación de afrontamiento de las realidades en que vivimos. Es a través de lenguaje que somos capaces de mantener un contacto humano significativo entre personas, y es mediante este que compartimos la realidad. “Estar en el lenguaje” es una operación dinámica y social. No se trata de una actividad puramente lingüística. Wittgenstein utiliza el concepto de “juego de lenguaje” para connotar este carácter dinámico del mismo. Asimismo, nosotros entendemos el lenguaje como una herramienta, humana a la que celebrar unos específico, y que no puede entenderse o tener significado fuera del contexto de dicho uso.</p>	49
<p>El objetivo del tratamiento son aquellas personas que se encuentran el contexto problemático, aquellas personas que se encuentran en el contexto problemático, aquellas personas que comparten un determinado lenguaje para referirse a lo que ellos definen como el problema, las personas que constituyen un sistema social. El lenguaje que se use en el ámbito de un problema es el que distingue al sistema, y no el sistema quien distingue al problema. Dicho de otro modo, no son los sistemas los que queremos problemas, sino que es el hecho de hablar del problema lo que constituye sistema.</p>	52
<p>Los actores de un sistema-problema cambiarán a través del tiempo, y tal como la conversación va cambiando ira cambiado también la definición del problema que le preocupa. Esto significa que los problemas que los sistemas por ellos organizados no son entidades fijas que perduran a lo largo del tiempo hasta que sean resueltos. Tanto los problemas como los sistemas organizadores del problema cambian tan rápido y a menudo como el resto de los relatos alrededor de los cuales organizamos el significado y el intercambio social.</p>	53
<p>Convivimos en un mundo de narraciones conversacionales, y nos entendemos a nosotros mismos y a los otros a través de historias y auto-descripciones cambiantes. De acuerdo con Wittgenstein, nos gustaría señalar que el significado (las narraciones co-creadas y redes temáticas mediante las cuales organizamos y nos definimos a nosotros mismos y a otros) se deriva del uso intersubjetivo y comunicativo que se hace de lenguaje.</p>	53
<p>El filósofo Gadamer a menudo cita una frase de Hans Lipps quien establece que todo relato lingüístico encierra un “círculo de lo inexpresado”. Gadamer llama a esto “la infinitud de lo no dicho”. Esto significa que ningún relato comunicativo ni palabras son completos, claros o unívocos. Todos ellos van acompañados de significado inexpresados y posibles interpretaciones nuevas que requieren articulación y expresión. Con esto no quiere dar por supuesto que relato lingüístico original será necesariamente deficiente, sino más bien, que cualquier acción comunicativa es una fuente infinita de posibles expresiones y significado nuevos.</p>	54

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Es mediante este proceso que nosotros, en el lenguaje, podemos entrar unos dentro de otros de manera que no estamos entendiendo el individuo en sí, sino a lo que él está diciendo. Es pues esta característica del diálogo la que hace posible y continuo el cambio. Nosotros pensamos que la terapia es un proceso de expansión y expresión de "aquello que no se ha dicho"- esto es, el desarrollo a través del diálogo de nuevos temas narraciones, y realmente, la creación de nuevas historias. La terapia utiliza y necesita de los infinitos recursos de lo "no dicho todavía" en las narraciones alrededor de las cuales nos organizamos en la conducta hacia los otros. Este recursos se hayan él "círculo de lo no expresado", y para conseguir un cambio se requiere acción comunicativa, diálogo discurso. Tal recurso para el cambio-lo "no dicho todavía"- no se haya "en" el inconsciente ni en ninguna otra estructura psíquica. Tampoco se haya "en" las células o la estructura biológica, ni "en" una estructura social como puede ser la familia. Este recurso está en "el círculo de lo no expresado". La capacidad para generar cambio radica en la habilidad que podemos tener para "estar en el lenguaje" unos con nosotros, y dentro de lenguaje, desarrollar siempre: temas, narraciones e historias nuevas. Como hemos dicho antes, el cambio requiere acción comunicativa, diálogo y discurso. Lo que se requiere para la terapia es el mantenimiento de una conversación de manera que la lógica del contenido de un sistema-problema sea persistentemente explorada a través de preguntas. En el proceso de llevar a cabo esta exploración surgirán otras descripciones y significados que no son etiquetados en el lenguaje como "problema". Este es el proceso propio del cambio. La terapia es una actividad lingüística en la cual el hecho de mantener una conversación sobre problema es un proceso de desarrollo de nuevos significados y comprensiones. La meta de la terapia es llegar a participar en una conversación que consiga ir aflojando las rigideces e irá abriéndose a la explicación sincera. A través de la conversación terapéutica los significados y conducta prefijadas (el sentido que la gente otorga a las cosas y sus acciones) son ampliados, ligeramente variados y cambiados. Este es pues el resultado que se le pide a la terapia.	55
El significado que se deriva de la conversación siempre depende de un número determinado de temas que van apareciendo; entre ellos se encuentran: el momento en que se da la conversación; la relación que mantienen los participantes entre ellos; lo que cada uno sabe sobre la situación y las intenciones de los otros; lo que los participantes esperan conseguir; las convenciones sociales y culturales aplicables; los siempre cambiantes significados que los participantes anticipan.	55
Debido a esta fluidez, el significado y las comprensiones en el diálogo y la conversación suponen siempre una actividad interpretativa que estén continuo flujo y cambio. No existen interpretaciones prefijadas y únicas en cuanto a corrección en un determinado contexto, que sirvan para guiar la conversación. Todo significado, comprensión e interpretación, son inherentemente negociables y tanteables. De igual manera no existen significados hijos que puedan transmitirse en una conversación. Todos los participantes de una conversación aportan mundos totalmente diferentes, y están dando continuamente forma a esos mundos en el proceso del diálogo. Entendidos de esta forma, el lenguaje y la conversación son siempre una actividad dinámica social, y el significado es siempre, en cierta medida, indeterminado.	56
Los miembros del sistema-problema conectan la lógica de este de diferentes maneras y con diferentes valores, y aunque todos deben tener la oportunidad de desarrollar su discurso y cambiar, cada uno lo debe hacer a su propio ritmo y según su propia manera. En el diálogo nada permanece igual.	56
Desde el contacto inicial y a lo largo del curso de las entrevistas, el terapeuta debe hacer opciones y tomar decisiones sobre aquello de lo que va hablar. Lo que se dice no sale simplemente de la nada. El terapeuta, igual que cualquier persona en un intercambio conversacional, siempre está buscando significado y sintetizando creativamente la información, la comprensión, y el significado. En este proceso el terapeuta va obteniendo pistas y utilizando claves que le ofrecen los clientes. ¿De qué modo un terapeuta elige que es lo que va responder y de que manera lo va hacer?, ¿cómo sale un terapeuta que pregunta formulada? A continuación presentamos algunos elementos generales e interrelacionados, básicos para la conversación terapéutica.	56-58
1. El terapeuta lleva adelante la investigación dentro de los parámetros del sistema tal como son descritos por los clientes. Esto se debe hacer de manera que dé lugar a una ampliación de alternativas en nuevos significados. Estos nuevos significados deben ser tales que respeten a todos los miembros del sistema organizador del problema, incluido el terapeuta. Para conseguir este fin el terapeuta debe permanecer próximo a la comprensión del momento preciso, trabajar dentro de este momento, y poco a poco ir saliendo de los parámetros. Tal como Bateson ha indicado, crear un clima familiar al principio permite crear un clima adecuado para introducir con posterioridad la novedad.	56-58
2. El terapeuta manejan múltiples y contradictorias ideas simultáneamente. Debe demostrar un interés y entusiasmo equiparable hacia todas las ideas que aparecen. El terapeuta debe tomar en serio cualquier cosa que se evita, y considerar igualmente la plausibilidad de todo lo expuesto. Para conseguir este fin, el terapeuta debe de preguntas sin juzgar la "veracidad" o "falsedad" de ningún punto de vista. Estas acciones dan la oportunidad de ir llevando la entrevista hacia un cuestionamiento mutuo de las ideas familiares y así, hacia una ampliación, variación y creación sintética de nuevas narraciones, interpretaciones significado.	56-58
3. El terapeuta tienden más a un lenguaje cooperativo que no cooperativo. Toma en serio cualquier cosa que se diga sin importar lo sorprendente, trivial o peculiar que pueda ser. En el proceso de preguntarse demostrar respeto hacia lo dicho y nunca emitir un juicio. Actor de esta manera posibilita una movilidad lingüística y desplaza la entrevista más hacia una conversación con labor activa que no hacia una confrontación, competición, polarización e inmovilidad.	56-58
4. El terapeuta aprende, comprende y conversa en el lenguaje del cliente, pues dicho lenguaje es la metáfora para las experiencias de este. Las palabras, lenguaje, y significados del cliente son aquellos que tiene vigencia y está ocurriendo en su vida. Así, en la conversación terapéutica es esencial que el terapeuta vaya obteniendo comprensión a través de la metáfora de la experiencia del cliente.	56-58
5. El terapeuta es un agente respetuoso que no entiende de forma excesivamente rápida. Cuanto más rápidamente entienda la gente menos oportunidades se dejan para el diálogo y más posibilidades para los malos entendidos. Una comprensión demasiado rápida conlleva el riesgo de bloquear el desarrollo de nuevo significado (discurso) tanto para el terapeuta como para el cliente.	56-58

Anderson,H. y Goolishian,H. (1988). *Human systems as linguistic systems: preliminary an evolving ideas about the implications on clinical theory*. Family Process, 27 (4), 371-393 (trabajo publicado en 1988)

Premisas del autor orientadas al cambio		Pag
6. El terapeuta se pregunta de manera que las respuestas requieran nuevas preguntas. Esto es, el terapeuta desarrollo del arte de hacer preguntas que no se centran en descubrir información o recoger datos. Así, las preguntas no se consideran intervenciones, búsqueda de respuestas pre-seleccionadas, ni corroboración de las hipótesis. Las preguntas son las herramientas que tiene el terapeuta en la conversación terapéutica. Tienen que ir dirigidas y basadas en los puntos de vista de los clientes de manera que la conversación se oriente a conseguir la máxima producción de: nueva información, comprensión, significado e interpretación. Esto requiere que terapeuta tome cada cosa en serio, tenga buena memoria, y encuentre la manera de recoger pequeños fragmentos que han aparecido y los refleje más tarde hacia el final de la entrevista con otras posteriores. Todo esto forma parte del proceso de desarrollo de nuevas conexiones. Es a través de este proceso de mantener múltiples conversaciones simultáneamente por el que a través del tiempo empezarán a emerger nuevas ideas y encontrarse conexiones de unas con otras. En nuestras preguntas de desarrollar habilidades de "creación de mundos". Las preguntas de los terapeuta pueden ser considerados como trampolines de cuestionamiento mutuo y discusión.	56-58	
7. El terapeuta asume la responsabilidad de crear un contexto conversacional que permita la colaboración mutua en el proceso de definición del problema. No define el problema ni tampoco conduce la conversación hacia una definición del problema que perjudicativamente considere la más útil. Tampoco intenta dirigirla discusión hacia un consenso (o síntesis) de la definición del problema. En lugar de esto el terapeuta facilita una elaboración de las múltiples realidades que existen sobre el problema procurando conseguir al máximo la creación de nuevo significado.	56-58	
8. El terapeuta mantiene una conversación dialógica con el mismo. Esto significa que debe desarrollar habilidades manejan múltiples puntos de vista incluso cuando el otro participante es él mismo. Esto es necesario para que una idea un grupo de ideas no llegue a monopolizar el pensamiento. Todas las visiones e ideas del terapeuta deben ser tentativas, y estar sujetos a cambio través de la conversación. Dicho de otro modo, el terapeuta está preparado para negociar y cambiar sus puntos de vista igual que cualquier otro miembro del sistema-problema.	56-58	
Pensamos que todos estos elementos combinados con los elementos ordinarios de una conversación darán lugar a lo que se le llama una conversación terapéutica. Se puede decir que una conversación terapéutica es una conversación abierta en la que el foco se dirige a hacer aparecer nuevas comprensión del problema y los temas presentados. La terapia y conversación terapéutica requieren el mantenimiento de la conversación de manera que la lógica del contenido del sistema-problema sea explorada de manera persistente través de las preguntas. La posición y habilidades requeridas del terapeuta desde esta perspectiva de psicoterapia y cambios son dobles: (a) el terapeuta debe ser un observador participante, y (b) el terapeuta es un participante que conduce la conversación.	58	
Esta posición terapéutica colaboradora, es una posición de mutualidad, modestia y respeto hacia la gente y sus ideas. El terapeuta se encuentra "allí" en calidad de aprendiz, cooperador, persona que intenta comprender y que trabaja dentro del sistema de significados del cliente. Las ideas de los clientes, sus historias y relatos son las únicas herramientas disponibles que tenemos para mantenernos, terapeutas y clientes, flexibles, abiertos a una nueva comprensión y significado.	59	
El terapeuta es un artista experto en la conversación, un arquitecto del diálogo cuya principal actividad consiste en crear y mantener una conversación dialógica. Esto implica el haber de crear un espacio y facilitar una conversación de manera que permanezcan en terrenos del diálogo.	59	
Como participante conductor de la conversación el terapeuta es sólo "una parte de un sistema interactivo circular". El terapeuta no controla la entrevista influyendo para que la conversación vaya hacia una dirección determinada en el sentido de los contenidos los resultados. Tampoco no es responsable de la dirección del cambio. Sólo es responsable de crear un espacio del cual pueda darse una conversación dialógica ir y de instigar continuamente la conversación en el sentido dialógico. Esto se describe como un proceso intersubjetivo.	60	
Tal posición es más que una simple postura de neutralidad. Se trata de una posición de multi-parcialidad, que tiene en cuenta todas las partes y trabajar desde todos los puntos de vista simultáneamente. Como terapeuta todos poseemos valores, sesgos y prejuicios; y todos tenemos opiniones sobre la gente sobre cómo todos nos deberíamos dirigirnos en la vida. Tales prejuicios simplemente están allí. No podemos ser "tablas rasas". Nosotros vemos estos prejuicios como oportunidades. Pensamos que son energía que instiga la curiosidad en busca explorar otras ideas.	60	
Lo que ocurre realmente es el cliente y terapeuta están en un continuo diálogo en el cual manifiestan y ponen en práctica sus ideologías, valores, y puntos de vista. Estar en un diálogo significa intentar comprender a los otros implicados será uno mismo en la co-evolución de significado y comprensión.	61	
Para nosotros, esto es neutralidad, y ésta no significa el no tomar una posición, sino más bien un continuo desarrollo de posturas interpretativas nuevas como resultado de un acto comunicativo dialógico que da lugar a realidades cambiantes. Por lo tanto la conversación terapéutica y este tipo de neutralidad requieren una disposición para cuestionar los prejuicios propios y tomar en serio las llamadas de validación que aparecen de nuestros clientes, y de esta manera, arriesgarse a ver nuestros puntos de vista expuestos, desafiados y cambiados.	61	

Anderson ,H y Goolishian,H. (1995). Narrativa y self: algunos dilemas postmodernos de la psicoterapia .En: Fried, D.(Comp.). Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires; Paidós.

Premisas del autor orientadas al cambio		Pag
En el mejor de los casos, no somos más que coautores de una narración en permanente cambio que se transforma en nuestro si mismo, en nuestra mismidad. Y como coautores de estas narraciones de identidad hemos estado inmersos desde siempre en la historia de nuestro pasado narrado y en los múltiples contextos de nuestras construcciones narrativas.	297	

Anderson ,H y Goolishian,H. (1995). Narrativa y self: algunos dilemas postmodernos de la psicoterapia .En: Fried, D.(Comp.). Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires; Paidós.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
En su relación con el paciente, el terapeuta pasa hacer una suerte de editor (en el sentido de quien participa activamente en la construcción de un texto) útil en la transformación de la propia historia.	298 299
La narrativas del si mismo, siempre cambiantes, son los procesos mediante los cuales continuamente dotamos de sentido al mundo y, por ende, continuamente nos dotamos de sentido a nosotros mismos. Como señala el filósofo Richard Rorty, los seres humanos son generadores perpetuos de nuevas descripciones y narraciones, más que seres precisos y fijos.	300
Esto hace que la naturaleza del self y la de nuestras subjetividades se conviertan en fenómenos intersubjetivos: el producto de narrarnos historias los unos a los otros y a nosotros mismos acerca de nosotros, y las que otros nos narran a nosotros y sobre nosotros.	300
La creación conversacional de estas nuevas narraciones nos transforma en narradores cambiantes, y por tanto, en cambiantes hacedores del mundo. En la terapia, el cambio pasa a ser la narración de una nueva historia y de un nuevo presente que es más tolerable, coherente y continuo de lo que permitían los narraciones anteriores. El cambio pasa a centrarse más en nuestro ser y devenir que en un pasado histórico cambiante. En terapia esto es resultado de cambiar la auto-narrativas del self y es, en consecuencia, una transformación de agente y de intención, es decir, del self y el contexto.	301
Lo que tiene lugar en la terapia no es una edición de la narración del consultante a cargo de terapeuta, sino una conversación terapéutica que dé cabida a la transformación del self narrado del consultante. Se lo logra formulándole preguntas acerca de su narración, de modo de ingresar en su subjetividad. Estas preguntas se hacen desde una posición de no saber, ya que jamás podemos conocer estas subjetividades narradas hasta que el consultante nos las dice. Si preguntamos desde la perspectiva de un saber previo, o sea, desde la perspectiva de nuestras teorías o nuestra propia comprensión, todo lo que aprenderemos serán nuestras propias narrativas.	301
Para los terapeutas una consecuencia inmediata de esta concepción es la necesidad de averiguar el sentido, la intención de cualquier comportamiento, acción o enunciado de su consultante y de interpretar mediante el proceso conversacional el significado que intentó darle el consultante, en vez de presuponer algún mecanismo cuasicausal de la psique o el sistema. Esto quiere decir que nunca podemos conocer a priori verdaderamente la intención de una acción cualquiera, sino que debemos confiar en explicación que el consultante dé ante nuestras preguntas. Es él o ella quien debe interpretar su intención; nosotros no sabemos hasta que preguntamos, y al hacerlo pasamos a formar parte del círculo de significación.	302
Saber de antemano, ya sea parte de la teoría o de un diagnóstico, es reducir la comprensión a un nivel tan abstracto que pasa por alto la índole intersubjetiva única y singular de la experiencia y de la comprensión.	303
Las preguntas hechas en la terapia están determinadas por la interacción simbólica coyuntural del momento, no por las teorías previas o paradigmáticas del terapeuta.	304
En éste proceso es imposible para el terapeuta permanecer neutral: sólo podrá comprender la singularidad y novedad de la narración aplicando sus propios sesgos e inclinaciones. En éste proceso de rechazo de lo conocido, o de entrega de lo conocido al riesgo del cambio, surgió un nuevo significado para ambos, terapeuta y consultante.	304
En esta visión postmodernista, los terapeutas se convierten en expertos en involucrarse y participar en los relatos en primera persona de sus consultantes. Metafóricamente, se puede comparar la continua construcción dialógica de las narrativas de identidad con un sistema disipativo de significación.	305
La terapia se transforma, entonces, en una conversación en la que se crean nuevas narrativas, nuevos significados, nuevos agenciamientos, así como la nueva capacidad para hacerse cargo de la propia vida.	306
Es posible pensar que el proceso de la terapia es la restauración del sentido de agencia, de manera tal que las personas puedan recuperar su capacidad, en tierra, y puedan iniciar acciones competentes por sí mismas, en términos de lo que se da para ellas en ese momento de sus vidas y de lo que ellas quieren hacer.	311
Pienso que el cambio en la terapia no es la resolución de problemas sino el restablecimiento del sentido de agencia que es paralelo al desarrollo de nuevas narrativas y, en consecuencia, nuevas intenciones que sean consistentes con esta agencia. Si la experiencia terapéutica es vivida como exitosa, lo que la gente experimenta entonces es una sensación de libertad: ahora puede tomar acción por sí misma.	311

Anderson ,H y Goolishian ,H. (1996). El experto es el cliente : La ignorancia como enfoque terapéutico. En: McNamme,S. y Gergen, K. (Comps.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.(Original de 1992)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Nosotros, señalamos la base dialogal-siempre cambiante y en evolución-del relato del yo. Al adoptar este punto de vista, apoyamos la posición de ignorancia del terapeuta en la comprensión que se desarrolla a través de la conversación terapéutica. El concepto de ignorancia contrasta con la comprensión de terapeuta, que se basa en las narraciones teóricas preconcebidas.	48
Llamamos conversación terapéutica al proceso de la terapia que se base en esta postura, en esta concepción dialogal. La conversación terapéutica se refiere a una empresa en la que está en juego una búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del diálogo acerca de "problemas". La terapia, y por ende la conversación terapéutica, implica un proceso de "participación conjunta". Cada persona habla "con" el otro, no le habla "al" otro.	49
El papel del terapeuta consiste en poner toda su pericia al servicio del esfuerzo por desarrollar un espacio conversacional libre y por facilitar el inicio de un proceso dialogal dentro del que pueda producirse "lo nuevo". No se pone el énfasis en producir cambios sino en abrir un espacio para la conversación. Según ésta concepción hermenéutica, en la terapia del cambio está representado por la creación dialogal de la nueva narración. A medida que el diálogo se desenvuelve, se crea la nueva narración, la narración de las historias "aún no contadas".	49

Anderson ,H y Goolishian ,H. (1996). El experto es el cliente : La ignorancia como enfoque terapéutico. En: McNamme,S. y Gergen, K. (Comps.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.(Original de 1992)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
<p>Nuestra actual posición narrativa se apoya fuertemente sobre las siguientes premisas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significados. 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 y quienes mejor pueden describirlos son los individuos que participan en ellos. 2. El significado y la comprensión se construye socialmente. No accederemos al significado ni a la comprensión si no tenemos acción comunicativa, es decir, si no nos comprometemos en un discurso o diálogo generadores de significado dentro del sistema para el que la comunicación tiene relevancia. 3. En terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto "problema". Este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y significado específico del sistema, específico de sus organizaciones y específico de su disolución alrededor del "problema". En este sentido, el sistema terapéutico se distingue más bien por el significado co-creado en desarrollo, "el problema", que por una estructura social arbitraria, como una familia. El sistema terapéutico es un sistema de organización de problema y de disolución del problema. 4. La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos "conversación terapéutica". La conversación terapéutica es una búsqueda y una exploración mutua, a través del diálogo, un intercambio de doble vía, un entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la "di-solución" de los problema, es decir, hacia la disolución del sistema terapéutico y, por ende, del sistema de di-solución de problema y de la organización del problema. 5. El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación-un arquitecto del proceso dialogal-cuya pericia se manifiesta en el campo de la creación de un espacio que facilite la conversación dialogal. El terapeuta es un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica. 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 que nos enfrentamos en la terapia son acciones que expresan nuestras narraciones humanas de tal modo que disminuyen nuestro sentido de mediación y liberación personal. Los problemas son una objeción preocupada o alarmada ante un estado de cosas en el que somos incapaces de definir una acción competente (mediación) para nosotros mismos. Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que se deriva su significado. 8. El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y, por tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación. El poder transformador de la narración descansa en su capacidad para relatar o re-relacionar los hechos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y diferente. Vivimos en y a través de las identidades narrativa que desarrollamos en la conversación. El terapeuta cuenta con su pericia para participar en este proceso. Nuestro "yo" es siempre cambiante. 	47-48
<p>La posición de ignorancia implica una actitud general, una postura en la que las acciones de terapeuta comunican una abundante genuina curiosidad: las acciones y las actitudes de terapeuta expresan la necesidad de saber más acerca de lo que se ha dicho, y no transmiten, opiniones y expectativas preconcebidas acerca del cliente, el problema o lo que deba cambiar. Por lo tanto, así el terapeuta está siempre en situación de "ser informado" por el cliente. Esta posición es fundamental para uno de los supuestos de la teoría hermenéutica: que la creación dialogal del significado es un proceso permanente.</p>	49
<p>En terapia, el círculo hermenéutico o, círculo de significado, se refiere el proceso dialogar a través del cual la interpretación empieza con los preconceptos del terapeuta. El terapeuta siempre entra en la arena terapéutica con expectativas acerca de las cuestiones que se deben examinar, basadas en sus experiencias anteriores y en la información obtenida través de la derivación. La terapia empieza con una pregunta basada en este significado ya creado. El significado que surge en la terapia se entiende desde esta totalidad (los preconceptos del terapeuta) pero este todo, a su vez, se comprende a partir de las partes emergentes (la historia del cliente). Terapeuta y cliente avanzan y retroceden dentro de este círculo de significado. Pasan de la parte al todo y de nuevo a la parte, manteniéndose y dentro de un círculo. Así, el nuevo significado surge para el cliente y para el terapeuta.</p>	50
<p>Esto significa que los terapeutas siempre tienen prejuicios debido a su experiencia, pero que deben escuchar de tal modo que esta experiencia previa no le impida el acceso de significado cabal de las descripciones que cliente hace de su experiencia. Esto sólo se da si el terapeuta afronta cada experiencia clínica desde la posición de la ignorancia.</p>	51
<p>Desde esta perspectiva, cliente y terapeuta influyen mutuamente en el significado del otro, y el significado se convierte en un subproducto de la cooperación. Cliente y terapeuta dependen uno del otro en la constante construcción de nuevas comprensión. En efecto, ellos generan un significado compartido y dialogal que sólo existe momentáneamente durante la conversación terapéutica, que sigue cambiando a lo largo del tiempo.</p>	52
<p>La cuestión del significado local y del lenguaje local es importante porque, al parecer, existe toda una gama de experiencias y una manera de conocer estos experiencias que es lo suficientemente diferentes de "conocer" a "conocedor" .</p>	53
<p>Las preguntas terapéuticas formuladas desde una posición de ignorancia son, en muchos aspectos, similares a las llamadas preguntas socráticas. No son retóricas y pedagógicas. Al preguntar desde esta posición, el terapeuta puede avanzar junto con lo "aún no dicho". Además las preguntas terapéuticas implican muchas respuestas posibles. En terapia, la conversación es el despliegue de estas posibilidades "todavía inexpressadas", de esos relatos "aún no relatados". Este proceso acelera la evolución de las nuevas realidades personales y de la nueva mediación que surgen de desarrollo de las nuevas narraciones. El nuevo significado, y por lo tanto, la nueva mediación, se experimentan como cambio en la organización individual y social.</p>	54

Anderson ,H y Goolishian ,H. (1996). *El experto es el cliente : La ignorancia como enfoque terapéutico*. En: McNamme,S. y Gergen, K.(Comps.).La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.(Original de 1992)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Así, el terapeuta esté siempre en proceso de comprensión, siempre en camino a la comprensión, siempre en proceso de cambio. Las preguntas formuladas desde la ignorancia reflejan esta posición del terapeuta y este proceso terapéutico. De este modo, el terapeuta no domina al cliente con su conocimiento psicológico; al menos, sólo lo domina en la misma medida en que se ve conducido por el cliente y aprende de su pericia. La tarea del terapeuta, por lo tanto, no consiste en analizar sino en intentar comprender, comprender desde la cambiante perspectiva de la experiencia vital del cliente.	53
No existe pregunta ni intervención mágica alguna que pueda tener una influencia única sobre el desarrollo de una vida. Ninguna pregunta puede abrir un espacio dialogal. Ni tampoco la pregunta misma puede hacer que alguien cambie de significado, que tenga o no tenga una nueva idea. Pero cada pregunta constituye un elemento de un proceso general.	57
La tarea fundamental del terapeuta es dar con aquella pregunta para la cual la narración y el relato inmediato del experiencia son las respuestas. Estas preguntas no pueden pre-verse o pre- concebirse. Lo que se acaba de contar, lo que se acaba de relatar, es la respuesta para la que el terapeuta debe encontrar la pregunta. La narración terapéutica en desarrollo esta siempre confrontando al terapeuta con la pregunta siguiente. Desde esta perspectiva, en terapia las preguntas están siempre impulsadas por el hecho conversacional inmediato.	57

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. (Original de 1993).

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Desde esta perspectiva, los sistemas humanos son sistemas generadores de lenguaje y significados: creamos los significados con los demás. Un sistema terapéutico es un sistema lingüístico en el cual el cliente y el terapeuta crean significados conjuntos.	226
El proceso de la terapia es una conversación terapéutica, un diálogo, un “hablar con”. La conversación implica un proceso de “estar 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 son narrativas modificados o nuevos. En la 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. Así los problemas no son resueltos, sino disueltos. La di-solución del problema puede surgir de ésa nueva percepción del cliente de su capacidad personal y su libertad. Esta nueva percepción puede desarrollarse a partir de una modificación en la comprensión del problema, que entonces ya no se considera o experimenta como problema y, de hecho, puede ser disuelto por medio de acciones. El cambio en el terreno cognitivo y en el comportamiento, es una consecuencia natural del diálogo.	227
Este proceso terapéutico conversacional se logra por medio de la pericia del terapeuta para crear un espacio para el relato del cliente, manteniendo una posición de “ignorancia” y formulando preguntas conversacionales. Estas preparan las condiciones para la colaboración; crean el espacio para el diálogo y facilitan el proceso conversacional.	227
En esta forma de trabajar esta implícita la idea de que cada cliente, cada problema, cada sesión de terapia son únicos. El enfoque no se basa en conocimiento preconcebido como, por ejemplo, problemas comunes o habilidades técnicas generales. Esto no significa que “todo vale” o que este proceso terapéutico conversacional se desarrolle simplemente por el expediente de mantener una atmósfera no directiva y una conversación empática. Más bien, el proceso se convierte en una fuente de inspiración de una amplia gama de reflexiones y acciones características de las personas involucradas y los temas tratados. Tampoco significa que los terapeutas no saben nada y que ingresan en el consultorio como una tabla rasa; naturalmente, traen consigo las personas que ellos son y todo lo que eso implica. Quiere decir que las experiencias y conocimientos previos del terapeuta no asumen el liderazgo de la terapia. En este proceso, son movilizados tanto los saberes del terapeuta cómo los del cliente para disolver el problema.	229
¿El terapeuta tiene que controlar lo que dice? ¿Puede proponer una idea, dar una opinión, hacer una pregunta sobre algo? ¡Por supuesto! Es importante, sin embargo que lo que se pregunte o se proponga se haga desde una actitud tentativa, es decir, una actitud que no implique ningún juicio, ninguna culpabilización ni una hipótesis rígida. El terapeuta tiene que estar tan dispuesto a cambiar cómo espera que el cliente lo esté.	228

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Amorrortu (trabajo original publicado en 1997)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
La conversación es uno de los espectros más importantes de la vida. Mantenemos una conversación constante con los otros y con nosotros mismos. A través de la conversación formamos y reformamos nuestras experiencias vitales; creamos y recreamos nuestra manera de dar sentido y entender; construimos y reconstruimos nuestras realidades y a nosotros mismos. Algunas conversaciones aumentan las posibilidades; otras les disminuyen. Cuando las posibilidades aumentan, tenemos una sensación de acción creadora, una sensación de que podremos encarar lo que nos preocupa o perturba-nuestros dilemas, problemas, dolores y frustraciones-y lograrlo que queremos-nuestras ambiciones, esperanza, intenciones y acciones.	21
Wittgenstein señaló que vivimos en un mundo más de sucesos que de cosas. Nos instó a “ movernos entre las cosas y los sucesos en el mundo “ el lugar de tratar de delinear sus rasgos esenciales o describirlos con exactitud de una definición.	21
Yo creo que la conversación busca ayudar a la gente a que tenga el coraje y la capacidad de “ moverse entre las cosas y los sucesos en el mundo “, de “ tener alguna perspectiva clara “, de producir. Lo permite un tipo especial de conversación-un diálogo- y la capacidad de la terapéutica de crear un espacio dialógico y facilitar un proceso dialógico-una postura filosófica.	22

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Mi propósito es contribuir al incipiente cuestionamiento postmoderno de los discursos psicoterapéuticos tradicionales, proponiendo un punto de vista alternativo que representa, no un modelo, sino una filosofía de la terapia, un abordaje.	22
Como dice Mijail Bajtín, la responsabilidad del escritor es liberar al lector de la necesidad de defender su propia cultura cuando se encuentra con el texto, de modo que pueda tenderse un puente entre lo familiar y lo no familiar donde transiten un entendimiento creador y sentidos nuevos.	23
... estos términos se refieren a mi conceptualización de la terapia: un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas-una búsqueda conjunta de posibilidades.	28
Tanto mi enfoque colaborativo postmoderno como este libro se basan en la siguiente premisas filosófica: 1. Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentidos. 2. Son más una forma de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando construyan realidad. 3. Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional. 4. La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros. 5. El lenguaje es generador; la orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social. 6. El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y nuestra práctica cotidiana donde también se genera.	29
Estas premisas diferencian mi filosofía y práctica colectivas de otras versiones postmodernistas, e implican un movimiento en las definiciones de sistema social, proceso terapéutico, y posición de la terapeuta. Desde un sistema social definido por una estructura de roles hasta un sistema basado en el contexto, y producto de la comunicación social. Desde un sistema compuesto por un individuo, una pareja o una familia hacia un sistema compuesto por individuos interrelacionados a través de lenguaje. Desde una organización y un proceso jerárquicos dirigidos por la terapeuta hacia una postura filosófica terapéutica que invita a una relación y un proceso colaborativo. Desde una relación dualista entre un experto y un no-experto hacia una sociedad colectivas entre personas con diferentes perspectivas y conocimientos. Desde una terapeuta que sabe y que descubre y recoge información y datos, hacia una terapeuta que no-sabe y que está en la posición de ser-informada.	30
Desde una terapeuta experta y satisfecha que sabe cómo otros deberían vivir, hacia una terapeuta experta en crear un espacio para el diálogo y en facilitar el proceso dialógico. Desde una terapia centrada en el conocimiento impartido y en una búsqueda de la causalidad, hacia una terapia centrada en generar posibilidades y en fiarse en las contribuciones y la creatividad de todos los participantes. Desde una terapeuta segura de lo que sabe (o cree que sabe), hacia una terapeuta insegura para quien el conocimiento está en constante desarrollo. Desde una terapeuta que opera desde conocimientos, supuestos y pensamientos privados y privilegiados, hacia una terapeuta que hace público, comparte y reflexionar sus conocimientos, supuestos, pensamientos, preguntas y opiniones. Desde una terapeuta intervencionista, con capacidad estratégica y técnica, hacia una inquisición compartida que depende de las capacidades de todos los participantes. Desde una terapeuta que intenta producir cambios en otra persona u otro miembro de un sistema, hacia un cambio o una transformación que son consecuencia natural de un diálogo generador y una relación colaborativas. Desde una terapia, personas bien delimitadas, dotadas de si-mismo nucleares, hacia unas personas multifacéticas, dotadas de si-mismo relacionales construidos en el lenguaje. Desde una terapia como una actividad que investiga a otros sujetos, hacia una terapia en donde el cliente y el terapeuta participan como investigadores para crear lo que " descubren".	29-31
Ahí los senderos postmodernos, aunque por supuesto no están totalmente separados. Una quiebra al paisaje de lo " ya dicho "-la existencia y el efecto de los discursos, narrativas y convenciones culturales-. El otro lleva a lo " todavía no dicho "-la novedad que ocurre en el diálogo-. Hoy en día es este último paisaje-la premisas postmodernistas de la hermenéutica contemporánea y del construccionismo social, con sus tesis sobre la naturaleza interrelacional del conocimiento y la noción del si-mismo como una construcción lingüística transformada en el lenguaje-el que sirve como punto central de mi base conceptual, y el que provee las tonalidades dominantes en el enfoque de los sistemas de lenguaje colaborativos.	81
Todo puede ser o no ser tema de conversación. No quiero privilegiar una cosas sobre las demás. Si uno sigue el cliente, el cliente le lleva hacia dónde es necesario ir. Durante este encuentro, tomo en cuenta las circunstancias de nuestra conversación: una entrevista pública, en vivo, requiere mucho respeto del cliente y del terapeuta.	91
Inicialmente, nos interesó hablar el lenguaje del cliente (metafórica y literalmente) para aprender sus valores y puntos de vista, sus palabras y sus frases. El propósito era conversar usando el lenguaje cotidiano del cliente, y usar éste lenguaje en forma retórica, como una herramienta terapéutica estratégica, como una forma de evitar la historia del cliente y como una técnica para estimular su cooperación en la búsqueda del cambio. El lenguaje del cliente ofrecía claves para definir problemas, objetivo de tratamiento e intervenciones (cualquiera que fuese su forma); por ejemplo, podría ser útil para corregir creencias o intentos de solución defectuosos. Creíamos que de esta manera se lograba una mejor adecuación entre cliente y terapia. En consecuencia, a) el cliente respondería mejor al diagnóstico y a las intervenciones de la terapeuta; b) habría menos resistencia y c) la terapia tendría más probabilidades de éxito. Con ésta finalidad, prestamos mucha atención a nuestro propio lenguaje y lo adaptamos, como camaleones, al punto de vista del cliente y a las creencias de las familias. Con el tiempo, nuestros disciplinados intentos de aprender y usar el lenguaje de ésta forma produjeron cambios en nuestra experiencia clínica.	98
Notamos que, en lugar de aprender el lenguaje de una familia, aprendíamos los lenguajes particulares de cada miembro. La familia no tenía un lenguaje; sus miembros individuales no tenían, y cada lenguaje era distinto.	99

Anderson, H. (1999). Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia. Buenos Aires, Amorrortu (trabajo original publicado en 1997)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Descubrimos que si escuchábamos muy atentamente a los clientes, realmente nos interesábamos en lo que estaban diciendo, sus historias peculiares nos resultaban absorbentes y despertaban una verdadera curiosidad por sus puntos de vista y sus dilemas. Nos enfocábamos cada vez más en mantener la coherencia del cliente y en dejarnos informar por su historia. Lo que comenzó como una técnica de conversación con un propósito estratégico se convirtió en curiosidad natural y en una forma espontánea de hablar con la gente y entrar en relación con ella.	99
Descubrimos que mientras hablábamos intensamente con una persona, las otras parecían escuchar en una forma que no habíamos observado antes. Corregían e interrumpían menos; era una escucha menos defensiva. Tengo dos explicaciones para esto. Una es que nuestras palabras y acciones mostraban nuestro sincero interés y respeto por lo que cada persona tenía para decir, y nuestro deseo de darle el tiempo necesario para decirlo. Por eso, quien hablaba no tenía que esforzarse tanto en que entenderíamos ni convencernos de su versión de la historia; y quien escuchaba no necesitaba corregir, negar o agregar a lo que el otro decía. La segunda explicación es que la historia se contaba y escuchaba en forma diferente. El contenido era el mismo, pero las piezas ensamblaban de manera distinta, y así la gente descubría nuevas explicaciones para la historia y su experiencia .	100
Descubrimos que contar la historia de forma diferente (o un fragmento de esta historia) tal como nos había sido contada a nosotros capturaba la idiosincrasia del cliente, y le hacía cobrar vida... los estudiantes solían comentar que los clientes ya no parecían repeticiones estériles e inertes, como las creadas por las descripciones, explicaciones y diagnósticos profesionales. En cambio, se hacían más reales, cobraban vida. La homogeneización producida por el lenguaje profesional se disolvía cuando contábamos las historias de los pacientes, usábamos palabras y frases que tenían significado para ellos, los describíamos como se describían a sí mismos. Comenzamos a ver lo singular de cada cliente y de sus circunstancias, lo singular de cada situación clínica, lo singular de cada relación terapeuta-cliente. No sólo los clientes se humanizaron a través del uso de lenguaje ordinario; lo mismo ocurrió con los terapeutas.	101
Al crecer nuestro interés por el conocimiento de la otra persona, nuestro propio conocimiento se hizo menos importante. Espontáneamente, nos encontramos suspendiendo nuestros preconocimientos-nuestras historias, nuestros prejuicios, nuestras opiniones acerca de cómo deberían ser las familias, de cómo deberían construirse las narrativas, de cuáles narrativas eran más útiles-. Los "suspendimos" en el sentido de que los colocamos a la vista, para que tanto nosotros como los demás pudiéramos estar conscientes de su existencia, observarlos, reflexionar acerca de ellos, ponerlos en duda, cuestionarlos y cambiarlos.	102
Nuestra posición de aprendices invitaba, en forma natural y espontánea, a una indagación mutua o compartida. Los clientes involucraron con nosotros en un proceso compartido de exploración de los problemas y desarrollo de posibilidades. La terapia dejó de ser un "hablar a" se convirtió en un "hablar con"... donde la terapeuta ya no era la editora de la historia del cliente que usaba el lenguaje, herramienta editorial, sino una autora más de las historias nuevas, generadas en el lenguaje y a través de la relación.	102
La combinación de las experiencias nos provocó un estado constante de incertidumbre, en tanto comprendimos que era imposible predeterminar o predecir el resultado y las consecuencias de nuestras conversaciones terapéuticas. Comenzamos a apreciar y valorar esta sensación de impredecibilidad que nos hacía sentir cómodos y libres. Nos sentíamos libres de no-saber. No necesitábamos ser expertos en cómo deberían vivir los clientes, en las preguntas correctas o en la mejor narrativa. No teníamos que ser expertos en contenidos. Esta libertad de no saber, a su vez, expandió nuestra imaginación y nuestra creatividad. El "no saber" devino una idea pivotal para nuestro abordaje de los sistemas lingüísticos coproductivos; introdujo una diferencia significativa entre 1000 ideas acerca de la terapia y la posición del terapeuta, y las de otros.	103
En síntesis, cliente y terapeuta pasaron hacer compañeros en una conversación, donde la pericia del cliente sobre sí mismo se combinaba con la pericia del terapeuta sobre un proceso, para crear nuevos conocimientos, comprensiones, sentidos y posibilidades para todos. Nuestra relación con nuestros clientes y el proceso de la terapia se hicieron más colaborativos; la naturaleza dualista, jerárquica, de la relación y del sistema terapéutico comenzó a desdibujarse y a disolverse. La responsabilidad por la terapia y su resultado pasó a ser compartida.	107
La terapia puede ser vista como una clase especial de discurso social, como una conversación orientada a crear un medio que facilite un proceso de cogeneración y co-construcción de sentido, que culmine en una nueva narrativa y, por lo tanto, en una nueva acción productora. A través del diálogo surgen nuevas posibilidades.	107
Cada teoría terapéutica define la posición del terapeuta, describe lo que hace terapeuta e identifica las características del terapeuta. La teoría influye, sobre cómo habla y actúa el terapeuta, y las intenciones que guían éste hablar y actuar.	108
Un enfoque colaborativo trata de crear un espacio y facilitar un proceso donde situaciones (o narrativas) problemáticas no trabajables, puedan ser transformadas en trabajables, con posibilidades. En mi experiencia, una vez que esto sucede, los problemas comienzan a disolverse.	118
Con la disolución del problema viene la disolución del sistema de la terapia, el sistema del problema. Esto es, los sistemas que se congregaron alrededor del problema se disipan... La familia puede todavía comprender los mismos miembros, pero las relaciones son diferentes, las narrativas son diferentes o tienen diferentes significados, y por lo tanto el sistema es diferente.	135
En mi enfoque terapéutico, el interés y la intención del terapeuta consisten en establecer una oportunidad para el diálogo y, a través del diálogo, en crear oportunidades de autodeterminación, libertad y posibilidades únicas para cada cliente y su situación, en cuya invención o perfeccionamiento el cliente participa. Estas transformaciones consisten en y resultan de la creación dialógica de una nueva narrativa. En otras palabras, el cambio ocurre conforme el diálogo fluye. Este punto de vista sobre el cambio o la transformación requiere que adoptemos una posición distinta respecto de nuestros clientes. A ello me refiero con expresión postura filosófica-un modo de ser-en relación con nuestros semejantes, una manera de pensar sobre ellos y de interactuar con ellos. Es una posición auténtica, natural, espontánea y sostenida, que adopta una forma única en cada relación y discurso.	136-137

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Amorrortu (trabajo original publicado en 1997)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Los sistemas terapéuticos se forman, y se distinguen como tales, en función de su pertenencia comunicacional (por lo general definida en términos de “problemas”). Son producto del dominio lingüístico, y existen sólo en nuestras descripciones, en nuestro lenguaje. Son narrativas que evolucionan en la conversación. Un sistema terapéutico, por tanto, desarrolla su propio lenguaje y sentido en función de su organización específica y de su forma específica de “disolver el problema”.	112
Características de una postura filosófica. <i>Cliente y terapeuta son compañeros en diálogo, ambos son expertos</i> : el cliente es experto en el área de contenido, en las experiencias vitales que lo han traído a la relación terapéutica. Un terapeuta es experto en el área del proceso, en participar con el cliente en un proceso dialógico de narrativas en primera persona. <i>El terapeuta es creador y facilitador de un espacio y una producción de diálogo</i> . En el proceso colaborativo, la terapeuta no es más que una de muchas autor de narrativas todavía no contadas-emergentes y cambiantes-. Participa como una consultora que facilita e indaga, más que como una interventora instrumental. Un aspecto central de esta postura es la capacidad honesta y sincera del terapeuta para recibir, invitar, respetar, escuchar y involucrarse en la historia del cliente. Un terapeuta quiere que cada participante en la conversación sienta que su versión es tan importante como la otra. Es una posición del multiparcialidad. En la cual se alía simultáneamente con todos los participantes.	138
Lo que un terapeuta colaborativo no es. Los terapeutas no son editores de narrativas. Los terapeutas no son tablas rasas ni pantallas en blanco. Los terapeutas no son negociadores o árbitros de diferencias. Los terapeutas no son detectives que descubren la verdad o lo que es cierto o más cierto, o falso o más falso. Los terapeutas no son interventores, y tampoco son pasivos	139-141
Cada terapeuta aplica esta filosofía a sus relaciones terapéuticas de una manera única, adaptada su personalidad y su bagaje de experiencias, y a las características singulares de cada situación terapéutica: los individuos participantes, la importancia de las conversaciones en su contexto.	142
El terapeuta que adopta esta postura filosófica y participa en este tipo de proceso dialógico también corre el riesgo de cambiar. En un proceso de influencia mutua donde el cambio es la consecuencia natural del diálogo, el terapeuta está tan sujeto a cambiar como el cliente.	144
Pero también significa, y esto es más serio, que nuestra ética profesional, nuestros valores morales más profundos y apreciados quedan expuestos, cuestionados y sujeto a cambio. Yo creo que esto es en parte, lo que libera nuestra creatividad y nos impulsa a una aventura de continuo aprendizaje de crecimiento personal.	144-145
La noción de reflexionar (y en general la de compartir el trabajo) se relaciona con la “hacer público”. Esto significa estar más dispuesta a revelar, a compartir mis diálogos y monólogos internos, pensamientos, prejuicios, especulaciones, interrogantes, opiniones, temores; y aceptar retroalimentación, evaluación crítica. Por lo tanto, me expongo más como persona con mi cliente. Prefiero <i>público</i> a transparente porque no creo que otra persona pueda realmente “vernos”, o nosotros a ella. Más bien, sólo podemos ver lo que el otro elige mostrar	147
El reflexionar puede estimular y garantizar la emergencia de múltiples voces y perspectivas en los terapeutas. Tanto como el cliente, el terapeuta puede tener muchos pensamientos-algunos compatibles, otros contradictorios-. Hermans, interesado en la naturaleza dialógica del sí-mismo, compara esto a las voces polifónicas: el reflexionar y mi mostrarme al otro me permiten-le permiten al otro-una mayor flexibilidad para lidiar con las múltiples opiniones, a veces conflictivas, sobre las complejas situaciones vividas por los clientes... Hacer público no se limita a la información profesional sino que también incluye lo personal.	148
Cuando un terapeuta invita a un cliente a colaborar, la responsabilidad se hace compartida.	149
La conversación/terapia dialógica permite un espacio/contexto que el espacio/contexto cotidiano del cliente quizá no permita.. Esto requiere que el terapeuta sea capaz de crear y mantener un espacio dialógico donde el otro tenga la libertad de “vagar por todo el campo de posibilidades”.	159
El aprender del terapeuta conduce a la indagación compartida. El proceso de indagación compartida comienza con y es guiado por una conversación donde el terapeuta aprende-genuina, atenta y abiertamente-la experiencia narrada por el cliente. El aprender del terapeuta comienza a despertar la curiosidad del propio cliente, indicándole a unirse al terapeuta en una indagación compartida de los temas en cuestión.	160
No existe un punto de vista privilegiado para la comprensión. Es habitual que los terapeutas, supervisores, consultante o miembros del equipo hablen de una “meta posición”, una posición privilegiada por encima o fuera de un proceso. Pero es imposible ser “meta” en relación con una conversación terapéutica. Simplemente participamos en ella: observamos, escuchamos o conversamos desde diversas posiciones, ángulos y precomprensiones. Cada posición es una entre muchos posibles.	163
Más bien, entender es un proceso interpretativo, una narrativa cuyo objetivo es lo que denota la palabra alemana <i>Deutung</i> : aprender un sentido o significado profundo de algo. La interpretación suma sentido a la historia de otra persona. Shotter describe la naturaleza dialógica de la conversación como “acciones conjuntas” donde “cada uno coordina su actividad con las actividades de otros y les “responde” en lo que hace, lo que desea como individuo y lo que de hecho resulta”.	163
Es posible acercarse al experiencia de otra persona, pero nunca podemos entender plenamente lo que significa para ella. Solamente podemos aproximarnos a una comprensión a través de lo que pensamos que la persona está diciendo. Entender no significa estar completamente de acuerdo. Desde este punto de vista, la comprensión estén constante proceso de desarrollo y siempre depende del acontecimiento dialógico en sí mismo. La comprensión cambiante es el desarrollo de una significación nueva.	164

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
<p>Conversar es algo más que hablar. En su sentido más pleno, es la esencia misma de nuestra existencia. Cada conversación ocurre y se forma momento a momento, y es idiosincrásica para su contexto, los participantes y sus circunstancias. Yo identifico, sin embargo, algunas características básicas en toda conversación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los participantes entran en una conversación con un marco de referencia que incluye lo que traen de su vida cotidiana; por ejemplo, su identidad. 2. Cada conversación ocurre en un contexto, local (lo más inmediato interpersonal) o universal (cultural, social, histórico). 3. Cada conversación está interengarzada en, se convierte en parte de, influye y es influida por multitudes de otras conversaciones, pasadas y futuras. Una conversación no es un proceso aislado. 4. Cada conversación tiene un propósito, expectativas e intenciones, a las que contribuyen todos los participantes. 5. Toda conversación en voz alta entre participantes incluye conversaciones silenciosas, internas a cada participante. <p>Si bien estas características se aplican a diversas clases de conversación, hay dos clases cuya diferencia me resultan útiles para comprender el potencial transformador de la conversación en general y la conversación terapéutica en particular: las conversaciones donde emerge un sentido nuevo, y las que no. Las llamo conversaciones dialógicas y monológicas. ¿Qué significa "conversación dialógica"?</p> <p>La conversación dialógica-en terapia y en otros contextos-se caracteriza por la indagación compartida: el continuo intercambio y discusión de ideas, opiniones, preferencias, recuerdos, observaciones, sensaciones, emociones, etc.. La indagación compartida es un proceso de participación conjunta, de ida y vuelta, de dar y recibir un todo es propia de una conversación donde uno habla con el otro, más que hablarle al otro. Los participantes no suponen que saben lo que la otra persona dice, quiere decir o quiere; en cambio, cada participante se compromete a aprender sobre el otro y a tratar de entenderlo, buscando significaciones por medio del lenguaje. La búsqueda de la comprensión y la generación de sentido por medio de la indagación compartida son la esencia del proceso dialógico, y también del enfoque de los sistemas del lenguaje colaborativos. La indagación compartida se caracteriza por varios rasgos: el espacio dialógico, la exploración y el desarrollo mutuos, la comprensión desde dentro de la conversación, el diálogo interno, la expansión y expresión de lo no-dicho, el trasfondo de la conversación, el pertenecer a la conversación y la intencionalidad compartida.</p>	157-159
<p>Así entonces, la novedad no es simplemente el resultado de reacomodar las piezas de una narrativa para crear una comprensión diferente del pasado-aunque esto puede ocurrir-. Las narrativas nuevas que emergen en nuestros intercambios con clientes no son el resultado de la ingeniosa improvisación de una nueva narrativa introducida por el terapeuta (basadas, por ejemplo, en la teoría o en otros conceptos normativos).</p>	166
<p>Ningún relato comunicativo dio ninguna palabra, ninguna frase, ninguna oración-completo, claro y unívoco. Toda comunicación porta sentidos inexplorados y posibles interpretaciones nuevas. Toda acción comunicativa es un recurso infinito de nuevas expresiones significadas. Por tanto, el sujeto y el contenido de todo discurso-en nuestro caso la terapia-están abiertos a un cambio evolutivo en su sentido.</p> <p>En la terapia, el recurso de lo no-dicho y lo todavía no-dicho-el círculo de lo inexpresado-alude a los pensamientos y conversaciones internas, privadas del cliente. Esto incluye tanto los pensamientos aún no formados como los aún no hablados.</p>	166
<p>Creo, con Shotter, que el ser respondido crea una sensación de pertenencia y conexión que es esencial para el diálogo: "porque los miembros individuales de una comunidad sólo pueden sentir que "pertenecen" a la realidad de esta comunidad si quienes los rodean están dispuestos a responder seriamente a lo que esos miembros hacen y dicen; es decir, que son tratados como participantes legítimos en la "autoría" de aquella realidad, y no excluidos de ella de una u otra manera.</p>	169
<p>Shotter advierte, y yo también creo, que participar en este tipo de conversación "no significa que vayamos a sentir una sensación" de total armonía con quienes nos rodean. La conversación dialógica no supone acuerdo. Más bien, el diálogo requiere que haya lugar suficiente para la coexistencia de perspectivas familiares, ambigüedades confusas y actitudes vigorosas. Y requiere que haya lugar para quien me dejan intenciones y opiniones diferentes. Para ello, "debemos ofrecernos mutuamente la oportunidad de contribuir a la construcción de significados acordados". Cuando esta oportunidad está presente, podemos tener la sensación de pertenecer aunque no estemos de acuerdo.</p>	171
<p>Creo que toda comunicación humana, incluyendo una conversación, es intencional. Somos agentes intencionados; no podemos actuar sin intención. Toda conducta está "dirigida hacia algo, o es acerca de algo distinto de sí misma".</p>	171
<p>Los terapeutas que queremos participar en un diálogo necesitamos descubrir intención de las acciones, los pensamientos o los enunciados del cliente, interpretar conjuntamente su significado a través de un proceso conversacional, en lugar de suponer que sabemos a priori cuál es la intención. Sin embargo, es importante que la intención del terapeuta sea compatible con el propósito de la conversación, venga al caso.</p>	173
<p>Al distinguir entre monólogo y diálogo, mi propósito no es patologizar el primero y normalizar el segundo. No quiero decir, por ejemplo, que el desacuerdo sea patológico. Y que un soliloquio sea necesariamente monológico. Simplemente uso estos términos para distinguir entre distintos tipos de conversaciones en general, y distintos tipos de conversaciones terapéuticas en particular-las que favorecen monólogos internos y externos, y las que favorecen diálogos internos y externos.</p>	164
<p>La posición de no-saber, apoyada en movimientos postmodernos como la hermenéutica contemporánea y el construccionismo social, cuestiona el dualismo sujeto-objeto conocedor-conocido. Se basa en el supuesto de que la creación dialógica de significados es siempre un proceso interno subjetivo, que da lugar a posibilidades que el "saber" no permite. Una de esas posibilidades es el diálogo. El no-saber alude a la actitud del terapeuta de que no tiene acceso a una información privilegiada, que nunca puede comprender plenamente a otra persona, que necesita mantenerse en un estado de ser informado y de aprender sobre lo que se ha dicho o puede no haberse dicho.</p>	186

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Amorrortu (trabajo original publicado en 1997)

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
La estructura de la conversación terapéutica es espontánea. La determinan, momento a momento, intercambios precisarían y se entrecruzan. No sigue un guión predeterminado, como podría ser un cuestionario estructurado una secuencia de acciones. No puedo saber de antemano que preguntarle; no puedo escoger palabras para producir un resultado específico. Quiero participar en el proceso que describo de una manera natural, no artificial. Porque estoy dentro, no fuera del proceso que intento crear. Para un observador externo, o para alguien que tenga una de concepción acerca de cómo debe ser una conversación, estas conversaciones parecen desorganizadas. Puede parecer que un terapeuta no tiene control de la entrevista, porque realmente no la tiene. No controla la entrevista, no mueve la conversación en dirección a un contenido o resultado específico, ni es responsable por la dirección del cambio. No crea la novedad, ni le introduce desde fuera de la conversación: la novedad emerge en el diálogo. Por lo general el contenido no es nuevo, sino que las piezas se organizan de modo diferente, algo así como lo que Shotter llama "reacomodar las cosas", y Gadamer, "trasladar la discusión a un nuevo terreno".	177
Un proceso dialógico incluye seis componentes interrelacionados, simultáneas, superpuestos y secuenciales, todos ellos subordinados a la postura filosófica: El terapeuta participa y mantiene un espacio dialógico interno consigo mismo; El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el cliente; El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo; Los clientes participan en diálogos externos entre sí; El cliente participa en diálogos internos y externos fuera de del consultorio; El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio.	179-180
Voluntad de dudar. La incertidumbre requiere que pongamos en suspenso, "colgando" frente a nosotros, nuestros discursos profesionales y personales dominantes-lo que sabemos o queremos saber-; que nos mantengamos conscientes de nosotros mismos y de otros, y abiertos a examinarnos y a ser examinados por otros. Tenemos que ser capaces de no entender demasiado rápidamente, de abandonados supuestos y estereotipos prematuros, de cuestionar lo que pensamos que sabemos y de no preciar nuestro conocimiento más que el cliente. Aquí lo decisivo no es tanto que terapeuta tenga ideas preconcebidas, sino lo que haga con esas ideas. El no-saber que implica humildad acerca de lo que uno sabe. El terapeuta está más interesado en aprender lo que un cliente tiene que decir que buscar, exponer, validar o promover su propio conocimiento o intereses.	186
No-saber, en las palabras de Derridá, "no significa que no sabemos nada, sino estamos más allá del conocimiento absoluto. No-saber no significa retener información, simular estupidez, engañar o ser neutral. El terapeuta no puede ser una pantalla en blanco, vacía de ideas, opiniones y prejuicios. No puede ser neutral. Por el contrario, cada uno de nosotros trae al consultorio experiencias vitales personales y profesionales, valores, preferencias y convicciones. Debemos ser capaces de tener, compartir y promover nuestras opiniones, ideas y sentimientos.	190
Ninguna pregunta por sí misma puede determinar el diálogo la ausencia de diálogo. La pregunta en sí misma, no es la causa de que alguien cambie su manera de entender, abandone una idea o tenga una nueva idea. Más bien, las preguntas conversacionales - al igual que los comentarios, declaraciones y gestos-son elementos de un proceso general que ejemplifica la postura honesta y consecuente el terapeuta de no entender demasiado rápidamente, no determinar el marco para el diálogo y no-saber. Cada pregunta es un elemento del proceso conversacional global y representa la postura general del terapeuta.	192
... para identificar 6 rasgos entrelazados del no-saber, que caracterizan a los terapeutas que participan en conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas, y que pueden servir como guías para la creación de esas conversaciones y relaciones: 1) confiar y creer; 2) hacer preguntas conversacionales; 3) escuchar y responder; 4) mantener coherencia; 5) mantener la sincronía. 16) honrar la historia del cliente. Los clientes quieren que se confíen en ellos.	192
Puesto que la posición de no saber permite al terapeuta expresaron interés y curiosidad por el cliente, es más probable que las preguntas formuladas desde esta posición vengan desde dentro y no desde fuera de la conversación local. Las preguntas formuladas desde esta posición ayudan a que el cliente, clarifique y amplifique una historia; abren nuevas avenidas para explorar lo que se sabe y lo que no se sabe; ayuda a que la terapeuta aprenda sobre lo dicho vs. Lo todavía no- dicho, y la protección de malentendidos. Cada pregunta lleva a una elaboración de las descripciones explicaciones; cada pregunta lleva a otra pregunta.	199
Las historias generadas en terapia de vencer la tos, suficientes específicos y locales, de experiencias en primera persona que permitan, siquiera provisoriamente, entender los esfuerzos del cliente, y que culminen en una nueva narrativa. El sentido local y el lenguaje local son importantes debido a la variedad de las experiencias y las múltiples formas de conocerlas, que difieren de conocerlo en conocedor y de terapia en terapia.	216
Es a través de estas narrativas propias como devenimos actores o agentes, y obtenemos un sentido de lo social o de la autonomía (de una percepción personal de competencia para la acción) Yo creo que la autonomía es inherente y accesible a cada uno de nosotros. Los clientes suelen utilizar para describir los resultados de una terapia exitosa de dos formas: libertad (respecto de un pasado, presente y futuro aprisionante) y esperanza (de un futuro diferente).	300-301

Anderson, H. (2004a). *Becoming a postmodern Collaborative therapist. A clinical and theoretical Journey. Part I*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/parti.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004

Premisas del autor orientadas al cambio
For instance, each had their own description of the problem and its solution, as well as their own description of the family and therapy. There was no such thing, therefore, as a problem, a solution, or even a family for that matter. Rather there were at least as many descriptions of these as there were system members. We were fascinated by these differences in language, including the differences in descriptions, explanations and meanings attributed to the same event or person. We had a sense that somehow these differences were valuable and held possibilities; therefore, we no longer wanted to negotiate, blur or strive for consensus (i.e., seek inga problem definition or an imagined solution). We wanted to maintain the richness of differences.

Anderson, H. (2004a). *Becoming a postmodern Collaborative therapist. A clinical and theoretical Journey. Part I.* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/parti.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004

Premisas del autor orientadas al cambio

We learned and spoke the client's everyday ordinary not our professional language. When we talked about our clients outside the therapy room we identified them by their self-descriptions and shared their self-told stories as they had narrated them to us. For instance, in hospital staffings or school consultations we described our clients and told their stories in their words and phrases. In doing this we found that we were using clients' everyday ordinary language rather than our professional language.

Telling our clients' stories as they had told them to us captured the uniqueness of each client, making them and their situation come alive. Students often commented that clients no longer seemed like look-alike classifications (known visions produced by professional descriptions, explanations and diagnoses) that overlooked their humanness. The sameness that dominated from professional language receded and the specialness of each client emerged. Consequently, this different way of talking about and thinking about our clients in their ordinary language not only made clients more human but brought forward the therapist as human, leaving the therapist as technician behind.

We suspended our preknowledge and focused on the client's knowledge. As our interest in and value of the client's story grew, so did our interest in their knowledge and expertise on themselves and their lives. Our own knowledge and content expertise continued to be less important. We found ourselves spontaneously and openly suspending our preknowledge—our sensemaking maps, biases and opinions about such things as how families ought to be, how narratives ought to be constructed and what were more useful narratives. By suspend I mean we were able to leave our preknowledges hanging in the forefront for us and others to be aware of, observe, reflect on, doubt, challenge and change. The more we suspended our own knowing the more room there was for a client's voice to be heard and for their expertise to come to the forefront.

We moved from a one-way inquiry toward a mutual inquiry. As we immersed ourselves in learning our client's language and meanings in the manner that was developing, we realized that we and our clients were spontaneously becoming engaged with each other in a mutual or shared inquiry. We were engaged in a partnered process of coexploring the problem and codeveloping the possibilities. Therapy became a two-way conversational give-and-take process, an exchange and a discussion and a criss-crossing of ideas, opinions and questions. Consequently the stoic telling process itself, became more important than the story's content or details. We began to focus on the conversational process of therapy and how we could create a space for and facilitate the process.

Anderson, H. (2004b). *Becoming a postmodern Collaborative therapist. A clinical and theoretical Journey. Part II.* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/partii.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004

Premisas del autor orientadas al cambio

Hence, came our ideas about the unsaid and the not-yet-said in therapy. We placed emphasis on trying to understand the other person and learning about their views, but experienced that in the participatory process of articulating a view that views altered, new ones emerged, and some dissolved away—for us and our clients. And, about this time we began to think that this process occurred in a metaphorical space between us. Along with these new ways of thinking about our clients and our work together came a lesson in uncertainty and a trust that the process would lead to yet-known possibilities. Expertise as we had learned to think about it and use it—content, narrative, or outcome expertise—was no longer needed. The therapist is simply an expert in a process. Thus, the hierarchy and dualism of therapy systems and relationships begin to collapse into more egalitarian ones, and ones that bear more resemblance to everyday ordinary life. In the end our clients were, as our MIT forefathers knew and as we began to say, the heroes and heroines of their own lives.

In reading philosophy it made sense for me to think of my approach not as representing or informed by a theory, but as a philosophy of life. This notion was reinforced by Wittgenstein's later works and his bringing attention to how we participate in language *with* each other—to how we understand, relate, and respond with each other—how we go on with each other. How client and therapist go on with each other, we said, is mutually determined.

In this narrative view, self is no longer the subject of the verb change; a client is no longer a subject that a therapist changes. The purpose of therapy becomes to help people tell and participate in their telling of their first-person narratives. The therapist's role is not to be an editor or expert on these narratives and choices, but to participate in a dialogical process, remaining open to the unexpected newness that emerges. In this process, self-identities transform to ones that allow for self-agency, for varied ways of being in and acting in the world, and for multiple possibilities regarding the life circumstances we sometimes think of as problems.

The intent with which and the way a therapist participates in the narrating process distinguish a postmodernist collaborative narrative perspective from other narrative informed therapies. In this participation, striving for a relational means of joint construction of the "new" narrative, a therapist must have an awareness of and take care in the way they use language and the language choices they make. The therapist must not be indifferent to their participation in the conversation; they must have an awareness of and be responsible for their contributions to the conversation and the meanings that they participate in constructing and inventing. The therapist does not choose or direct the narrative account that they think should emerge, does not privilege one account over another, and does not determine which account is the truest or most useful. Again, the therapist is not a narrative expert or editor. For instance, new language may be introduced in an attempt to understand the client. That is, a therapist's saying back to a client exactly what they have said does not confirm understanding.

Anderson, H. (2004c). *Postmodern Social Construction Therapies. Dialogue*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004

Premisas del autor orientadas al cambio
Therapy is a process or activity that involves collaborative relationships and dialogical conversations. It is a process of coexploring, clarifying, and expanding the familiar; therapy invites and forms the “unsaid:” the newness. Although newness in some form or another—stories, self-identities, etc—can be the result, the emphasis of therapy is on this process, not on content or product. Collaborative therapists strive to be aware of this essentialist trap.
Dialogical conversation is distinguished by shared inquiry. Shared inquiry is the mutual process in which participants are in a fluid mode and is characterized by people talking with each other as they seek understanding and generate meanings; it is an in-there-together, two-way, give-and-take, back-and-forth exchange (Anderson Anderson & Goolishian, 1988; Anderson, 1997, 1997a). Dialogical conversation begins with the therapist as a learner whose interest and curiosity about the client naturally invites the client into shared inquiry. This shift and the interpretive process of shared inquiry are transformational processes.
Language is the primary vehicle for therapy. Transformation (e.g. new knowledge, meanings, expertise, identities, agency, actions, and futures) is inherent in the inventive and creative aspects of language, and therefore, dialogue: “In dialogue, new meaning is under constant evolution and no ‘problem’ will exist forever. In time all problems will dissolve” (Anderson & Goolishian, 1988 p. 379). This transformative nature of language invites a view of human beings as resilient, and it invites an appreciation of each person’s contributions and potentials.
Like most other postmodern/social construction oriented therapies, Collaborative Therapy does not consider the therapist’s position or actions as techniques. Anderson and Goolishian (1988) distinguished their work as a philosophy of therapy rather than a theory or model. For them, philosophy involves questions and ongoing analysis about ordinary human life such as self-identity, relationships, mind, and knowledge. Their conceptualizations of knowledge and language inform a worldview or philosophical stance—a way of being in the world that does not separate professional and personal. The stance characterizes a way of thinking about, experiencing, being in relationship with, talking with, acting with, and responding with the people therapists meet in therapy. Several interrelated characteristics partly define the stance. Conversational Partners. This therapist learning position acts to spontaneously engage the client as a co-learner or what collaborative therapists refer to as a mutual or shared inquiry as they co-explore the familiar and co-develop the new. Client as Expert.
Collaborative therapists often work with members of clients’ personal or professional systems. Not-Knowing. Being Public. Mutual Transformation. A collaborative perspective becomes less hierarchical and dualistic. If a therapist assumes the described philosophical stance, they will naturally and spontaneously act and talk in ways that create a space for and invite conversations and relationships where clients and therapists connect, collaborate, and construct with each other. Because the philosophical stance becomes a natural and spontaneous way of being as a therapist, there are no therapist techniques and skills as we know them. The stance is unique for each therapist and for each client and situation they encounter.

Anderson, H. (2004d). *Listening, speaking, and hearing :The relationship to dialogue. Consultation and constructive excercises* . Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004

Premisas del autor orientadas al cambio
For me, dialogue refers to a form of conversation: talking or conversing with one’s self or another toward a search for meaning and understanding. In and through this dialogic search meanings and understandings are continually interpreted, reinterpreted, clarified, and revised. Newness in meaning and understanding emerges, and thus, possibilities are generated for thought, feeling, emotion, action, and so forth. In other words, transformation is inherent in dialogue. True dialogue cannot be other than generative.
Dialogue involves having space for people to connect and talk with each other. It involves a process in which participants engage with each other in shared or mutual inquiry: jointly examining, thinking, questioning and reflecting. In and through dialogue meaning and understandings are continually interpreted, reinterpreted, clarified, revised, and expanded. These characteristics distinguish dialogue as a dynamic generative joint activity and as different from other language activities such as discussion, debate, or chit chat.
Dialogue is a relational and collaborative activity. Although dialogue is, of course, influenced by the multiple larger contexts and discourses in which it takes, of prime importance, however, is the relationship between the dialogical participants or what I refer to as the conversational partners. Wittgenstein talked of relationship and conversation going hand-in-hand: the kinds of conversations that we have with each other inform and form the kinds of relationships we have with each other and vice versa. Dialogue invites and requires of its participants a sense of mutuality, including genuine respect and sincere interest regarding the other. While at the same time, dialogue invites a sense of belonging and ownership.
Dialogue, by its very nature, involves not-knowing and uncertainty. Sincere interest in another necessitates not-knowing the other and their situation ahead of time, whether the knowing is in the form of previous experience, theoretical knowledge, or familiarity. Knowing can preclude being inquisitive and learning about the uniqueness of the other. Because perspectives change and dialogue is transforming, it is impossible to predict how a story, for instance, will be told or the twists and turns it may take. Not-knowing refers to having a critical and tentative attitude about what you know or think you know, and offering it with that attitude. It also refers to the intent with which knowledge is introduced. To invite and facilitate dialogue, it is best offered with the intent that it is food for thought and dialogue rather than with an objective such as instructive interaction. Maintaining a not-knowing position and tolerating uncertainty are critical for the freedom of expression necessary and the opportunity for the natural “accidental” paths a dialogue can take. Also, not-knowing and uncertainty are important to inner or self-dialogue.

Anderson, H. (2004d). *Listening, speaking, and hearing :The relationship to dialogue. Consultation and constructive excercises*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004

Premisas del autor orientadas al cambio
Dialogue involves the reflexive, intertwined process of listening, hearing and speaking. Listening, hearing and speaking are intricately woven and each is critical to the other. They are not discrete step-ordered processes, nor are they techniques. What do these words refer to? In my interviews with clients, I often heard words such as, "She listened to me," "He heard exactly what I said" and "All I really wanted was for someone to hear me."
The belief has been that if a therapist could be a good listener-an empathetic listener, and attentive listener . . . such listening would lead to uncovering and accessing the feelings, thoughts, and meanings that were beyond or below . . . the client's actual words. This knowing through a special kind of listening with a therapist's ear guides interventions. It is almost as if the talking cure and healing listening are separate step-ordered processes. In contrast, I think of listening and hearing as interrelated, active, mutual processes. I define listening as attending to, interacting with, responding to, and trying to learn about a client's story and its perceived importance."
Responsive-active listening-hearing does not mean just sitting back and doing nothing. It does not mean that a therapist cannot see anything, offer an idea, or express an opinion. Nor does it mean that it is just a technique. Responsive-active listening-hearing is a natural therapist manner and attitude that communicates and demonstrates sincere interest, respect, and curiosity. The therapist gives as much room and time for a client's story as necessary, and, yes, at times, without interrupting. That is, it does not bother me nor do I draw an inference if a client chooses to talk for a long time."
Listen, hear, and speak respectfully: Respect is a relational activity; it is not an individual internal characteristic. Respect is having and showing regard and consideration for the worthiness of the other. It is communicated by attitude, tone, posture, gestures, eyes, words, and surroundings.
Listen, hear, and speak as a learner: Be genuinely curious about the other and sincerely believe that you can learn something from them.
Listen and respond with sincere interest in what the other person is talking about-their experiences, their words, their feelings and so forth. Listen, hear, and speak to understand: Do not understand too quickly. Understanding is never-ending. Be tentative with what you think you know. Knowing interferes with dialogue: it can preclude learning about the other, being inspired by them, and the spontaneity intrinsic to genuine dialogue. Knowing also risks maintaining or increasing power differences
Listen, hear, and speak with care: Pauses are important. Pause before you speak: Give the other person time to finish. And give yourself a moment to think about what you are going to say and how you will say it.
Listen, hear, and speak in a self-reflective manner. Self-reflection Do not minimize the complexity of a dialogue by reducing it or its process to techniques. Listening, hearing and speaking are not techniques. They are relational activities and processes. Dialogue operates along a continuum: Sometimes we are less in a dialogical process and sometimes we are more so. I do not, for instance, look for or think in punctuations such as dialogical moments-significant, memorable, or critical moments. The whole or overall relationship and conversation is what counts and makes a difference.
The encouragement and possibility for transforming and newness are inherent in these kinds of relationships and conversations. And to paraphrase Wittgenstein, dialogue allows each of us to find ways to go on from here. So, perhaps this is what is helpful in dialogue: We find ways to go on. Or, at least we have a sense or a hope that it is possible and that we will be able to go on.

Anderson, H. (2004e). *Supervision as a collaborative learning community*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004

Premisas del autor orientadas al cambio
I want to create and facilitate learning relationships and processes where participants can identify, access, elaborate, and produce their own unique competencies, cultivating their seeds of newness in their personal and professional lives outside our organized context. I want to talk and act to invite and encourage participants to take responsibility for and to be the architects of their learning. I also want each participant to experience our task and relationship differently from the familiar hierarchical and dualistic teacher-student relationships and learning processes they may have experienced.
Being collaborative does not mean that I deny or ignore my wealth of ideas and experiences, but that I too must be a learner, believing that I can learn as much as the participants. Importantly, collaborative teaching and learning challenge participants and me to reconstruct how we think about teaching and learning.
Collaborative relationships and processes spontaneously emerge out of the experience itself, learning by doing rather than through lecturing about or instructing participants on how to be collaborative. At the first seminar I say that I have many ideas and experiences to share but that I need their help in selecting out what to share. I do not want to unilaterally select. Toward learning about them and they about each other I invite participants to form small conversational clusters. I might pose beginning questions such as: What are your expectations of supervision and of me?, what is your learning agenda?, how do you learn?, and what do you think is important for us (I tend to use collective language) to know about you and your everyday contexts that would help us best meet your learning needs? I do not expect answers, the questions serve as starters. Clusters might respond to all questions, address only one, talk about something different. I ask each to record the generated material on a large tablet, a small pragmatic action that enhances engagement and conveys my serious interest in their voices.
An important part of learning is reflecting with oneself and others, putting silent thoughts into spoken or written words. I incorporate reflections in a variety of ways. Throughout each session I openly reflect on our process and relate it to my postmodern bias and their learning. I have designed various experiential and consultation exercises with reflecting components.
I give participants a reflection sheet at the end of each session, asking them to share their after thoughts at the next session. Reflections might focus on their experience of the last session, how they used their learning, new thoughts or questions, new agenda items, or recommendations for my role as facilitator. Participants say the reflection sheets are a valuable learning tool. Writing the reflections provides a way to keep the seminar process alive and a forum for self-dialogue

Anderson, H. (2004e). *Supervision as a collaborative learning community*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004

Premisas del autor orientadas al cambio

To invite and maximize collaborative learning I must act and talk consistent with my philosophy. I must live it, being genuinely and naturally collaborative. This includes respecting, inviting and valuing each voice, being flexible and responsive, and creatively doing what the occasion calls for on the spot. Foremost, this includes trusting the other and our process.

I silently read their reflections at the beginning of each session and incorporate what I learn. Importantly, the reflection process helps me continually learn the participants' changing needs. Their reflections provide an opportunity for me to improve my teaching/facilitating and adjust my style to best serve their individual and combined needs--to accommodate to what each group, occasion, circumstance, and relationship calls for at any one time.

Anderson, H. (2004f). *Ethics and uncertainty: Brief unfinished thoughts*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/partii.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004

Premisas del autor orientadas al cambio

This premise of knowledge and language as relational and generative places collaborative relationship and dialogical conversation at the heart of therapy—making therapy a local and mutual activity in which client and therapist are conversational partners who connect, collaborate, and create with each other (Anderson, 1997). They engage in a mutual or shared inquiry, one that is shaped and reshaped as client and therapist struggle with and address the issues at hand. Likewise, client and therapist are shaped and reshaped in this process. Outcomes—transforming—for the client and the therapist in this evolving process are not predictable but are uncertain. Flowing from the premise of knowledge and language as relational and generative is what I call a philosophical stance (Anderson, 1997). Philosophical stance refers to a therapist's way of being: a way of thinking about, experiencing, relating with, talking with, acting with, and responding with the people that I meet in my practices (Anderson, 1997). All therapy philosophies and practices are based in and entail ethical principles and actions. As I have said elsewhere, "I believe every position is based in ethical principles and all therapist actions are ethical actions...For me, an ethical position to the way one positions oneself with the other..." (Holmes, 1994, p. 156). Ethics, of course, is part of how we think and act in all aspects of our lives: We cannot artificially separate the ethics of our professional and personal lives.

Anderson, H. (2004g). *As if exercise*. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/psct.htm>. 19/10/2004

Premisas del autor orientadas al cambio

The As If exercise provides participants an opportunity to experience:

participating in generative conversations;

creating space for the other person and listening to what the other wants to talk about;

accessing inner silent thoughts and putting them into spoken words; the multiple angles from which any information, event, or person can be experienced, described and explained;

the richness of different voices, and that a person may hold multiple, and often contradictory, thoughts simultaneously about any one situation or person;

talking about a person in their presence;

conversations that invite the other person into them;

that it is not necessary to strive for a product; rather

the shifts, transformations, and possibilities (i.e. in meanings, perspectives, actions) that emerge from the process are spontaneous and endless.

Anderson, H. (2004h) *Postmodern collaborative and person-centered therapies: what would Carl Rogers say?.* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004

Premisas del autor orientadas al cambio

Transformation or newness, therefore, is inherent in and emerges within the inventive and creative aspects of language, dialogue, and narrative. The potential for transformation is as infinite in variety and expression as the individuals who realize them. This transformative characteristic of knowledge and language invites a view of human beings as resilient; it invites an appreciative approach. Multiple Realities. What is created in and through language (e.g., knowledge, meaning, and reality) is multi-authored among a community of persons and relationships. What is created, therefore, is only one of multiple perspectives, narratives, or possibilities. There is no one, or more, accurate reality, truth, or privileged representation. That is, the reality or meaning that we attribute to the events, experiences, and people in our lives is not in the thing itself, but is a socially constructed attribution that is shaped and reshaped in language, in conversation, and in our social practices. For instance, think of the shift in the meaning of family over the last 50 years.

My explanatory principle is that human systems are language, meaning-generating systems; the therapy system is one such system in which people generate meaning with each other. Transferring the notion of knowledge and language as relational and generative to the therapy arena, my approach to therapy and all my practices involves collaborative relationships and dialogical conversations. The therapist aims to invite, create, and facilitate this kind of relational and dialogical space and process, giving life to it inside and outside the therapy room. Both client and therapist are at risk for transformation in this kind of space and process. Therapy of this nature, including the client-therapist relationship and the process, becomes more mutual and egalitarian.

A conversational partnership requires that the therapist includes, respects, and values multiple voices--appreciating the richness of differences and the possibilities inherent in them. In this kind of conversation and relationship all members have a sense of belonging. And, in my experience, this sense invites participation and shared responsibility. All are part of inviting a collaborative relationship.

Anderson, H. (2004h) Postmodern collaborative and person-centered therapies: what would Carl Rogers say?. Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004

Premisas del autor orientadas al cambio
My goal is simple: to be helpful to a client with their want, need, and agenda regarding their life difficulty. I accept that there is usually more than one reality about the issue, its imagined resolution, and my relationship to it, and I accept that I am always working within these multiple realities. I do not presume to have an idea before I begin therapy about what help should look like during or at the completion of therapy. In other words, I do not focus on content, skills, techniques, or methods. What might be thought of as such are simply expressions a philosophical stance, a way of being--utterances and actions--that are unique to and differ from therapist to therapist, from clinical situation to clinical situation, from context to context, and from relationship to relationship.
More specifically, a philosophical stance or a way of being, has several intertwined characteristics: Conversational partners. Client and therapist become conversational partners as they engage in dialogical conversations and collaborative relationships. Such conversations and relationships go hand in hand: the kinds of relationships we have form and inform the kinds of conversations we have and vice versa.
A dialogical conversation is a two-way conversation, a back-and-forth, give-and-take, in-there together process where people talk with rather than to each other. Inviting this kind of partnership requires that the client's story take center stage. It requires that the therapist constantly learn, listening to and trying to understand the client's story from the client's perspective. The therapist is listening to hear what the understanding is for the client, not for the therapist. Listening to hear is active not passive, as the therapist offers comments, asks questions, and checks out to see if they understand--all part of a dialogical process. That is, questions, comments, or other therapist utterances or gestures are not aimed at a particular direction, answer, newness or etc. The intent is to invite, facilitate, and sustain dialogue. In my experience this therapist learning position acts to spontaneously engage the client in a co-learning position or what I refer to as a mutual or shared inquiry. Such inquiry is an interactive and fluid process in which therapist and client co-explore the familiar and co-develop the new. In this inquiry, the client's story spontaneously clarifies, expands, and shifts. What is created (the content) is co-constructed from within the conversation in contrast to the newness being imported from outside it. That is, theory or therapist does not predetermine the newness or the outcome (the content). That is not to say that clients do not have some idea of a goal when they enter therapy, but that the idea, in my experience, often transforms to a less or a greater extent within a dialogical process.
Whereas I talk about the therapist as a conversational partner, Rogers talked about himself as a companion. Although similar therapist positions, the intent, the process, and the destination of the journey are different. As mentioned above, for Rogers, the therapist accompanied the client on a journey toward the core of self and personality change. As a conversation partner I imagine that I am more active than Rogers was based on my interpretations of his writings and viewing of his videotapes. For instance, I am more interactively engaged, there is more back and forth, with the client as I join with them in a mutual or shared inquiry.
Not-knowing and client as expert. The collaborative therapist, similar to Rogers, considers the client as the expert on his or her life and as the therapist's teacher. A collaborative therapist invites, respects, and takes seriously <u>what</u> a client has to say and <u>how</u> they choose to say it. This includes any and all knowledge whether those descriptions and interpretations are informed by popular cultural discourse, folklore, spirituality, or etc., whether they are expressed in a chronological manner or otherwise, and regardless of the amount of time a client takes to tell the story. A collaborative therapist does not have a monopoly on the truth nor superior knowledge. The collaborative therapist, like the client, simply brings their own expertise not a better one. The therapist tentatively offers their voice, including questions, comments, thoughts, and suggestions as simply food for thought and dialogue. Tentatively does not refer to being timid or hesitant. It refers to the notion that the therapist's intent is to invite and facilitate collaborative relationships and dialogical conversations, not to impose, directly or indirectly, notions about what a client should be talking about, how they should be talking, or how they should be living.
My view on expertise is related to what I call not-knowing (Anderson & Goolishian, 1988, 1992; Anderson, 1997). Not-knowing is a characteristic of the philosophical stance that, in my experience, is critical to inviting, creating, and sustaining collaborative relationships and generative dialogues. Not-knowing refers to a therapist's <u>intent</u> : how they position themselves with what they know or think they know and to a willingness to keep their therapist knowing open to question and change. Not-knowing has been misunderstood as a therapist lacking knowledge, feigning ignorance, withholding knowledge, avoiding suggestions, or forgetting what they know. It has been misunderstood as an expertise or a technique. Not-knowing is an ethical position: I do not know better than a client how she or he should live their lives; I do not want to use my knowing to lead a client in any direction. I want to promote dialogue in which possibilities can emerge.
Mutual transformation. I prefer the word transformation rather than change because from a collaborative perspective, the therapist is not an agent of change. That is, a therapist does not change another person. Transformation, for me, helps emphasize a continuous and mutual process rather than one person being changed from-to by another person. Here the therapist's "expertise" is in creating a space for and facilitating a process for collaborative relationships and dialogical conversations. In this kind of transformative process, both client and therapist are shaped and reshaped--transformed-- as they go about their work together.
Uncertainty. When a therapist accompanies a client on a journey and walks along side them, there is uncertainty. Because the newness (e.g. solutions, resolutions, outcomes) comes from within the local conversation, is mutually created, and is more uniquely tailored to the person involved, there is no way of predicting or knowing for sure where you will end up. Surprises often happen.
Everyday ordinary life. Therapy from a postmodern collaborative perspective becomes less hierarchical and less dualistic; it becomes more like the everyday ordinary relationships and conversations that most of us prefer. This does not mean chitchat, without agenda, or friendship. Of course I acknowledge that the therapy relationship and conversation occur within a particular context and with an agenda. Rather, the therapeutic relationship was the heightening of his conditions that he believed existed in ordinary relationships.

Andersen, T. (1994). *El equipo Reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Tal como lo veíamos, la sesión terapéutica era en sí misma un proceso cuyo objetivo era hacer que un proceso estancado se pusiera nuevamente en movimiento. Por lo tanto pensamos que sería una buena idea permitir que el sistema "estancado" pudiera ver más de cerca el proceso terapéutico.	32
El revertir la luz y el sonido le daba una libertad sorprendente a la relación entre nosotros y la familia. Ya no éramos <i>los únicos</i> responsables, sólo éramos una de las dos partes.	34
El hombre mismo ve y describe su entorno en función de las diferencias que ve.	38
Las diferencias disponibles son tantas, que uno no tiene la posibilidad de prestarles atención a todas.	38
Hay siempre más que ver que lo que uno ve.	38
Mucha gente no entendió lo que dijo Bateson. Creen que hay sólo una historia correcta y solo un cuadro correcto.	38
Aquellos que siguen la idea de Bateson pueden sentirse intrigados por lo que otra persona vio, oyó, olió, gusto o tocó en una situación.	38
Estas diferencias contribuyen que la persona agregue nuevos matices a su cuadro en movimiento.	38
La entrevista con los asesores de Milán contiene un montón de preguntas que tratan de buscar las diferencias cuando se describen situaciones alrededor de un problema.	39
Las preguntas que a menudo clarifican las situaciones problemáticas son aquellas que engloban comparaciones y relaciones.	39
Las preguntas que buscan las diferencias que causan diferencias son las que se centran en los cambios.	39
El establecimiento de relaciones comprende el sentir, el conocer y el actuar.	48
El proceso interno sirve en parte para conservar la integridad de la persona pero también sirve como base para la expandir los actos de sentir, conocer y actuar.	48
Si este encuentro es un diálogo, por ejemplo, el terapeuta y el cliente conversando durante la conversación curativa, podría ser importante pensar en tres conversaciones paralelas que se producen al mismo tiempo: dos conversaciones internas y una externa.	49
Cada vez que tomamos parte de la conversación curativa deberíamos preguntarnos todo el tiempo: ¿la conversación que estoy manteniendo con esta persona es lo suficientemente lenta para que la otra persona y yo tengamos tiempo suficiente para nuestras conversaciones "internas"?	49
El primer cambio se relaciona con la actuación (conducta) de una persona cuando este cambio es resultado de consejos o imposiciones externas.	50
El otro cambio viene de adentro, cuando se amplían las premisas del actuar (conducta), a saber los aspectos del conocer y del sentir.	50
El segundo tipo de cambio ocurre cuando hay libertad para intercambiar ideas entre dos o más personas, asegurando la integridad individual de todas las personas.	50
Dado que lo que es extremadamente inusual puede amenazar la integridad de una persona, es para nosotros de extrema importancia organizar nuestro trabajo de tal forma que aquellos que vienen hablar con nosotros tengan permanentemente la oportunidad de decir no a la forma o al contenido o al contexto de la conversación, o a los tres elementos a la vez.	51
Las conversaciones son una fuente importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, definiciones y significados diferentes. Tales intercambios podrían hacer ver bajo una nueva luz viejas descripciones y explicaciones e incluso podrían llevar a que emergieran otras nuevas.	52
Así, ésta sería la más amplia base posible para que una persona pueda elegir cómo manejar situaciones estancadas de manera diferente o cómo responder a situaciones estancadas de manera diferente o cómo responder a acontecimientos nuevos, ya sea que estos puedan ser previstos o no.	52
Hay tantas similitudes entre los intercambios de una conversación de camaradería y los de respiración del individuo que podemos pensar que si comprendemos un tipo de intercambio, comprendemos también el otro. Me gustaría decir sólo una cosa y es que la camaradería depende de la conversación para sobrevivir, tal como el individuo depende de respirar.	52
También durante el ciclo de la conversación uno necesita una pequeña pausa antes de hablar (actuar) y una pequeña pausa antes de escuchar (sentir). La pausa antes de hablar puede ser utilizada para preguntarse: ¿Qué dijo en realidad?	52
La pausa antes de escuchar podría utilizarse para preguntarse: ¿Lo que dije fue apropiadamente poco usual o demasiado inusual?	53
Las conversaciones necesitan pausas, las suficientes para que tenga lugar el proceso de pensar acerca de la conversación. Y deberían ser lo suficientemente lentas como para permitirle a la mente seleccionar aquellas ideas con las que siente afinidad y encontrar las palabras que le permitan expresarla.	53
Una conversación debería ser un esfuerzo por incluir lo que las personas que participan en ella dicen, piensan y escuchan en términos de velocidad y el ritmo de las fases.	54
Los consejos y las interpretaciones pueden fácilmente transformarse en perturbaciones ajenas a la persona. Si esta acepta algo para lo que no tiene respuesta en su repertorio, podría tener lugar la desintegración.	54
...pensamos que es más seguro utilizar solamente preguntas. Hay ciertas excepciones a la regla, por ejemplo, cuando para aquellos con los que hablamos sería demasiado inusual que no les diéramos consejo o que no hiciéramos interpretaciones.	54
...la mejor manera en que podemos ayudar es haciendo, especialmente preguntas que aquellos con los que hablamos a menudo no se hacen a sí mismos, y que pueden responderse de muchas maneras, lo que a su vez crea nuevas preguntas.	54
Cuando hablan pienso en las palabras que usan, así como en el tono y los movimientos corporales que siguen a las palabras y me pregunto, de todo lo que yo oigo, qué es más importante para seguir hablando. Estas partes más importantes es a lo que yo llamo "aperturas",	55

Andersen, T. (1994). *El equipo Reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Para nosotros es útil ver la conversación como una serie de intercambios de ideas. Algo es dicho y es escuchado, pensado y se crea una pregunta que, es de desear, crea nuevas ideas sobre lo que se dijo en primer lugar.	55
Los que se sienten estancados saben exactamente qué ideas les gustaría discutir y nos guiarán a las ideas más importantes si se sienten seguros que la conversación les asegura la conservación de su integridad.	55
Nuestra tarea es en lo posible entablar un dialogo para comprender de qué manera las distintas personas crearon sus descripciones y sus explicaciones.	58
A partir de allí los invitamos a un dialogo para discutir si podría haber otras descripciones que todavía no han visto y otras explicaciones en las que tal vez no hayan todavía pensado.	58
En este sentido, los invitamos a que se unan a nosotros en el flujo de intercambio sobre las ideas, aceptando que siempre hay algo que no se vio y algo que no se pensó en los procesos de vida.	58
Las herramientas que no son útiles para establecer nuevas distinciones son las preguntas que todavía no hemos formulado. Las preguntas apropiadamente inusuales son nuestra mejor contribución al sistema estancado.	58
Las personas que se encuentran estancadas en lo que ellas mismas definen como situaciones problemáticas están acostumbradas a hacerse la misma pregunta una y otra vez.	58
..., nuestra comprensión es que la estructura del equipo reflexivo ofrece aquellos que nos consultan la posibilidad de que a medida que escuchan al equipo hagan nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas.	59
Cada miembro (del equipo) da su versión sobre los temas definidos como problemáticos. Si las versiones no son demasiado diferentes, servirán como perspectivas mutuas para cada uno de ellos , y las otras o más versiones tenderán a crear nuevas versiones a medida que los miembros del equipo se hablan en forma de preguntas.	59
Tal vez más importante es que este proceso les da a los miembros del equipo de entrevistas, la posibilidad de tener un dialogo interno a medida que escuchan las versiones que les presenta el equipo.	60
La mayor parte del tiempo, el entrevistador hace preguntas y evita dar opiniones o consejos. El quipo sólo da reflexiones especulativas para subrayar que cada miembro del equipo sólo puede tener su propia versión subjetiva del todo y que, de acuerdo con los lineamientos básicos, no existe ninguna versión objetiva o final.	60
Algo de lo que se diga va a ser particularmente significativo en la mente del entrevistador. Boscoso, Cechin, Hoffmann y Penn dicen que tales dichos son "aperturas".	67
La única indicación que tenemos de que nuestras preguntas son o demasiado usuales o apropiadamente inusuales o demasiado poco usuales es la respuesta de los que las reciben. Para poder "diagnosticar " nuestras propias preguntas tenemos que ser sensibles a las respuestas de aquéllos con quienes hablamos.	68
El cambio de un tipo de pregunta a otra, que el entrevistador realiza cuando y de la manera en que su intuición se lo dice, incluye el separar las descripciones de las explicaciones y viceversa.	70
Es esencial hacer preguntas que faciliten descripciones dobles, ya que éstas son las que le dan perspectiva a un fenómeno.	70
Un cambio del acto o los actos conectados al acto pueden desafiar sus propias premisas e incluso cambiarlas.	73
Muchos cambios en mi práctica se vieron estimulados por esta sensación de intranquilidad que sentí en diversas ocasiones. Los cambios en si mismos representan una nueva comprensión de la conversación y de la constitución del ser.	174

Andersen, T. (1995). *El lenguaje es poderoso pero puede ser peligroso*. Conferencia expuesta en el 7º. Congreso Mundial de Terapia Familiar en Guadalajara Jalisco, México. Octubre 25 al 29 de 1995.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
..., existe la posibilidad de trabajar en nuestras precomprensiones en el sentido de que si cuando conocemos a una persona y vemos y oímos algo que nunca hayamos experimentado, esa nueva experiencia puede retroalimentar y cambiar o matiza nuestras precomprensiones.	4
Estar en el mundo es consecuentemente, estar en el lenguaje y estar en los movimientos (del cuerpo). En el momento en el que exclamamos, en el momento en el que expresamos llegamos a ser la persona que somos.	6
Las palabras, cuando las hablamos, también llegan a nuestros oídos; pueden llegar a tocarnos y a movernos, tanto física como emocionalmente. Las palabras, por consiguiente, no son inocentes.	6

Andersen, T. (1996). *Reflexiones sobre la reflexión con familias*. En: Mc. Namme, S. y Gergen K. (Comps.). En: La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
La vida es tan rica y tan plena que es imposible prestar atención a todo.	77
Mis descripciones y comprensiones se forman en el lenguaje, y sólo puedo construirlas según el lenguaje que tengo en mi repertorio.	78
Bülow-Hansen había observado que los pacientes que están tensos flexionan el cuerpo hasta adoptar una postura que da la impresión como si se "enroscaran" sobre ellos mismos. ... si el estímulo era lo suficientemente doloroso y duraba el tiempo adecuado, la respiración se hacía más profunda pero sin cortarse. ..Lo que yo aprendí de Aadel Bülow-Hansen fue una variante de la famosa frase de Gregory Bateson: "la unidad elemental de información es una diferencia que hace una diferencia". Los que no saben qué hacer necesitan algo diferente (inusual), pero ese algo no debe ser demasiado diferente (inusual).	82
... Llegamos a entender que escuchar en silencio ayudaba al equipo a generar más idas que antes, cuando charlaba.	83

Andersen, T. (1996). *Reflexiones sobre la reflexión con familias*. En: Mc. Namme, S. y Gergen K. (Comps.). En: *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
La manera de trabajar que hasta aquí hemos descrito implica que siempre existen muchas versiones de una situación, lo que significa que hay muchas maneras de describirla y, por tanto, muchas maneras de entenderla.	84
Es más cómodo no tener que elaborar un plan acerca de lo que se hablará y de cómo se hablará. Y la inclusión de algunas preguntas en terapia crea una relación más igualitaria.	84-85
Los participantes que tienen significados convenientemente diferentes introducirán nuevos significados en el transcurso de la conversación. ... Cuando las personas tienen versiones muy diferentes yo no las aliento a conversar entre sí, sino mas bien a conversar conmigo, ya que yo me esfuerzo por no tener significados acerca de sus significados	85
Las preguntas más seguras son aquellas que se vinculan fuertemente con lo que acaba de decir la persona con quien hablamos.	86
Muchas personas buscan cuidadosamente las palabras para expresarse... En esas charlas casi siempre surgen matices, detalles de las palabras, de la lengua, contribuyen a modificar las descripciones, las comprensiones y los significados que el lenguaje pretende clarificar.	87
Hablar con nosotros mismos o con otros es una manera de definirnos. En este sentido el lenguaje que usamos nos hace quienes somos en el momento en que lo usamos.	88
...para un profesional las preguntas son mejores instrumentos de trabajo que las interpretaciones y las opiniones.	90
Y también resultó natural buscar todas las descripciones y comprensiones inmanentes pero aún no usadas de los problemas definidos.	90
La llamada conversación «terapéutica» podría considerarse como una forma de búsqueda, una búsqueda de nuevas descripciones, nuevas comprensiones, nuevos significados, nuevos matices de las palabras; y en última instancia, de nuevas definiciones de uno mismo.	88
El oyente no sólo es el receptor de una 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.	90

Andersen, T. (2001a). *Una colaboración por algunos llamada psicoterapia*. Vínculos llenos de expresiones, y expresiones llenas de significado. *Sistemas Familiares*. 17(3), 77-87.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Algunos, fuera de lo académico, han tenido la ambición de hacer descripciones certeras, descripciones "idénticos". Sin embargo, muchos han llegado a comprender que cada descripción de otro, sea un cliente o un paciente o una familia, es solamente una de muchas descripciones posibles.	77
..., un ser humano se conecta con otros a través de muchos vínculos. Estos vínculos comprenden diferentes tipos de expresión, por ejemplo toques o miradas o palabras. Los individuos participan en estos con ayuda de sus expresiones.	79
Mi deseo es, en este momento que dejemos de hablar sobre terapia y sobre investigación como técnicas y más hablemos de ellas como un arte humana: el arte de participar en los vínculos con otros.	86
...el trabajo delineado en este capítulo está totalmente basado en experiencias prácticas ("empíricas") en las cuales lo más importante fue encontrar un modo de colaboración en la que todos los participantes estuvieran protegidos de cualquier humillación a su integridad e identidad.	86

Andersen, T. (2001b). *Ver y oír, ser visto, y ser oído*. En: Friedman, S. (Comp.). *El nuevo lenguaje del cambio*. La colaboración constructiva en psicoterapia. Barcelona: Gedisa.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Un prejuicio se compone de diversos tipos de conocimientos que provienen de la cultura y la tradición en la que vivimos y de las experiencias personales de nuestra vida.	201
Estamos dentro del lenguaje que nos provee de conocimiento general (prejuicios) que limita y, a la vez, hace posible nuestra comprensión.	202
Y algunos terapeutas han comenzado a sentirse atraídos por la concepción postmodernista del yo, que considera que las personas son, en primer lugar, creadoras de significados a través del lenguaje.	202
... psicoterapeutas contemporáneos, que dudan acerca de si llamarse así mismos terapeutas, tienen una visión postmodernista del yo, en la que se considera básicamente constituido a través del lenguaje y las conversaciones.	203
El cliente y el hablan juntos en colaboración. Estos «terapeutas», que son colaboradores, lo único que tienen son sus propias experiencias, recogidas con el correr de los años...	204
La terapia no es una técnica. Es un modo de que el «terapeuta» participe en relaciones con sus clientes. Para mi fue un alivio abandonar las relaciones jerárquicas que antes trataba de dirigir, y adoptar, en cambio las relaciones más heterárquicas (igualitarias) que caracterizan a los procesos reflexivos, en loa que cliente y «terapeuta» conversan y trabajan en conjunto, como participes igualmente importantes,	204
Mientras uno escucha a los demás inevitablemente habla consigo mismo, en un dialogo interno. Puede decirse entonces que el tema tratado se aborda desde dos perspectivas diferentes: la del diálogo interno y la del diálogo externo. Cando al considerar el tema, se cambia alternativamente de perspectiva, fácilmente surgen ideas (Bateson, 1979).	205

Andersen, T. (2001b). *Ver y oír, ser visto, y ser oído*. En: Friedman, S. (Comp.). *El nuevo lenguaje del cambio*. La colaboración constructiva en psicoterapia. Barcelona: Gedisa.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Para que se produzca un cambio, las conversaciones tienen que ser diferentes de lo habitual (Bateson, 1972) pero no demasiado.	205
Nuestro equipo cambió su manera de hacer intervenciones a finales de 1984. Antes, básicamente les decíamos a los clientes: «así es como tiene que verlo» o «así es como debe comprenderse su problema» o «lo que debe hacer es esto». Con posterioridad al cambio, comenzamos a decirles: «Además de lo que usted ve, nosotros vemos esto» o «Además de lo que usted intentó hacer, nos preguntamos si podría intentar esto». Además es mejor que <i>en lugar de</i> .	206
Y nos fuimos interesando cada vez más en los significados que los clientes atribuían al «como» y al «que». Ahora considero que este fue el comienzo del viraje que nos condujo a ingresar al juego de lenguaje de la hermenéutica.	207
El mejor método que conozco para alcanzar lo no visto y lo no oído es abordar muy específicamente y durante bastante tiempo los diversos detalles de la descripción de la situación.	207
Una parte importante de la conversación con los clientes es hablar sobre el lenguaje dentro del que están cuando hablan de lo que ven, oyen o piensan.	208
El acto de expresarse es el acto de constitución del propio yo.	208
La conversación es una oportunidad para buscarle una salida a la situación, y al mismo tiempo, es un acto de reconstitución del yo.	209
Creo que una conversación normal le brinda a cada participante la posibilidad de formar parte de un proceso de reflexión personal, es decir, alternar entre diálogos internos y externos, en presencia de Otro interesado que no perturba sino que solo oye, ve y permite la validación de la persona.	210

Andersen, T y Rivera, S. (2001). *Clínica y ética aplicadas: en las fronteras de lo que podemos decir y pensar*. *Sistemas Familiares*. 17 (3), 65-74.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
En realidad nosotros no hablamos de algo que ya existe en nosotros, sino que más bien cuando hablamos estamos creando algo que va a ser a va a estar en nosotros.	72
Para mí esos son momentos casi sagrados, cuando una persona trabaja, busca las palabras precisas y las usa, se está transformando. Mi trabajo es ser una audiencia, un testigo.	72
..., cuando las palabras no pueden ser usadas, tendríamos que entrenarnos para ser capaces de recibir otra clase de expresiones.	72

Andersen, T. (2002). *Blinding and Deafening Moments, and Threatening Futures: In the wake of September 11, 2001*. *Family Process*. 41(1), 11-14.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
We must struggle to let all voices be heard,... Let us implement the various perspectives	13

Andersen, T. (2004). *Una colaboración: Algo llamado supervisión*. En: Licea, G., Paquentin, I. y Selicoff, H. (Comps.). *Voces y más Voces. Reflexiones sobre la supervisión*. Vol. II. Mex: Inst. de psicoterapia Alinde.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Existen dos tipos de cambio: 1. Limitar lo que antes existía, por ejemplo, uno puede asustar a alguien para que deje de hablar. Este cambio se relaciona con algo procedente del exterior que manda y controla. 2. Ampliar o renovar lo que antes existía. Uno solo puede cambiar(se) a sí mismo. El cambio proviene desde dentro y es una ampliación de lo que ya estaba; se relaciona sobre todo con las impresiones recibidas y, a las cuales uno responde.	15
Sea cual sea la creencia básica, al conocer a otra persona se puede experimentar algo que jamás se había experimentado. Esta nueva experiencia retroalimentará y podrá matizar o incluso cambiar el supuesto básico.	17
La manera como el supuesto básico influye sobre una comprensión particular y como ésta a su vez retroalimenta al supuesto básico, es a lo que le llamamos círculo hermenéutico.	17
Nuestro lenguaje es regulado y formado por el lenguaje de la comunidad a la que pertenecemos.	18
Por lo tanto se torna significativo si la comunidad está dispuesta a incluir muchos tipos de lenguaje o, lo opuesto, excluir todos los otros lenguajes salvo el correcto.	18
Una comunidad que incluye muchas formas de lenguaje estará abierta a diferentes supuestos básicos. Si acepta sólo una forma, esta monopolizará sus supuestos.	18
La comunidad a la que pertenecemos puede contribuir a nuestra incertidumbre o a nuestra convicción.	18

Andersen, T. (2005a). *Perspectivas Sistémicas. Una forma democrática de hacer terapia*. Disponible en: www.redsistemica.com.ar/andersen.htm. Fecha de acceso:17/04/2005

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Hablando de una manera diferente, las personas pueden también empezar a pensar de una manera diferente y a actuar y vivir de un modo distinto. Todo esto significa poder estar presente en la vida de una manera diferente.	2

Andersen, T. (2005b). *New Therapist. Ethics, ontology and peace*. Disponible en: www.newtherapist.com/andersen.html. Fecha de acceso:17/04/2005

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
Is a therapy that gives priority to the philosophy of ethics. These tend to be collaborative, where the other and the therapist –first of all protect each other their integrity and values.	1

Andersen. T. (2005c). *On the road with Tom Andersen*. Disponible en: www.newtherapist.com/andersen13.html. Fecha de acceso:17/04/2005.

Premisas del autor orientadas al cambio	Pag
If the exhalation comes as a sigh, it's a good thing in psychotherapy... if they are too unusual, they stop the conversation. But if they are unusual enough, they produce an inhalation which is followed by an exhalation, an expression that can be healing.	3

PARTE III

DESCRIPCIÓN DE LOS ENFOQUES

CON TENDENCIAS NARRATIVAS

1. Enfoque orientado a las soluciones de William Hudson O'Hanlon

a) Contexto del desarrollo del enfoque.

O'Hanlon es un terapeuta que ha ido transformando sus ideas. Para él, esta evolución no significa sólo agregar nuevas ideas o métodos, sino representa una serie de verdaderas encarnaciones con esquemas de trabajo distintos. O'Hanlon, se ubica primeramente como un terapeuta ericksoniano / estratégico, después como orientado hacia las soluciones, y últimamente como orientado hacia las posibilidades y cooperativo / inclusivo (O'Hanlon 2001; 2005a).

A pesar de que esta evolución de ideas continúa, el trabajo de O'Hanlon se sigue caracterizando por la influencia directa de Milton Erickson, de quien se inspiró para procurar una terapia breve, efectiva, centrada en los recursos y capacidades, y orientada al futuro, resaltando la importancia de utilizar y aceptar las pautas de conducta de los clientes, su lenguaje, sus intereses y motivaciones, sus creencias y marcos referenciales, su conducta, sus síntomas y su resistencia (O'Hanlon, 1989; Cade y O'Hanlon, 1995). O'Hanlon relata que oyó hablar por primera vez de Milton en 1973. Refiere que lo que llamó su atención fueron sus trabajos acerca de la hipnosis terapéutica y el desarrollo de una técnica de trance que no requería un ritual obvio de inducción, además, sus intervenciones paradójicas que se distinguían por parecer mágicas, la comunicación metafórica, su pragmatismo que le permitía desarrollar una terapia más breve, y por ser uno de los primeros terapeutas en Estados Unidos que veía a las familias como grupos (O'Hanlon, 2001; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

No pasó mucho tiempo para que O'Hanlon se decidiera a conocer y aprender de Erickson. Fue en el año de 1977, cuando estaba por obtener el título de *master* cuando comenzó a participar en sus conferencias y talleres, e incluso trabajó para él como jardinero, como una forma de acercamiento. Aunque logró su objetivo, confiesa que se sentía más confuso que nunca por el "misterioso" método utilizado por Erickson, por lo que se dedicó a sistematizar lo que él mismo llamó las *pautas genéricas* del modelo ericksoniano, con el fin de darle un sentido lógico a su trabajo, y de generalizar estos principios a la creación de diversos métodos, procurando la mayor parsimonia de sus explicaciones.

De esta manera, O'Hanlon identificó algunas características del trabajo de Erickson: propone que su trabajo se puede ver como una aproximación *naturalista* (la terapia como una situación natural, en donde los clientes tienen los recursos suficientes para sobreponerse a los problemas, en donde no se les enseña nada pues ya poseen todo para cambiar), *directiva* (porque se busca que los clientes hagan algo distinto para que las pautas de conducta rígidas se desarticulen y se vean obligados a reorientarse, a recoger los pedazos y volverlos a unir, a funcionar de una manera totalmente diferente), *de utilización* (porque el terapeuta se sirve de lo que los clientes traen a la terapia), con una *orientación presente y futura* (porque usa el presente y el futuro como un espacio en el que se pueden inducir cambios fácilmente) e *indirecta* (porque se procuraba crear un contexto para que la persona cooperase y aprendiera cosas de una manera más implícita que explícita, por ejemplo por medio de metáforas). Además, establece que las piedras angulares de sus métodos eran la asignación de tareas, el empleo de relatos, analogías y metáforas y la utilización de recursos, resistencia, creencias, pautas y síntomas para provocar el cambio. Todos estos principios le servirán a O'Hanlon como andamiaje para la construcción de su propia forma de hacer terapia (O'Hanlon, 1989; 2001).

Desde luego, O'Hanlon no fue el único en ser influido por Erickson. Sus actitudes y su genio inventivo ejercieron una influencia considerable durante el desarrollo temprano de los enfoques de la comunicación, centrados inicialmente en el proyecto de Bateson, acerca de la comunicación (Cade y O'Hanlon, 1995). Aunque Erickson estrictamente no era un terapeuta familiar, hizo muchas contribuciones, principalmente a través de su influencia en dos de sus alumnos: Jay Haley y John Weakland. Estos últimos eran investigadores y colegas de Gregory Bateson, el biólogo y antropólogo que fue otra figura fundamental en el desarrollo de la terapia familiar. Cuando Haley y Weakland decidieron que querían estudiar la hipnosis como parte del proyecto de investigación de Bateson sobre la comunicación, Bateson los puso en contacto con Erickson para que estudiaran con él. Éste proyecto de investigación se convirtió más adelante en una importante fuerza en el desarrollo de la terapia familiar, aportando la hipótesis del "doble vínculo". Así, a lo largo del desarrollo del enfoque sistémico, se puede observar de manera clara la influencia de Erickson¹ (O'Hanlon, 2001).

En 1987, O'Hanlon publicó un trabajo con la colaboración de Jim Wilk, bajo el título de *Shifting Context* de 1987 reflexionando respecto a los inusitados tratamientos de una sola sesión. Aunque las ideas expuestas de este libro serían más útiles para O'Hanlon en una etapa posterior, descubrió que la terapia se acortaba de una manera natural cuando el terapeuta mismo se centraba en la solución sin la necesidad de recurrir a métodos sistematizados, resultando además que la mayor parte de las veces, los clientes tenían la capacidad suficiente para resolver sus propios problemas (O'Hanlon, 2001). Con ello, ahora la tarea del terapeuta consistía en mejorar cada vez más la creación de contextos que facilitarían la aparición de las capacidades de los clientes y el saber escuchar con más atención en búsqueda de cualquier indicio de una solución que pudiera servir (O'Hanlon, 2001; 1989).

O'Hanlon adoptó el modelo ericksoniano con gran éxito; no obstante confiesa que no se sintió del todo cómodo con esta orientación. Pero a pesar de éste alejamiento (que fue más de tipo institucional), para ese entonces O'Hanlon había tomado aquellos elementos que consideraba útiles para conformar su propio trabajo terapéutico (O'Hanlon, 2001). Desarrolla su propio enfoque influyéndose de varios autores como Jay Haley y Thomas Szasz, quienes proponen que es mejor tratar a la gente como si fuera normal, porque cuando las personas son tratadas como gente normal, tienden a actuar de modo más normal. También dejaron claro los efectos limitadores de las

¹ Cuando este equipo de investigación se disolvió, surgieron de él dos grupos clínicos principales: El MRI y el grupo de Jay Haley: Don Jackson fundó en 1958 el MRI y se le unieron John Weakland, Jay Haley, Jules Riskin, Virginia Satir y Paul Watzlawick. Para 1963, Haley publicó su brillante obra *Strategies of psychotherapy*, que destacaba la naturaleza paradójica de toda terapia y también demostraba la influencia de Milton Erickson en su pensamiento. En 1966, Richard Fisch iniciaba en el MRI el proyecto de terapia breve que iba a tener un profundo efecto sobre el desarrollo de los enfoques breves/estratégicos. Dos obras importantes vieron la luz en 1967: el trabajo de Haley titulado *Toward a theory of pathological systems*, que trataba sobre la influencia de las coaliciones transgeneracionales y el libro de *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. En 1967, Haley pasó a la *Philadelphia child guidance clinic*, donde se unió a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, interesándose cada vez más por la estructura y la jerarquía. En 1973 se publicó *Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton Erickson*; allí Haley introdujo la expresión "terapia estratégica" y elaboró sus ideas sobre el enfoque ericksoniano de los problemas que aparecían en las diversas etapas del ciclo vital de la familia. Para 1971, Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Guianfranco Cecchin y Giuliana Prata empezaron a trabajar juntos en Milán y en 1974 publicaron un artículo, *The treatment of children through the brief therapy of their parents*. En 1974 miembros del proyecto de la terapia breve del MRI publicaron dos obras importantes: El libro de *Change: principles of problem formation and problem resolution* y el artículo *Brief therapy: focused problem resolution*. Estos trabajos tuvieron un impacto inmediato y espectacular en el campo de la terapia familiar y contribuyeron de modo profundo a la ulterior difusión rápida del interés por los enfoques breves/estratégicos. Este grupo ha continuado perfilando sus ideas sobre la terapia en trabajos posteriores, que se concentraron mucho menos en elaborar la teoría y más en la práctica de la terapia breve centrada en problemas. (O'Hanlon, 2001; Cade y O'Hanlon, 1995).

etiquetas psiquiátricas. Haley y Richard Rabkin, fueron los primeros en escribir sobre la idea de *negociabilidad* de la definición del problema. Bandler y Grinder, han subrayado la importancia de obtener imágenes e información clara sobre el resultado como forma de crear ese resultado (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997). En general, su trabajo se guía por el principio de economía de Occam²(Cade y O'Hanlon, 1995).

Para 1989 O'Hanlon, publica en colaboración con Michele Weiner Davis, *In Search of Solutions*, donde incorpora a su perspectiva de trabajo los aspectos más relevantes que influyeron a que desarrollara una terapia por él llamada *Orientada hacia las Soluciones*, y que él mismo la ubicara en lo que ha llamado una *megatendencia* (término que adopta de John Naisbitt de su libro *Megatrends* publicado en 1982) en psicoterapia, que se ha estado apartando de las explicaciones, los problemas y la patología y se dirige cada vez más hacia las soluciones, competencias y capacidades de los clientes (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997; Cade y O'Hanlon, 1995).

Paulatinamente se introducen ideas de otras formas de terapia, pero congruentes con esta forma de pensar. De Virginia Satir, resalta su énfasis en el crecimiento; de Ivan Nagy la utilidad de las connotaciones positivas y de la exploración del sistema de valores familiares, de Carl Whitaker su consideración acerca de la fuerza latente que subsiste de forma natural en la familia, de Jay Haley y Cloe Madanes extrae la idea de que incluso el síntoma tiene la función (útil en alguna medida) de proteger a la familia, de Selvinni Palazzoli remarca la importancia que le da a la identificación de lados fuertes en la familia.(O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

De Abraham Maslow, retoma la crítica que hace a la psicología, como una disciplina que enfatiza solamente el mal funcionamiento, la patología, la mala adaptación, las desviaciones, etc. Maslow asegura que falta estudiar a los mejores y los más sanos seres humanos para saber a donde queremos llegar, y así alejarnos de las explicaciones innecesarias. De la misma manera, recurre a las explicaciones y opiniones de otros terapeutas como Carl Rogers, (de hecho considera que este enfoque fue el primero que O'Hanlon aprendió a fondo) de quien se inspiró para adquirir una postura que reconociera y validara las experiencias de los clientes. Rogers considera que el paciente es más, un cliente capaz de utilizar su potencial para resolver los problemas cotidianos, y se opone a tratar a las personas como enfermas, incapaces e incompetentes. Dejar que el cliente sepa la persona que es y lo que experimenta su *yo orgánico*, es en el fondo la postura de Rogers; O'Hanlon adopta esta idea y prefiere utilizar el término cliente al referirse a las personas que buscan asistencia terapéutica. O'Hanlon 2001; 2005a).

Vale la pena mencionar también una polémica que surge a propósito de estas influencias: la relación que mantiene la orientación de O'Hanlon y la de De Shazer. A menudo son confundidas por el término y la intención de focalizar sus esfuerzos hacia las soluciones; sin embargo cada autor, procura enfatizar sus diferencias con respecto a la otra. En lo que corresponde a O'Hanlon, acepta como otra influencia las ideas que provienen del Centro de Terapia Familiar Breve (BTFC), ya que Weiner-Davis, colaboró con De Shazer por algún tiempo, en cuestiones como la importancia de las secuencias de solución y excepciones, la muerte de la resistencia, el uso de las tareas fórmula y de algunas variaciones de la pregunta del milagro (Cade y O'Hanlon, 1997)

Pero a decir de O'Hanlon (2001), existe un inconformismo respecto a los orígenes de los métodos basados en las soluciones pues según su versión, Steve De Shazer y su equipo de Milwaukee Brief Family Therapy Center, no asumen la influencia del terapeuta Don Norem. O'Hanlon señala que estas ideas fueron articuladas por primera vez y de una manera bastante completa en una ponencia presentada en 1978 por el terapeuta Don Norem y titulada *Brief Therapy: The family has the solution* (Terapia breve: la familia tiene la solución) donde se argumentaba que era preferible

² Guillermo de Occam, sostenía que para explicar cualquier fenómeno había que partir de la menor cantidad posible de supuestos. Basándose en la idea de que es vano hacer con más, lo que puede hacerse con menos, diseccionó como con una navaja todos los marcos de referencia (Cade y O'Hanlon, 1995).

preguntar a las familias por sus propias soluciones que centrarse en sus problemas o en lo que el terapeuta pudiera concebir como la solución. Es así como las ideas que se expusieron fueron reflejadas y desarrolladas posteriormente en diversos métodos basados en las soluciones. Por lo que en opinión de O'Hanlon, las ideas de las terapias centradas en soluciones y de las terapias orientadas a ellas se desarrollaron de una manera conjunta y se influyeron mutuamente con el paso del tiempo y no como se pretende afirmar que es la Escuela Centrada en Soluciones (de De Shazer y su equipo de Milwaukee) un antecedente de la Orientada a las Soluciones (O'Hanlon, 2001; 2005a).

De hecho, como un recurso de O'Hanlon por enfatizar las diferencias entre su Terapia Orientada a las Soluciones y la Terapia Centrada en las Soluciones, decide llamar Terapia de Inclusiva³ a su forma de trabajo. En opinión O'Hanlon (1993; 2001; 2005a), esta escuela de terapia es esencialmente menos formulista y rígida (refiriéndose a las preguntas como la del milagro, y los árboles de tomas de decisiones propuestas por De Shazer), valora en mayor medida el discurso del cliente con respecto al problema, a los sentimientos e ideas que de él surgen, y procura en mayor medida entender el problema y las soluciones como parte de un contexto histórico, político, económico y social, en comparación con la terapia de De Shazer.

A decir del propio O'Hanlon (2001), ya no utiliza actualmente el paradigma sistémico como su modelo principal. El rótulo de terapia de posibilidades / inclusiva, describe mejor lo que actualmente hace. Desde este punto de vista, se reconoce la gravedad de la situación del cliente, no minimiza ni intenta contrarrestarla con un optimismo irreal. Siempre hay posibilidades, incluso en las situaciones más difíciles. Es inclusiva porque incorpora muchos aspectos de su trabajo anterior (como los procedimientos de hipnosis ericsoniana), además de métodos y enfoques tan diversos que en otras épocas había desdeñado como el caso de la terapia psicodinámica.

Se describe como parte del movimiento socio-construccionista. Se considera seguidor del método narrativo (considerado por él como parte de la *tercera oleada*⁴ surgida hace menos de diez años) y de otros métodos que allanan la jerarquía tradicional entre el cliente y el terapeuta, que tratan la identidad como un constructo social fluido, pero sobre todo que aumentan el sentido de lo posible y que contagian esperanza y entusiasmo(O'Hanlon, 2001).

Particularmente O'Hanlon (idem) utiliza los recursos narrativos en casos "imposibles", pues los considera como una herramienta muy poderosa para generar transformaciones profundas en las identidades de las personas, pero también piensa que no todas las personas buscan esos cambios

³ La Terapia Inclusiva asume su rompimiento con el pensamiento positivista, y con el constructivismo radical. Al pensamiento positivista lo destaca de minimalista, ya que desde su punto de vista este minimiza muchos aspectos negativos y muy reales que ocurren en el mundo y en la vida de las personas que acuden a consulta, por lo que no mejora por sí sola los problemas y las dificultades de la gente. Asimismo, critica al constructivismo radical, porque señala que no existe nada que en su totalidad pueda llamarse realidad o verdad, por lo que no la considera apta para provocar cambios terapéuticos. Concibe que su postura actual, esta influida por el *construccionismo social*, el cuál sostiene que la realidad física existe, pero que la realidad social siempre es negociable al estar influida por el lenguaje y la interacción, es decir, la realidad social cambia constantemente dentro de los límites físicos o ambientales o por una determinación tanto de hábitos (lo propio de hablar, pensar, percibir y hacer de un individuo), como de tradiciones - maneras de hablar, pensar, percibir, y hacer, típicas de un grupo interactivo, como la familia- (O'Hanlon, 1993; 2001).

⁴ Para O'Hanlon, la terapia narrativa, es mucho más que un conjunto de técnicas nuevas. Más bien constituye una dirección totalmente nueva en el mundo de la terapia, que reconoce el tremendo poder de la historia pasada y de la cultura presente en la conformación de la vida de las personas, e integrada con una visión poderosa de nuestra capacidad para liberarnos de los problemas -cristalizados- en cuanto somos conscientes de su presencia. También es un método político que trae a discusión temas de racismo, de sexismo, de violencia y demás cuestiones de abuso de poder, y desde donde en vez de culpar, se hace posible una política liberadora en el plano individual.

de profundidad, además de que ha dicho que encuentra limitante el hecho de tener sólo procedimientos de corte narrativo. Como escribió Emile Chartier: *“No hay nada tan peligroso como una idea...cuando es la única que se tiene”* (O’Hanlon, 2001;p. 295). No obstante resulta importante para O’Hanlon retomar la experiencia, las acciones y sobre todo los relatos de los clientes. Piensa que los relatos, que están formados por las ideas, las creencias, los marcos de referencia y los hábitos lingüísticos que el cliente y sus allegados tienen, constituyen la relación que estas personas tienen con los problemas y con las posibilidades de solución (O’Hanlon, 2001).

b) Premisas del autor acerca de los problemas psicoterapéuticos.

Tradicionalmente, los terapeutas familiares han dedicado sus esfuerzos por explicar el origen, el desarrollo y la función que tienen los problemas (familiares e individuales). En contraste O’Hanlon (1989), considera que los problemas son simples dificultades de la vida, por lo que las explicaciones sofisticadas sobre los problemas, las categorías de diagnóstico y las técnicas de terapia rígidas, poco ayudan al cambio.

O’Hanlon, por influencia de Milton Erickson, pensaba que los problemas surgían porque las personas han dejado de aplicar en el contexto del problema ciertas aptitudes naturales, o porque no saben como emplear todas sus capacidades, pero que finalmente serán ellas mismas quienes harán algo para mejorar su situación y quienes decidirán la forma en la que tendrán que encarar las dificultades de vida que se presenten (O’Hanlon, 1989; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

Desde esta perspectiva no se utilizan interpretaciones acerca del surgimiento o mantenimiento del problema, más bien se resalta la utilidad de que el terapeuta posea una descripción sensorial de la queja, que no esté sostenida por hipótesis no verificables, ni por explicaciones no comprobadas. Esto porque se considera que el terapeuta tradicionalmente se preocupa más por validar sus expectativas y evaluaciones, y por convencer al paciente de sus “descubrimientos”, que por concentrarse en escucharlo. Además piensa que si se evitan las hipótesis explicativas causales, funcionales o de otro tipo, no habría ninguna necesidad de que se planteen conflictos. De esta manera, el cómo y el porqué de la aparición de las pautas del problema, la función o el significado que puedan tener y otras especulaciones parecidas se consideran irrelevantes por desviar la atención hacia el establecimiento de las pautas de acción e interacción que rodean el síntoma con el fin de provocar el cambio (Cade y O’Hanlon, 1995; O’Hanlon, 2001).

O’Hanlon (1989; 2001), también afirma que los clientes realmente quieren cambiar su situación, ya que para ellos es dolorosa, por lo que pone en duda la idea de que el individuo o la familia sean resistentes al cambio, y que esa resistencia forme parte del problema. La resistencia, lejos de considerarse un problema en sí, se concibe desde este punto de vista, como una manera más en la que el individuo o la familia pueden participar dentro del proceso terapéutico, y es el terapeuta quien puede encauzar esta forma de participación hacia el cambio.

Asegura que las personas llegan a terapia con problemas que resultan para ellos insuperables, y que necesitan ser escuchados, reconocidos y valorados; por lo que cree conveniente darle el tiempo necesario, a escucharlos. Su preocupación por procurar una terapia breve, últimamente se ve sustituida por la preocupación de no interpretar los problemas, de no imponer el criterio del terapeuta y de acallar en lo posible sus teorías (Cade y O’Hanlon, 1995; O’Hanlon, 2001).

La inclusión del socioconstruccionismo en la práctica terapéutica de O’Hanlon, le llevó a pensar que los problemas no existen en el vacío, sino en un contexto lingüístico, social y cultural y que se co-crean mediante las conversaciones, suposiciones y metáforas que el terapeuta y el cliente comparten. De esta manera el terapeuta forma parte del contexto del problema pues contribuye a crear problemas terapéuticos mediante su manera de llevar la entrevista y mediante la terapia en

sí, por lo que invita a los terapeutas para que constantemente se cuestionen y reflexionen sobre la concepción que ellos mismos tienen acerca de los problemas(O'Hanlon, 2001).

Concretamente, O'Hanlon considera que la manera en que el terapeuta *observa* la realidad, influye o altera los datos que observa, y que la forma en la que se conciben los problemas y sus soluciones están influidos por las teorías que constituyen la línea de formación del terapeuta. Señala que es curioso ver lo similares que parecen ser los clientes de un terapeuta que parece seguir una línea determinada y lo distintos que son de los clientes de un terapeuta que sigue otra⁵. Los problemas, por tanto, no son *cosas* o *situaciones* que se puedan rastrear por diagnósticos ni por teorías correctas, sino que se derivan de los datos en bruto que ofrece el cliente y se acuerdan mutuamente con el terapeuta; así, la definición del problema depende del proceso de evaluación, que a su vez está influido por las metáforas y los supuestos del terapeuta en relación con las personas, la naturaleza de los problemas y la teoría a aplicar para su resolución (O'Hanlon, y Weiner-Davis, 1997; O'Hanlon, 2001).

A partir de este argumento, se propone que los problemas son negociables, en tanto las descripciones se realizan conjuntamente con el terapeuta, y que resulta más útil buscar el planteamiento de un problema, de modo que su resolución sea fácil o posible (Cade y O'Hanlon, 1995; O'Hanlon, 2001; 2005b).

Normalmente, el cliente ya ha llegado por su cuenta a alguna definición del problema, y no le ha servido para mejorar su situación; piensa que el problema está ahí y se configura como un obstáculo insuperable e inamovible. Estos relatos se caracterizan por ser rígidos, disgregadores, perjudiciales y provocadores de reacciones negativas en la familia. O'Hanlon (2001, 2003), ha distinguido los relatos problemáticos en:

- 1) Relatos de imposibilidad. Son relatos en donde el cliente, el terapeuta u otras personas sostienen creencias que sugieren que el cambio es imposible.
- 2) Relatos de culpa. Presuponen malas intenciones o características negativas en uno mismo o en los demás.
- 3) Relatos de invalidación. Se trata de aquellos relatos que rebajan el valor de la experiencia personal o los conocimientos del cliente.
- 4) Relatos deterministas. Se refieren a que la persona no puede evitar hacer lo que hace, ni puede influir en las circunstancias de su vida. El aporte del terapeuta en este caso, es el de negociar una nueva definición del problema que responda a la situación que considere el cliente (lo que se logrará, escuchando atentamente lo que dice el cliente) y que también represente modos distintos y más aprovechables de ver y hacer el problema, abriendo posibilidades distintas de soluciones.

O'Hanlon, considera que estos relatos han sido adquiridos culturalmente, mediante las creencias que nos dicen que no somos lo suficientemente buenos –delgados, altos, inteligentes, fuertes, etc., y que nos conduce a vernos como “inherentemente defectuosos” (O'Hanlon, 2001; Gergen, 1996a).

Lo que se busca, desde esta perspectiva, es evitar enmarcar la situación del cliente con explicaciones que generen culpa o pesimismo ya que estas circunstancias pueden convertirse en parte del problema. Se propone, por el contrario invitar al cliente a permitir y valorar todo aquello que sienta, piense, perciba o intuya con respecto al problema, incluyendo los aspectos

⁵ “Si el cliente entra en la consulta de un conductista, saldrá con un problema de conducta. Si entra en la consulta de un psicoanalista, saldrá con problemas derivados de conflictos no resueltos en la infancia. Y, si busca la ayuda de un ericksonian, es probable que acabe con un problema idóneo para el tratamiento mediante la hipnosis” (O'Hanlon, 2001, p. 95).

aparentemente contradictorios y utilizar las descripciones problemáticas únicamente como un conjunto de relatos que ayudarán a definir qué métodos terapéuticos funcionan o son útiles para cada caso. Como es común que en una sesión terapéutica se describan varias pautas problemáticas, es necesario priorizar aquellas dificultades que requieren una pronta atención así como definir que personas se encuentran más interesadas en que el problema desaparezca (O'Hanlon, 2001; 2003).

Finalmente, O'Hanlon, considera que la terapia en sí representa un problema, por lo que, en la medida de lo posible es mejor evitarla, por los problemas iatrogénicos que puede generar⁶ (O'Hanlon, 2001).

c) Premisas del autor orientadas al cambio.

Un fundamento que sostiene gran parte de la propuesta de O'Hanlon se cierne en el supuesto de que las personas de inicio, poseen las aptitudes necesarias para resolver sus problemas, que ya saben que hacer y cómo hacerlo. Están en terapia porque generalmente estas aptitudes son aplicadas a contextos distintos al del problema. Una tarea del terapeuta es entonces transferir esas capacidades desde el contexto en el que el cliente lo posee, hacia el contexto en que le hace falta. De acuerdo a Erickson, existe una fuerte tendencia normal a que las personas se adapten si se les da la oportunidad. A decir de O'Hanlon, tal vez los clientes sólo necesiten que se les recuerden las herramientas que disponen para que desarrollen soluciones satisfactorias y duraderas (O'Hanlon, 1989; 1996; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997; O'Hanlon, 2001; 2003).

Centrarse en las soluciones y los aspectos positivos es una forma de pensar que no empieza atacando el problema, sino buscando soluciones y pensando luego como llegar a ellas. Es un planteamiento que suscita imágenes de lo que podría o debería ser, y así ayuda a la gente a ver potenciales que de otra forma no serían entendidos, y evoca acciones que de otro modo podrían no ocurrir. Es por ello que desde esta forma de terapia, interesan más, los recursos, las fuerzas, las posibilidades, su naturaleza y alcances, a la vez que se procura evitar aquellas conversaciones que encubierta o claramente les debilite o les limite (Cade y O'Hanlon, 1995; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997; O'Hanlon, 2001).

El trato y la relación cliente – terapeuta, se ha procurado más cooperativa, e igualitaria, considerando que ambos tienen zonas de “pericia”: esto es, el cliente es quien mejor conoce sus propias percepciones y sentimientos y quien posee los datos descriptivos esenciales para que el terapeuta pueda construir una definición viable del problema y establecer un marco y un plan para la solución. Por su parte, el terapeuta es experto en la creación de un diálogo en cooperación orientado a las soluciones y en observar las respuestas del cliente e incorporarlas a lo que se discute, centrándose en las soluciones, capacidades, objetivos y experiencias del cliente. Todo ello, contribuye a convertir la conversación terapéutica en un proceso de cooperación orientado a construir una realidad de soluciones compartidas (O'Hanlon, 2001).

El terapeuta no debe olvidar que las personas traen a la terapia, no los hechos (entendidos como aquellas observaciones y descripciones de base sensorial), sino una interpretación a partir de los datos brutos de la experiencia sensorial. Estos significados agregados o encuadres (interpretaciones, conclusiones y atribuciones derivadas de los hechos), que tienen que ver con el problema, serán constantemente cuestionados, indirecta o directamente, al mismo tiempo en que

⁶ Se refiere a aquellas dificultades que adquieren los clientes, que de manera contraproducente se originan a partir de métodos, técnicas, procedimientos de evaluación, explicaciones o intervenciones que se dan en el ámbito de la terapia: “Una persona que busque terapia para resolver un problema sencillo puede acabar con un montón de problemas psicológicos más o menos esotéricos que nunca había sospechado que tenía” (O'Hanlon, 2001; p.170)

surge un nuevo significado para la situación en cuestión. El terapeuta debe dejar que los clientes desarrollen sus propios significados, pues así estos resultarán más fructíferos (O'Hanlon, 2003).

O'Hanlon, propone que dado que toda terapia exitosa intenta siempre, en última instancia, encontrar soluciones haciendo que las personas hagan algo diferente o vean las cosas de otro modo, es útil, empezar por perseguir esos objetivos más deliberadamente y desde el comienzo de la terapia. Estos objetivos, deberán ser mutuamente aceptados, pequeños y relacionados con aquellos aspectos de la situación, que parecen ser más susceptibles a cambiar. Para que las metas sean alcanzables, también es preferible alentar al cliente a formularlas en términos controlables objetivamente. Las metas bien formuladas han sido traducidas en acciones del cliente, o en condiciones que esas acciones pueden generar. Suelen incluirse elementos temporales; cuán a menudo (frecuencia); cuando (fecha/hora/plazo); dónde y por cuánto tiempo (duración) (Cade y O'Hanlon, 1995; O'Hanlon, 2001; 2005b).

Una vez que se han definido los objetivos, la intención del terapeuta es hacer que el problema parezca más manejable. Se trata de reducir el tamaño del problema a los ojos del cliente. Una forma de hacerlo es siendo específicos⁷ y, por supuesto, preguntando sobre las ocasiones en el que el cliente no experimenta el problema (O'Hanlon, 1996; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

Así, es importante no dejar de lado aquellos indicios aparentemente insignificantes de cambio, por ejemplo las excepciones, puesto que representan aquello a lo que se quiere llegar. Cualquier situación *diferente* puede constituir el punto de partida hacia el cambio y una vez que se ha podido identificar, los clientes pueden aprender a repetirlo una y otra vez hasta que no quede espacio para el problema. Afortunadamente, el cambio es contagioso (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

Según sugiere O'Hanlon (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997) una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios (tal vez podría denominarse a esto una "espiral benevolente"). Erickson empleó la metáfora de la bola de nieve rodando por una montaña para describir la importancia de los cambios pequeños. La metáfora de la bola de nieve dice que una vez que la bola rueda, el terapeuta solamente necesita apartarse del camino.

De acuerdo a O'Hanlon (O'Hanlon, 2003), en la terapia orientada a las soluciones, son tres cosas las que se intentan hacer:

1. Cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática.
2. Cambiar la forma de ver la situación problemática.
3. Evocar recursos y soluciones, así como capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.

Para que esto sea posible, el terapeuta debe tener en cuenta que el cambio es constante; nada permanece igual. Cuando los clientes informan que nada ha cambiado, es su *forma de ver la situación* la que ha quedado igual. Si se les ofrece a los clientes una oportunidad para que describan los sucesos positivos de la semana, los sentimientos positivos que surgen de esta discusión, crearán un contexto diferente. El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el

⁷ El *ser específico*, consiste en hablar de lo que puede describirse de un modo claro y concreto, en términos de cosas y hechos. Se habla de "enunciados descriptivos basados en la observación que no contienen ni presuponen ninguna información que en principio no pudiera derivarse sin interpretación de un video con sonido". No se trata de negar la complejidad de la experiencia humana, sino de una forma de *limitar* el problema y poder medir los resultados (Cade y O'Hanlon, 1995; O'Hanlon, 2001)

cambio, pues tiene la posibilidad de crear una realidad por medio de las preguntas que hace y los temas que elige tocar, así como mediante lo que elige ignorar⁸(O'Hanlon, 1996; 2003).

Un objetivo igualmente importante es crear un contexto en el que los clientes se sientan mejor preparados para resolver sus dificultades que cuando entraron a terapia (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997). Para lograr ello, el terapeuta tendrá que ser más flexible con sus ideas, hipótesis y pensamientos, tendrá que centrar su atención en observar y escuchar al cliente y propiciar un ambiente de co- responsabilidad (en donde el terapeuta procure a atmósfera necesaria para que el cliente haga algo), además de recurrir a las ventajas del presente y en mayor medida del futuro como un espacio donde pueden sugerirse un mayor número de posibilidades. En general, los terapeutas orientados a las soluciones procuran aumentar la cooperación cliente-terapeuta, fortalecer a los clientes y hacer más eficaz y agradable el trabajo, además de centrarse en los recursos y las posibilidades que ayuden a crear en la terapia una serie de profecías auto cumplidoras (O'Hanlon, 1989; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997; O'Hanlon, 2001).

También resulta importante decir que esta perspectiva de trabajo pretende alentar la creatividad de los terapeutas, a entrar a las terapias con "mentalidad de principiante" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997). Ante esta invitación, la preocupación única de O'Hanlon, es que los terapeutas caigan en situaciones difíciles o irresolubles. Para ello, señala lo que a su juicio, el terapeuta no debería hacer:

Callejones sin salida (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997):

1. Seguir los objetivos del terapeuta
2. Empezar con un objetivo vago
3. Perder de vista el objetivo

También identifica algunos *puntos muertos* en los que la terapia se puede *atascar* (ídem):

1. Repetir los enfoques ineficaces de los terapeutas anteriores.
2. Repetir lo que el cliente ha hecho infructuosamente para resolver el problema
3. Repetir los consejos bienintencionados de familiares y amigos.

De la misma manera, identifica algunas conductas de los terapeutas que aumentan la probabilidad de patologizar el proceso terapéutico. Les llama *pozos ciegos* (ídem)

1. No advertir ni ampliar conductas, afirmaciones y actitudes orientadas hacia las soluciones.
2. No interrumpir afirmaciones o preguntas inútiles.
3. Buscar resistencia.

Pero también advierte que sumergirse en los procedimientos terapéuticos o en las construcciones hipotéticas, puede hacer que el terapeuta pierda de vista las respuestas de los clientes. Estar "sobrepregado" crea a veces una rigidez en los terapeutas que dificulta la consecución de los objetivos en vez de facilitarlos. Lo más importante es observar y escuchar (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

⁸ Una idea que frecuentemente esta presente en los terapeutas es que los problemas existen independientemente de las conversaciones que se dan en terapia. Sin embargo desde esta perspectiva, se piensa que los terapeutas seleccionan los problemas que perciben de entre muchas opciones posibles y que después de una manera conciente o inconciente, convencen a sus clientes de la validez de su evaluación. Este fenómeno, al que se le denomina *contratransferencia de teorías*, previene que en lugar de escuchar nuestras propias teorías, podemos escucharles a ellos; validar sus experiencias y dejar que nos enseñen qué funciona para ellos y qué no (O'Hanlon, 2001)

Si bien se pone el acento sobre los aspectos del trabajo terapéutico orientados hacia la solución, no se pretende minimizar o desconocer el sufrimiento de las personas ni invalidar sus opiniones sobre sus dificultades. Es importante que el terapeuta reconozca el dolor y el sufrimiento de las personas, así como también sus puntos de vista acerca de sus problemas; no obstante, es preciso alcanzar un delicado equilibrio para lograr hacerlo dejando al mismo tiempo abiertas las posibilidades de cambio (O'Hanlon, 2003).

Ahora bien, más recientemente, O'Hanlon (1993; 2001) examina el papel del terapeuta y sus alcances. Si bien es cierto que la realidad social es mutable, también es claro que esto es posible dentro de ciertos límites que pueden ser de orden físico o ambiental o pueden estar determinados por las tradiciones o los hábitos. No podemos entrar a nuestras anchas en una situación social y redefinirla o replantearla como nos plazca. En primer lugar debemos tener en cuenta el entorno físico, incluyendo nuestras particularidades neurológicas y fisiológicas. Algunos planteamientos no pueden encajar con ciertas realidades. También debemos tener en cuenta las tradiciones. Las hay que están muy arraigadas y no es fácil que se desvanezcan ante unas cuantas frases o preguntas ingeniosas (idem).

O'Hanlon (1993; 2001), considera que hay que distinguir tres ámbitos en la vida de una persona: El primero es el ámbito de la *experiencia* en donde se incluyen sus sentimientos, sensaciones, pensamientos y fantasías, así como sus características neurológicas y fisiológicas. Desde el punto de vista de O'Hanlon, el terapeuta debe *reconocer* (hacer que el cliente sepa que hemos tomado nota de sus experiencias y puntos de vista), *validar*⁹(hacer que el cliente sepa que sus experiencias y sus puntos de vista son validados y apreciados), *permitir* (hacer que el cliente sepa que puede sentir, experimentar, pensar o actuar) e *incluir* (incorporar a la conversación cualesquiera inquietudes, experiencias, objeciones o barreras que el cliente muestre o exprese, sin que ello suponga un obstáculo en el camino hacia la solución) las experiencias del cliente sin dar la impresión de que las debe abandonar. El segundo ámbito es el de la *acción*, entendida como aquello que hace la persona y que, de una manera real o potencial, se encuentra bajo su influencia deliberada. Mientras en el ámbito de la experiencia se le da al cliente el mensaje de que todo va bien, en el ámbito de la acción generalmente el terapeuta se manifiesta en contra de cualquier acto que pueda perjudicar al propio cliente y a favor de aquello que contribuya a lograr los objetivos de la terapia. El tercer dominio es el de los *relatos*. Este ámbito está formado por las ideas, las creencias, los marcos de referencia y los hábitos lingüísticos que el cliente y sus allegados muestran en relación con el problema planteado. Si las explicaciones no suponen culpar o invalidar al propio cliente o a sus allegados ni supone reducir sus posibilidades, se validan; en cambio, si contienen algún indicio de culpa, incapacitación o reducción de posibilidades, se genera un poco de duda hacia ellas. El terapeuta interviene en la experiencia, en las acciones y los relatos del cliente. Su tarea es la de validar las experiencias del cliente, cambiar el "hacer" el problema y cambiar el "ver" el problema; mantener el equilibrio entre el reconocimiento y la posibilidad, crear un clima interactivo y conversacional que facilite el cambio y la obtención de los resultados (O'Hanlon, 1993; 2001; 2005b).

Últimamente, el entusiasmo que despierta el método narrativo, en O'Hanlon (2001) le lleva a incluir algunas de las ideas de esta forma de trabajar a su perspectiva actual de hacer terapia. Entre otros aspectos, advierte aquello que le ha llamado su atención:

⁹ Durante algunos años se ha señalado constantemente la importancia no sólo de escuchar lo que el cliente está diciendo, incluso sus sentimientos expresados, sino también de encontrar modos de demostrarle que lo hemos hecho. No basta con escuchar. Cuando no hay *feedback*, el cliente no sabe si se le ha escuchado o no. Por lo general, los clientes sólo escuchan cuando se sienten que han sido escuchados, cuando sus experiencias han sido validadas –incluso sus experiencias afectivas-. Además sin duda, es más probable que las personas cooperen e intenten algo nuevo cuando sienten que sus creencias y sentimientos son comprendidos y respetados (Cade y O'Hanlon, 1995; O'Hanlon, 2001).

- Los terapeutas narrativos incluyen temas políticos, sociales y culturales y sus prácticas opresivas, sin atribuir culpa a nadie, en un plano liberador muy individual. Inconcientemente se absorben creencias que nos dicen que no somos bastante buenos “como los demás”, como intentan reflejar los estereotipos. Si se aprende concientemente a reconocer los efectos insidiosos de estas creencias, ya no las vemos como algo inherente a nosotros mismos y nos podemos liberar de ellas. Esta es una forma de “conversación liberadora”.
- Cliente y terapeuta colaboran en el proceso de cambio y deciden cuál es el objetivo y los métodos a seguir. El terapeuta deja ser enseñado, es flexible y pone de vez en cuando en duda sus propios supuestos y creencias más arraigadas.
- La terapia es un espacio en el que es posible nuestra selección e interpretación de los sucesos del pasado, del presente y del futuro para crear otro sentido a nuestra historia (“Nunca es tarde para tener una infancia feliz”)
- En ocasiones, las etiquetas dan a los clientes la sensación de que se reconoce la gravedad de sus problemas y también hace que sientan afinidad con otras personas que tienen problemas similares: *“No soy el único que siente X problema”*
- El sello distintivo del método narrativo, es el lema “El problema no está en la persona; el problema está en el problema”. Para lograr la separación entre la persona y el problema, se empieza por encontrar un nombre para el problema que sea mutuamente aceptable, personificarlo (es decir, atribuirle condiciones humanas) y atribuirle malas intenciones y tácticas. Frecuentemente se emplean metáforas o imágenes que ayuden a dar vida a ese proceso tanto para él como para el cliente.
- Se investiga como el problema ha conseguido perturbar, dominar o desalentar a la persona o la familia. Se pregunta por las cosas que la persona o la familia han experimentado porque el problema les ha forzado. La culpa se convierte en responsabilidad en el momento en que la persona guarda una relación con el problema; esta relación puede cambiar.
- La conversación, posteriormente se centra en descubrir los momentos en el que los clientes no están dominados o desalentados por el problema o su vida no está perturbada por él.
- Además, los esfuerzos se concentran en encontrar pruebas históricas que refuercen una nueva visión de la persona como alguien con la capacidad suficiente para enfrentarse al problema, derrotarlo o escapar de su dominio. Para ello también es viable que la persona especule sobre el futuro que cabe esperar de la persona fuerte y capaz que ha ido surgiendo durante la entrevista. También encontrando o creando un público que perciba la nueva identidad y el nuevo relato.
- Por último y no menos importante es tomar en cuenta que esta perspectiva no debe tomarse como “la mejor o la única forma correcta de hacer terapia”, sino simplemente como un recurso terapéutico válido, útil, pero sujeto a revisión continua.

A decir de O’Hanlon (2001) es inevitable que muchos terapeutas no capten la esencia de la terapia narrativa, su creencia fundamental en las posibilidades y capacidades de la persona para lograr el cambio y los efectos profundos que tienen la conversación, el lenguaje y los relatos tanto en el terapeuta como en el cliente. Asegura que ha aprendido a utilizar la exteriorización, pero que sólo lo hace para los clientes que han organizado su identidad en torno a sus problemas: casos de esquizofrenia, depresión grave, de malas conductas persistentes o de trastornos obsesivo compulsivos. En este sentido, la exteriorización le ha ayudado a evitar el desaliento y la desesperación.

La Terapia de Posibilidades / Inclusiva de O’Hanlon (2001; 2005b), tiene, además algunas características distintivas:

- Conversaciones colaborativas
- Los clientes y los terapeutas son socios en el proceso del cambio.

- Los clientes son expertos en enseñar a los terapeutas, lo que ellos experimentan, lo que quieren y lo que necesitan.
- Conversaciones para el cambio/la diferencia.
- Destacar los cambios que han ocurrido en las situaciones `problema de los clientes.
- Presuponer que el cambio ocurrirá.
- Búsqueda de descripciones de diferencias con respecto a la situación problemática.
- Introducción de nuevas distinciones o remarcar las distinciones del cliente.
- Conversaciones para la competencia/capacidades.
- Presuposiciones acerca de la competencia y la capacidad de los clientes.
- Búsqueda de contextos de competencia hasta en la situación problema.
- Valorar las descripciones de excepciones al problema.
- Conversación hacia las posibilidades.
- Centrar la conversación en las posibilidades del futuro /metas/ visiones.
- Introducción de nuevas posibilidades de hacer y ver la situación problemática.
- Conversación para metas/resultados.
- Centrando la conversación en cómo los clientes sabrán cuando hallan logrado sus metas terapéuticas.
- Conversación de responsabilidad/ agencia personal.
- Llevando a los clientes y a otros a la responsabilidad de sus acciones.
- Presuponer que las acciones derivan de las intenciones mismas de los clientes.
- Conversaciones de acciones y descripciones.
- Canalizando la conversación acerca de la situación problemática dentro de descripciones de acción.
- Cambiando la plática teórica a palabras descriptivas.
- Centrándose en acciones que el cliente puede tomar que hagan una diferencia en la situación problemática.

d) Propuesta de trabajo terapéutico.

El cambio o la resolución de problemas desde esta escuela de terapia, pueden ser rápidos. Incluso se pretende que durante la primera sesión los clientes adquieran una visión nueva, más productiva y optimista de su situación. Naturalmente, si tras la primera sesión aún piensan que su situación necesita mejorar, esperamos que vayan a casa y hagan lo que sea necesario para hacer sus vidas más satisfactorias. Por tanto, es común que durante la segunda sesión se informe de cambios significativos, y que estos cambios sean duraderos. (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

La Terapia de Posibilidades/ Inclusiva es usualmente breve, alrededor de 4 a 7 sesiones en promedio¹⁰. De acuerdo a O'Hanlon (2005b), se trabajan con las preocupaciones de lo pacientes de una manera cómoda y productiva para ellos y finalizando cuando ellos estén satisfechos. Se utilizan tanto las sesiones como el periodo entre ellas para fomentar el cambio. Se suelen dar a los clientes ideas o planes de acción para que refuercen los cambios que han iniciado en las sesiones. Además, los seguimientos han indicado que la satisfacción continúa después de que el tratamiento ha finalizado.

Como resultado de la influencia del MRI, y de la escuela centrada en soluciones de De Shazer, desde esta perspectiva lo que el terapeuta hará a lo largo del proceso terapéutico, es tratar de delinear los aspectos de la "relación de compra" entre el terapeuta y su cliente. Es decir, se

¹⁰ De acuerdo a O'Hanlon y Weiner-Davis (1997), la duración media del tratamiento varía, pero generalmente es inferior a diez sesiones, habitualmente más bien sobre las cuatro o cinco y ocasionalmente, sólo una.

procurará saber si la persona que está presente en la terapia está interesada en que suceda un cambio y que para lograrlo, esta dispuesta a hacer algo. Obviamente no todas las personas se encuentran en esta situación. Cade y O'Hanlon (1995), distinguen por lo menos tres situaciones diferentes:

- *Un visitante.* Se puede identificar porque no se compromete; a menudo llega a terapia bajo algún tipo de coacción, implícita o explícita, y por lo general debido a las preocupaciones de otros. Por más claro que está para esos otros y para nosotros mismos que la persona tiene problemas, en los planes de él o ella, no está el hablar sobre tales problemas en el contexto presente, ni recibir ayuda. Por lo tanto es probable que cualquier intento de intervención sea estéril o conduzca a lo que posteriormente podría llamarse "resistencia". En tales situaciones, se aconseja escuchar con respeto, felicitar cuando sea posible, pero no hacer sugerencias ni encargar tareas.
- *Un quejicoso.* Se refiere a aquella persona que tiene un problema o lista de problemas, específicos o vagos, concernientes a él mismo relacionados con otras personas, acerca de los cuáles está dispuesto a hablar, a veces extensamente. Pero aunque tal vez se vea a sí mismo como relativamente impotente, o bien con potencial para influir en el problema o los problemas con sus propias acciones, no está aún claro que invite directamente al terapeuta a ofrecer consejo o ayuda. Quizá asuma la posición de que son los otros, y no él los que tienen que cambiar, en cuyo caso es probable que convenga tratarlo inicialmente como a un visitante, con empatía, pero sin sugerencias ni tareas.
- Un *comprador* tiene una queja relacionada con él mismo o con otras personas; de esa queja puede obtenerse una descripción relativamente clara, y el individuo desea sin duda alguna hacer algo al respecto, para lo cual busca la ayuda del terapeuta.

Es importante no suponer que estas definiciones describen "características" fijas y reales; son sólo orientaciones para pensar la relación terapéutica. Se refieren a las posturas adoptadas por los clientes en relación con las posiciones reales o previstas de los terapeutas y los otros miembros de la familia o profesionales involucrados. Y desde luego, es posible tener varios compradores a la vez, cada uno con diferentes problemas. Esta situación aparece a menudo en la terapia familiar y marital, en la que en la sesión se ve a más de una persona y cada una tiene sus problemas y su propio programa, diferentes de los de los otros y a veces en conflicto con éstos (Cade y O'Hanlon, 1995).

O'Hanlon y Weiner-Davis (1997), identifican algunos aspectos característicos de su propio trabajo:

Primera sesión

- *Unión.* Al comienzo, es muy común que la charla se centre sobre cualquier cosa distinta de lo que podría considerarse la razón por la que están en el consultorio. Se les pregunta en que trabajan, si les gusta su trabajo, si van a la escuela, del tiempo o de los cuadros de las paredes. El objetivo es mostrar un interés genuino por ellos ayudándoles a que se sientan cómodos. La cantidad de tiempo que se emplea, depende de la rapidez con la que los clientes parezcan "soltarse" (este periodo esta asociado con el propuesto por Erickson para procurar el rapport)
- *Una breve descripción del problema.* Habitualmente la pregunta siguiente es: "Bien, ¿Qué te trae por aquí?". El terapeuta espera que el cliente comience por describir secuencias del problema y paulatinamente tratará de llevar la conversación hacia las excepciones y soluciones. Para ello únicamente emplea el presente o el pasado inmediato. Para construir la descripción del problema se puede utilizar preguntas como: ¿Cuándo se produce el problema? ¿Dónde aparece el problema? ¿Cuáles son las acciones del problema? Si hubiera una grabación en video ¿Qué

es lo que veríamos?...posturas, gestos, acciones, diálogos que se puedan ver u oír. ¿Con quien se produce? ¿Cuáles son las explicaciones y marcos del cliente respecto al problema? ¿Qué es lo que el cliente muestra en la sesión que está relacionado con el problema? ¿Cuáles son las soluciones intentadas por el cliente o los otros acerca del problema?

- *Excepciones al problema.* Independientemente de la magnitud o la cronicidad de los problemas que sufren las personas, hay situaciones u ocasiones en las que por alguna razón, el problema simplemente no ocurre. Las excepciones a los problemas ofrecen una tremenda cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema. Incluso con frecuencia, durante la primera sesión, los clientes hablan de cambios que han hecho entre la llamada para pedir consulta y la primera entrevista. Si los clientes son capaces de reconocer que ya han empezado a resolver sus dificultades antes del tratamiento, entonces los objetivos pueden simplificarse mucho.
- *Definición de objetivos.* Los clientes deciden que cambios quieren lograr, mientras los terapeutas se aseguran de que los objetivos sean alcanzables y lo bastante concretos para saber cuando se habrán alcanzado (frecuentemente se incluye en los objetivos elementos temporales: que tan seguido -frecuencia-; en que momento -fecha / momento/ plazos-; y extensión de tiempo -duración-). Es preferible también empezar por señalar cosas pequeñas (¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por buen camino?). El objetivo debe ser mutuo. En mayor parte debe ser de los clientes; todas las partes deben estar de acuerdo en que el objetivo que se persigue es relevante y posible. Es necesario traducir palabras y frases vagas, o imperceptibles a un lenguaje basado en las acciones. Los objetivos serán más verificables si se establecen como algo observable/ escuchable como en una video grabación. Encontrar una relación observable para los sentimientos o estados interiores, es fundamental. Algunas veces, el cuantificar en escalas esos estados interiores resulta útil, porque para entonces establecer pasos que impliquen acciones que el cliente realice para lograr el objetivo deseado, mejora el índice de el nivel deseado. Se considera importante informar a los clientes que se está buscando un objetivo alcanzable y darle una razón de esa búsqueda (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997; O'Hanlon, 2005b).
- *La pausa.* Una parte importante del trabajo con equipos y cristales unidireccionales es hacer una pausa para consultar con el equipo, como sucede en los enfoques de Milán, en el BFTC y en el MRI. Esto permite que el terapeuta y el equipo reúnan y compartan ideas acerca de la dirección del caso. Al separarlo del resto de la sesión, el mensaje que se le da al cliente es visto como algo importante y concluyente. Funciona como un "veredicto" que resume las cosas bien hechas, los elogios, los comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia, y finalmente una prescripción o tarea.
- *Elogios.* Es una oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas, para felicitar a los clientes y ofrecer connotaciones positivas de las situaciones antes consideradas como problemáticas.
- *Tareas.* Generalmente se le asigna al cliente una actividad (véase intervenciones), para realizar entre sesiones que le ayudarán a generar cambios específicos.

Segunda sesión y subsiguientes.

Habitualmente se empieza la segunda sesión y las siguientes comprobando los resultados de la tarea. Se habla el mayor tiempo posible de los cambios y su impacto benéfico hacia los objetivos. De acuerdo a O'Hanlon y Weiner-Davis (1997), existen tres posibilidades:

- Que hayan experimentado los cambios necesarios para quedar satisfechos con ello. Ante esto, se les pregunta acerca de cómo hacer para que los cambios persistan, examinar los probables obstáculos y la forma en la que los enfrentarían. También es importante normalizar algún otro evento indeseable relacionado con el problema, argumentando que no toda la vida puede ser perfecta. Generalmente se solicita una sesión de seguimiento.
- Que los clientes empiecen a describir cosas positivas que sucedieron, pero que tengan la sensación de que aún faltan cosas importantes. Ante ello, se puede utilizar la pregunta de escala, para que valoren en una escala numérica su situación y se clarifique lo que han logrado y saber lo que aún hace falta que ocurra.
- Que los clientes informen que las cosas han estado igual o que incluso hayan empeorado. En este caso esta opinión se pone en evidencia como en un juzgado, examinando pruebas y valorando cosas que no se estén tomando en cuenta. Si no se logran avances, vale la pena volverse a replantear las preguntas básicas: *¿Quién es nuestro cliente? ¿Quién se está quejando de algo? ¿Quién quiere que haya un cambio? ¿Quién percibe algún problema? ¿Cuál es el objetivo? ¿Cómo sabremos que lo hemos alcanzado?* Este replanteamiento es útil para dar un nuevo viraje al proceso de la terapia.

Podemos considerar que una terapia ha tenido éxito cuando quienquiera que se quejara de algo deja de hacerlo. Esto puede ocurrir por dos razones: o bien la persona deja de percibir como un problema aquello de lo que se quejaba o bien, lo que ha motivado la queja deja de suceder con la frecuencia o la intensidad suficiente para que la persona lo considere un problema (O'Hanlon, 1996; 2001).

Estas guías para realizar la terapia constituyen el fundamento en sí de lo que el terapeuta orientado a las soluciones debe procurar. En general, esta forma de trabajar no ha cambiado sustancialmente. Únicamente se pueden identificar algunos aspectos claros que se han modificado en la actualidad:

- O'Hanlon (2001; 2005), replantea las críticas que con anterioridad hacía de otras formas de trabajo terapéutico y procura ahora con respeto el pasado, los problemas, los diagnósticos¹¹, las medicaciones, etc., por si fueran pertinentes a la terapia. Esta visión a la que también se refiere como *curación iatrogénica*, comprende a los métodos y/o técnicas, los procedimientos de evaluación, las explicaciones o intervenciones que animan y tratan con respeto al cliente y abren posibilidades de cambio.
- Anteriormente, O'Hanlon consideraba que el terapeuta no debe dedicarle mucho tiempo a escuchar el problema e inmediatamente pasar a buscar soluciones; sin embargo ahora opina que no siempre tiene que ser así. Para O'Hanlon (2001; 2005), el terapeuta tiene que desarrollar nuevos relatos, y la apertura de posibilidades, que aumenten la confianza del cliente, haciendo uso del reconocimiento y validación. Ambos aspectos son sólo posibles si el terapeuta dedica tiempo a escuchar al paciente y a valorar su sufrimiento.
- Otra consideración que ha cambiado, es con respecto a la *brevidad* de la terapia. La gran mayoría de las personas finaliza la terapia en un tiempo relativamente breve –unas tres o cuatro sesiones- y el resto, puede necesitar más tiempo. También son frecuentes las personas que sólo requieren de una sesión para resolver sus problemas. De la misma manera, puede haber quienes permanezcan años en la terapia. El terapeuta por tanto debe permanecer abierto a todas las posibilidades, pues lo importante no es el tiempo que va a durar la terapia, sino su eficacia y

¹¹O'Hanlon subraya que los etiquetas también pueden ayudar a las personas a aliviar los síntomas y a cambiar (O'Hanlon, 2001).

utilidad para la persona que la busca. La terapia eficaz suele ser breve, pero no siempre es así¹² (O'Hanlon, 2001).

e) Posibilidades de acción terapéutica.

Desde el punto de vista de O'Hanlon (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997) *todo* el proceso de entrevista es en sí interventivo, a diferencia de otros enfoques que distinguen un momento específico a manera de intervención. Mediante el uso de diversos recursos terapéuticos orientados hacia las soluciones, preguntas y comentarios, los clientes pueden experimentar, en el transcurso de la sesión, cambios importantes que permiten a la gente salir y actuar de una forma más productiva. En muchos otros casos, una tarea asignada al final de la sesión solamente sirve para reforzar el cambio que ya se ha producido (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

Es preciso apuntar que desde esta forma de trabajar no hay procedimientos correctos o erróneos, ni suposiciones correctas o erróneas, sólo datos sobre qué métodos funcionan o son útiles para unos casos concretos (O'Hanlon, 2001).

O'Hanlon (1989) retoma, dada la influencia de Erickson, algunas de sus ideas acerca de la relación entre el cliente y el terapeuta, las cuales constituyen parte importante de lo que el terapeuta debe procurar que ocurra en terapia:

- Para hacer posible el rapport entre el terapeuta y el paciente o para lograr que llevaran a cabo las directivas, sobre todo en pacientes renuentes, uno de los métodos de Erickson era hacer que su conducta, vocabulario e ideas copiaran la conducta, experiencia y la comprensión del paciente o que formaran pareja (matching) con ella. Lo que con más frecuencia se menciona en este tipo de construcción del rapport es la copia de las pautas respiratorias. Básicamente el terapeuta alinea el ritmo de su voz, sus movimientos o su propia respiración en concordancia con el ritmo respiratorio del paciente.
- Inicialmente Erickson utilizaba las palabras que usaban los clientes para luego encauzar los significados de estas palabras en una dirección productiva o a emplear palabras distintas. Resulta útil encauzar el lenguaje, alejándolo de la jerga que emplea etiquetas fijas y negativas y llevándolo hacia descripciones de acciones que se encuentran en el lenguaje cotidiano. Una vez que la unión con el cliente ha sucedido, se puede canalizar la conversación hacia descripciones menos patológicas, más normales, de la dificultad (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).
- Una vez que el terapeuta ha reunido información de base sensorial sobre la pauta y su gama de elementos, inicia, junto con el cliente, la búsqueda de maneras de ayudarlo a modificarla. Esto será posible de una manera más sencilla utilizando los aspectos de las propias creencias y conductas del paciente (Cade y O'Hanlon, 1995). Por ejemplo:
 - Su lenguaje
 - Sus intereses y motivaciones
 - Sus creencias y marcos de referencia
 - Su conducta
 - Su síntoma o síntomas

¹² Es importante distinguir entre el hecho de que el terapeuta suponga que la terapia debe ser a largo plazo para que sea eficaz y el hecho de que el cliente indique al terapeuta que la terapia debe ser a largo plazo. Muchos terapeutas inducen la expectativa de una terapia a largo plazo, la gran mayoría de veces de un modo muy sutil (O'Hanlon, 2001).

- Su resistencia
- La utilización cuidadosa de los tiempos verbales puede crear en una conversación una realidad en la que el problema está en el pasado y existen posibilidades para el presente y el futuro. El terapeuta puede empezar a cambiar las palabras, y por tanto la forma de pensar adoptando primero el tiempo presente que usa el cliente y pasando luego al pasado, desde la primera sesión (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).
- A menudo Erickson se comunicaba por medio de metáforas. Hablaba sobre un tema para referirse a otro, prefería un enfoque indirecto, metafórico, que permitía que las personas dieran forma a sus propios significados (en lugar de que ellos les fueran impuestos por el terapeuta); pensaba que lo menos probable era que los pacientes se beneficiaran con un enfoque directo. Con frecuencia utiliza la "comunicación paralela", en donde se incluyen los chistes, acertijos para reencuadrar las situaciones o cuestionar las ideas de enfoques rígidos que los pacientes han estado empleando con la finalidad de resolver los problemas, los juegos de palabras, para sorprender o confundir, para emitir sugerencias intercaladas o enclavadas, los relatos, para sugerir nuevas posibilidades y lograr que los clientes cedan terreno y escuchen, la metáfora, que incluye símil y analogía que de algún modo comparten algunos rasgos, utilizada para arrojar una luz diferente (otra metáfora) sobre el tema que se trata, para ayudar a que las experiencias que ya se han tenido den sentido a otras experiencias nuevas. También utilizaba la comunicación simbólica en las tareas que se le asignaban al paciente, para hablar sobre ciertas situaciones sin mencionarlas específicamente (O'Hanlon, 1989).
- El empleo de un lenguaje permisivo (opuesto a un lenguaje de tipo autoritario o directivo) es característico del enfoque de Erickson. Lo típico es que los enfoques autoritarios empleen en las sugerencias dos tipos principales de lenguaje: el *atribucional* (el cuál indica a los sujetos lo que están experimentando), por ejemplo "Usted está en un trance profundo" o "Usted está relajado". También utilizan un estilo de lenguaje *predictivo*, (en el cuál se le dice a los sujetos que es lo que van a experimentar); por ejemplo "Su brazo se elevará hasta la cara" "Entrará en un trance profundo", o "Va a relajarse más y más". El lenguaje permisivo en cambio involucra el uso de palabras que expresan posibilidad tales como "puede", "podría", "tal vez", etc. y la presentación de opciones múltiples para lo que la persona está o estará experimentando o haciendo (por ejemplo "Usted podría estar entrando en un trance profundo", "Su mano derecha podría elevarse hasta su rostro, podría alzarse su mano izquierda o ambas manos pueden permanecer cómodamente sobre sus muslos, o podría suceder otra cosa totalmente distinta"). Asimismo los enfoques permisivos validan como apropiada cualquier experiencia o respuesta (O'Hanlon, 1989).
- Frecuentemente se utilizan presuposiciones, es decir, ideas o experiencias que se dan por sentadas sin que se les enuncie directamente. Un ejemplo de ello es la "ilusión de alternativas" ("¿Le gustaría entrar en un trance ligero o profundo?", o "¿Prefiere entrar en trance ahora o más adelante en la sesión?").
- La copia no verbal, implica que el hipnotizador haga que su conducta forme pareja con la conducta del paciente: en el ritmo, la postura, las características de la voz, la velocidad de la respiración, etc. (O'Hanlon, 1989).
- La copia verbal consiste en copiar el vocabulario del sujeto para asegurarse comprensión y *rapport*. También se utiliza para describir la conducta que el sujeto despliega, operando como una máquina de biofeedback humana. Otra forma de reflejar o adaptarse al lenguaje del cliente consiste en usar sus metáforas. Saber algo acerca del trabajo o las aficiones de la gente también puede resultar muy útil a la hora de desarrollar metáforas a las que respondan favorablemente. También puede adoptarse su modalidad sensorial para lograr este objetivo¹³ (O'Hanlon, 1989; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

¹³ Bandler y Grinder, desarrollaron una técnica que implica hacer corresponder los verbos y predicados de la gente con las modalidades sensoriales que están usando. Advirtieron que algunas personas emplean palabras

- La confusión se utiliza para debilitar a la mente conciente. La fórmula de Zeig para construir la confusión indica escoger dos conjuntos de conceptos polares, como “conciente/inconciente” y “olvide/recuerde”, y entretejerlos de una manera continuamente cambiante. Por ejemplo:

“Su mente inconciente puede olvidar algunas cosas que su mente conciente recuerda, pero su mente conciente ha olvidado algunas cosas que su mente inconciente recuerda. Para nuestros fines es importante que su mente conciente se acuerde de olvidar las cosas que se supone le permiten recordar a su mente conciente, y que su mente conciente se acuerde de olvidar las cosas que su mente inconciente recuerda. Y su mente inconciente tiene que acordarse de recordar las cosas que se supone que recuerda, y olvidar las cosas que se supone que olvida, mientras que su mente conciente se acuerda de recordar las cosas que se supone recuerda y olvida las cosas que se supone olvida” (O’Hanlon, 1989; pag 135).

El propósito es estimular y emplear procesos, recuerdos y experiencias mediados de forma inconciente, para resolver las quejas de los clientes y crear expectativas de cambio. También intenta evocar los recursos, las potencias y la capacidad y ayudar a la persona a re-narrar su situación. Es una manera de ayudar a las personas a experimentar su situación de un modo diferente, no sólo de hablar de ella de otro modo. Durante la hipnosis se ofrecen múltiples opciones para realizar cambios y se proponen nuevas distinciones y conexiones para que se elija las que más convengan. El objetivo no es hacer que la persona haga una catarsis y exprese sus sentimientos y puntos de vista, sino cambiar esos sentimientos y puntos de vista. En este sentido, este tipo de hipnosis es diferente a la hipnosis tradicional, en cuanto a que es más permisiva, más inclusiva y más validante (O’Hanlon, 1996; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1997; O’Hanlon, 2001).

Por otra parte, desde esta perspectiva, la conversación que se lleva a cabo en la terapia, tienen tres objetivos principales: 1) Cambiar la forma de *ver* el problema, 2) Cambiar la forma de *hacer* el problema y 3) Cambiar el contexto del problema (O’Hanlon, 2001; 2003).

1) CAMBIAR LA FORMA DE VER EL PROBLEMA. Los problemas no surgen en el vacío, sino de la percepción de una o de varias personas en la que determinados acontecimientos son un *problema* (O’Hanlon, 2001). Para el terapeuta, es importante definir cuatro áreas de intervención:

- Experiencia. Sentimientos, identidad personal, sensaciones corporales, experiencia sensorial, fantasías y pensamientos automáticos. Intervención. Dar mensajes de aceptación, validación y reconocimiento. no hay necesidad de cambiar o analizar la experiencia, puesto que no es propiamente un problema.
- Visiones. Pautas de atención, interpretaciones, explicaciones, evaluaciones, supuestos, creencias, relatos de identidad. Intervenciones. Identificar y poner en duda las visiones de imposibilidad, culpa, invalidación, determinismo o ausencia de responsabilidad, ofrecer nuevas posibilidades.
- Acciones. Pautas de acción, de interacción de lenguaje y no verbales. Intervenciones. Encontrar las pautas de acción e interacción que forman parte del problema. Sugerir la ruptura de las pautas perjudiciales, o bien encontrar y utilizar pautas que faciliten la solución.
- Contexto. Pautas temporales, espaciales, antecedentes y propensiones culturales, familiares, históricas, bioquímicas, genéticas, o de género. Intervenciones. Identificar los aspectos útiles y perjudiciales del contexto, proponer cambios en el contexto del problema.

Los relatos de imposibilidad, de culpa, de invalidación y deterministas se ponen en duda de tres maneras:

- Transformando el relato, reconociendo y suavizando o añadiendo posibilidades.
- Encontrando pruebas que desmientan el relato.

orientadas visualmente, por ejemplo, “veo lo que quieres decir”, o “no acabo de verlo claro”. Otros usan palabras auditivas, por ejemplo “suena que las cosas van bastante bien”. Las palabras referidas a sensaciones constituyen una tercera categoría, por ejemplo, “a veces siento como si fuera a explotar”, o “tengo la sensación de que esto no va a funcionar”. Se sugiere que el terapeuta se ajuste a la modalidad sensorial del cliente a fin de indicar comprensión y desarrollar empatía (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

- Hallando relatos o marcos de referencia alternativos para los mismos indicios o hechos.

Más recientemente, las conversaciones de la terapia de posibilidades (O'Hanlon, 1993), enfoca su atención en:

- *Las conversaciones colaborativas.* Se considera al cliente como experto en su propia experiencia, acerca de sus memorias, de sus metas y sus respuestas. El terapeuta como experto en crear un clima conversacional e interaccional en terapia. Los clientes y los terapeutas son socios en el cambio terapéutico y colaboran y deciden el foco de la terapia, las metas a alcanzar y cuando la terapia llegue a su fin.
- *Las conversaciones sobre las diferencias del cambio.* La Terapia de Posibilidades, al igual que la Terapia orientada a Soluciones, resalta los cambios, las excepciones a los problemas. El terapeuta atiende cuidadosamente las respuestas del cliente y crea un sentido de expectación hacia el cambio.
- *Conversación acerca de competencias y habilidades.* Esto se hace, teniendo cuidado de no minimizar el dolor, el sufrimiento, o el personal punto de vista acerca del problema. Esta competencia puede estar directamente relacionado con otros dominios de la vida de los clientes.
- *Conversación acerca de posibilidades.* Un punto importante es crear en el futuro amplias posibilidades de cambio. Pero también se puede hacer, en cuanto al pasado y al presente, porque se puede cambiar la selección y la interpretación de los eventos en el pasado y al mismo tiempo crear un nuevo sentido acerca de esos "hechos".
- *Conversaciones sobre resultados/ metas.* El terapeuta ayudará al cliente a establecer con claridad, lo que quiere lograr en la terapia. El escenario del logro de metas, es compartido por el cliente y el terapeuta; es una responsabilidad mutua.
- *Conversaciones acerca de la responsabilidad y agencia personal.* En todo momento se le hace sentir al cliente que es responsable de sus propias acciones. Los "desordenes mentales" o una "terrible niñez", no son excusas para disculpar la responsabilidad de sus acciones. No se trata de culpar, más bien de establecer una postura en la que se haga saber a las personas que pueden hacer algo para resolver las dificultades.

2) CAMBIAR EL HACER EL PROBLEMA. Un pequeño cambio es más que suficiente para provocar cambios en otras áreas de la vida de los clientes. Frecuentemente la forma más sencilla y directa de intervenir en un contexto que contiene una queja es alterar el propio patrón de la queja. El terapeuta hace que los clientes introduzcan alguna modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997; O'Hanlon, 2001; 2003). Para hacer esto posible, el terapeuta tendrá que:

a) Identificar y alterar las pautas repetitivas de acción e interacción que intervienen en el problema. Esto se puede llevar a cabo de la siguiente manera (O'Hanlon, 1989; Cade y O'Hanlon, 1995; O'Hanlon, 2001; 2003):

- Cambiar la frecuencia/el ritmo del síntoma o la pauta síntoma (la pauta que lo rodea)
- Cambiar la duración del síntoma o la pauta sintomática
- Cambiar el momento (día/semana/mes/año) del síntoma o la pauta síntoma.
- Cambiar la ubicación (en el cuerpo o en el mundo) del síntoma o la pauta-síntoma.
- Cambiar alguna otra característica o circunstancia propias del síntoma
- Cambiar la secuencia (el orden) de los acontecimientos que rodean al síntoma
- Crear un corto circuito en la secuencia (es decir, un salto desde el principio hasta el final)
- Interrumpir la secuencia, o impedirla de otro modo, en todo o en parte ("hacer que descarrile")
- Añadirle o sustraerle por lo menos un elemento
- Fragmentar algún elemento antes unitario en elementos más pequeños.
- Hacer que el síntoma se despliegue sin su pauta
- Hacer que se despliegue la pauta-síntoma con exclusión del síntoma
- Invertir la pauta.
- Vincular la aparición de la pauta-síntoma con otra pauta – por lo general, una experiencia indeseada, una actividad evitada, o una meta deseable pero difícil de alcanzar ("tarea condicionada por el síntoma")
- Cambiar la conducta o realización corporal del problema.

b) Identificar y fomentar el empleo de pautas de acción e interacción útiles para la resolución del problema. Esto es posible:

- Pidiendo a las familias que hablen de las ocasiones en las que no han experimentado el problema cuando esperaban experimentarlo. *¿Por qué no ocurrió el problema? ¿Quién hizo algo diferente? ¿Qué diferencias hay cuando todo va bien? ¿Qué hacen para lograrlo? ¿Cómo has solucionado estos problemas antes? ¿Cómo lo haces ahora?*
- Averiguando lo que ocurre cuando el problema cesa o empieza a remitir. *¿Cuál suele ser la primera señal que le indica a la familia que el problema cesa o empieza a remitir? ¿Qué diferencias hay en lo que hace la familia cuando el problema cesa o empieza a remitir? ¿Que ocurrió o que hicieron para que el problema cesara? ¿Cómo consiguieron que terminara?*
- Buscando otros contextos de competencia para los miembros de la familia o para la familia en su conjunto. *Se les pregunta acerca de las áreas que los clientes conocen y se extrapola ese conocimiento al contexto del problema. Otra manera es hacer que sus miembros nos hablen de otras personas o familias que conozcan y que hayan resuelto con éxito sus problemas familiares.*
- Como último recurso, si no se puede encontrar ninguna pauta de solución, se puede preguntar por qué el problema no es más grave. *¿Cómo explica usted que el problema no sea tan grave? ¿Cómo es que el problema no ha crecido?*

3) CAMBIAR EL CONTEXTO DEL PROBLEMA. Cuando se habla del contexto del problema, es en referencia a los antecedentes de carácter cultural, familiar, histórico, bioquímico/ genético y de género. Se evalúan esas pautas y las modificables, en cada situación particular, permanecen en el foco de la atención para sugerir cambios. Estas se utilizan cuando las intervenciones sobre el patrón no tienen resultado o no son aconsejables. Las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan a la queja se pueden modificar (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997; O'Hanlon, 2001; 2003).

Según este modelo, los síntomas se presentan en unos contextos y su mantenimiento depende de ellos. A su vez ciertos aspectos de estos contextos presentan pautas que son necesarias para el mantenimiento del contexto. Para intervenir en el contexto de un síntoma es muy útil obtener una descripción sensorial de las pautas asociadas. Esta descripción es como una "grabación en video" en el sentido de que sólo debería contener aspectos que se puedan verificar con los sentidos (sobre todo el de la vista y del oído). Esta descripción no debería contener hipótesis no verificables ni explicaciones no comprobadas (O'Hanlon, 2001).

Otros recursos dentro del proceso terapéutico, son los siguientes:

- Generalmente, cuando se abre la sesión de terapia con la pregunta *¿Cuál es el problema en el que puedo ayudarte?* o *¿Qué es lo que consideras un problema?* se presupone que existe un problema, y en el caso de la primera, uno que requiere ayuda. Por otra parte *¿Qué te trae por aquí?* no presupone la existencia de un problema (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).
- El uso de analogías, metáforas, chistes, experiencias de otras familias. Estos comentarios ejercen poderosos efectos a través del mecanismo de activas pautas asociativas inconscientes y tendencias de respuesta que de pronto se suman para presentar ante la conciencia un dato o respuesta conductual aparentemente nuevos. Se emplean analogías para ofrecer nuevos marcos que crearán un contexto para el cambio en la terapia. En el caso de la metáfora, se utiliza porque transfiere la capacidad que ha desarrollado –o utiliza- el cliente en un contexto, al contexto donde ésta capacidad podría resolver el problema que lo ha traído a la terapia (Cade y O'Hanlon, 1995; O'Hanlon, 2001).
- La normalización constante de la situación del cliente. Una manera de hacerlo es utilizando la técnica del "Si, yo también", buscando que el cliente tenga la idea de que a cualquiera le puede ocurrir una situación como la que está viviendo. Otra forma es interrumpiendo la descripción que el cliente hace de una situación y proceder a terminar la historia con algunos detalles sacados de nuestro trabajo con otras personas y de nuestra propia experiencia en situaciones similares. Otro método para conseguir esta

normalización es mediante la pregunta ¿Cómo puedes distinguir entre (el problema formulado) y (una explicación normalizada del mismo)? Por ejemplo “¿Cómo puede distinguir entre la depresión de su hija, y los cambios de humor normales de los adolescentes? (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

- Los elogios y las felicitaciones. Puesto se piensa que muchas de las dificultades que los clientes traen a terapia son un subproducto lógico de circunstancias o transiciones vitales, puede que se diga 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”. Ante este tipo de comentarios, los clientes suelen aparecer aliviados (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1997).
- Las preguntas presuposicionales. Las preguntas que se le hacen a la gente generan información acerca de sus lados fuertes, las capacidades y los recursos. La siguiente es una serie de preguntas presuposicionales que tiene la intención de recavar información acerca de las excepciones (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1997):

¿Qué es diferente en las ocasiones en que _____ ¿(se llevan bien, la cama está seca, él va al colegio, etc.). Con esta preguntase exploran las diferencias entre los momentos problemáticos y no problemáticos.

¿Cómo conseguiste que sucediera? Esta pregunta reúne información acerca de lo que el cliente ha hecho para superar el problema. Verbalizarlo aporta claridad para todos. A un nivel más sutil, se le anima al cliente a atribuirse el mérito por lo que está dando buenos resultados.

¿De que manera el que _____ (ocurra 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 una persona y las que suceden en otras áreas.

¿Quién más advirtió que _____ (perdiste cinco kilos, él hizo sus deberes, se llevaron bien el último fin de semana)? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, que hizo o dijo? Esta pregunta tiene un impacto similar a la de la anterior. Además si hay más de una persona en la sesión, reciben información acerca de cuáles de sus conductas resultan agradables. Esto tiene obvias consecuencias útiles para influir sobre su conducta futura.

¿Cómo conseguiste que dejara de _____ (tener rabietas, incordiar)? ¿Cómo conseguiste que terminara la pelea? Por lo general las personas saben como empezar una pelea, pero no se atribuyen o no dan el mérito de terminar las pelear o las rabietas.

¿De qué manera es esto diferente de la forma en la que lo hubieras manejado hace _____ (una semana, un mes, etc.)? Esta pregunta informa algo que parece ser nuevo o diferente, pues hace posible que las personas reconozcan su propio avance sobre la solución.

¿Qué haces para divertirte? ¿Cuáles son tus aficiones o intereses? Con frecuencia se busca en otros contextos de la vida de los clientes las capacidades y el “saber cómo hacer” que se necesita para resolver su problema. Tal vez el cliente tenga alguna afición u ocupación en la que se destaque.

¿Has tenido esta dificultad anteriormente? (en caso afirmativo) ¿Cómo la resolviste entonces? ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que esto volviera a suceder? Con esta pregunta se investigan las soluciones pasadas para la dificultad presente, ya que a veces lo único que el cliente necesita es volver a aplicar una solución conocida; cuando esto sucede, solamente necesitan recordar lo que funcionó en su día y repetirlo.

- La Bola de Cristal. Erickson desarrolló esta estrategia que más tarde De Shazer adoptó¹⁴, y que es la primera orientada puramente hacia las soluciones que se conoce. Usando la hipnosis Erickson ayudaba a las personas a crear una sensación de distorsión temporal, de forma que podían ir atrás y adelante en el tiempo. El lo llamó pseudo-orientación temporal. Una vez que dominaban la distorsión temporal, les ayudaba a desarrollar la habilidad de la amnesia. Entonces les dirigía hacia un tiempo en el futuro cuando su problema estuviera resuelto, y les pedía que alucinaran un encuentro con ese futuro imaginario, en el que contarán cómo habían resuelto sus dificultades. Una vez que le habían descrito la escena, les hacía olvidar esta experiencia por medio de la amnesia y los mandaba a casa. Tras cierto tiempo, informaban, por lo general que habían resuelto sus quejas. Desde la terapia de O'Hanlon, el terapeuta puede utilizar presuposiciones para introducir en la sesión de terapia ideas o expectativas de cambio. Si el terapeuta pregunta ¿Qué será de tu vida cuando la terapia tenga éxito?, no está pidiendo solamente información, sino que también está introduciendo implícitamente la idea de que la terapia tendrá éxito. Otras preguntas similares son las siguientes: ¿Qué será diferente en su vida cuando los dos se lleven mejor? ¿Quién será el primero en notarlo cuando bebas menos? ¿Qué cosas positivas sucedieron? ¿Qué cosas has hecho en el pasado que han funcionado? Cuando las personas describen su milagro, el terapeuta puede preguntar "¿Hay algo de esto que ya esté sucediendo?" "¿Qué tienes que hacer para conseguir que suceda más a menudo? ¿En que será diferente tu vida? ¿Quién será el primero en darse cuenta? ¿Qué dirá o que hará? ¿Cómo responderás? (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).
- Si los clientes no son capaces de describir excepciones, o de contestar a las preguntas orientadas a futuro, la siguiente línea a seguir es reunir información detallada sobre el tema, al estilo del enfoque del MRI. Se busca información muy específica. Habitualmente surgen preguntas como las siguientes: *¿Cuál consideras que es el problema? ¿Qué sucede?... ¿Que sucede luego?... ¿y que sucede después de eso? ¿Quién está presente cuando se da el problema? ¿Qué dice o hace cada uno? ¿Dónde ocurre el problema con mayor frecuencia? ¿Dónde es menos probable que ocurra? ¿Hay algún momento en el día en que es improbable que se produzca el problema? ¿De que forma es un problema para ti?* Cuando el hecho de rastrear excepciones, soluciones y un futuro sin problemas produce la sensación de estar nadando contra la corriente, hay que cambiar de dirección y centrarse en el problema, o adoptar una posición pesimista y observar lo que ocurre (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).
- Usar la espiritualidad para trascender o resolver problemas: Encontrar un camino propio hacia la espiritualidad (una conexión con el alma, con el cuerpo, con otro, con una comunidad, con la naturaleza, con el arte, con dios, etc.), acceder a la espiritualidad a través del pasado, el presente o el futuro, desarrollar la compasión, el servicio y la fe (O'Hanlon, 2003).
- Celebrar rituales de resolución para los asuntos pendientes del pasado: Definir el objetivo del ritual y lo que aún no se ha resuelto, preparar el ritual decidiendo qué símbolos va a utilizar: cuando, como y quien va a participar, celebrar el ritual, organizando una reunión citando a las personas más significativas (O'Hanlon, 2003).

A los clientes también se les suele asignar una actividad para desarrollar una vez que la sesión ha concluido. Se trata de una especie de tareas a realizar (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997). Como ejemplo están las siguientes:

- Tarea fórmula de la primera sesión: *Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a nosotros nos gustaría que observarás, de modo que puedas describirnoslo la próxima vez, lo que ocurre en tu (vida, familia, relación, matrimonio, etc.), que quieres que siga ocurriendo.* Con esta tarea van a casa con las gafas de buscar cosas positivas, y para sorpresa suya suelen descubrir bastantes cosas positivas que quieren que sigan ocurriendo.

¹⁴ Cuando los clientes son incapaces de identificar excepciones o soluciones pasadas, o presentes, el paso siguiente es hacer preguntas orientadas a futuro. Una vez que el cliente describe un futuro sin problemas, ha descrito también la solución. Este tipo de preguntas son llamadas "preguntas de avance rápido". O'Hanlon, emplea una versión diferente a la de la Pregunta por el Milagro: "Supón que saco una varita mágica y soy capaz de hacer magia con tu problema, ¿Qué cosas sucederán distintas a las de antes? (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

- La tarea de la sorpresa para parejas o familias: *Haz al menos una o dos cosas que sorprenda a tu cónyuge. No le digas que es .La tarea del otro es adivinar que es lo que ella está haciendo. No comparen sus respuestas; lo haremos en la próxima sesión.* Los clientes esperan cosas impredecibles fijando su atención en nuevas conductas.
- *La tarea genérica.* Una vez que se ha descrito el objetivo a seguir, por ejemplo “conseguir mayor paz”, se le indica: *“Fíjate en lo que haces esta semana que te da mayor paz”.* Esta tarea presupone que entre las sesiones se producirán conductas deseables. Además contribuye a clarificar objetivos cuando no están muy claros.
- *Las técnicas paradójicas*¹⁵ En terapia pueden definirse como las intervenciones en las que el terapeuta, con ánimo de ayudar, parece promover la continuación o incluso el empeoramiento de los problemas en lugar de su revisión. Se inserta un mandato claro de mantener o empeorar un problema, o de hacer más lenta alguna mejoría, en una igualmente clara comunicación enmarcadora que define el contexto como destinado a ayudar a resolver el problema. Se ha informado que este método tiene éxito con síntomas como las fobias y las obsesiones, los tics, los celos en las parejas, los dolores de cabeza, las rabiets, la anorexia y la encopresis y con las familias de los esquizofrénicos y las anoréxicas. De estas técnicas paradójicas, la más común es la prescripción del síntoma: se le aconseja o se le instruye a los clientes y a la familia para que continúen con las conductas sintomáticas o asociadas por el síntoma, o que las incrementen, lo que se explica como un modo de resolver el problema con mayor rapidez. Watzlawick y otros dicen que esta técnica le plantea al paciente el dilema de hacer voluntariamente lo que por lo general se sostiene que es involuntario. La conducta sintomática así ya no es espontánea, constituye algo diferente (Cade y O’Hanlon, 1995).
- Ocasionalmente, se utilizan ordalías benéficas (desarrolladas por Haley), que consisten en asignar tareas que se deben realizar cuando aparecen los síntomas. Estas tareas son tan onerosas o aborrecibles que los clientes prefieren evitar el síntoma antes que llevarlas a cabo (O’Hanlon, 2001).

También es importante considerar las posibles maneras de abordar las tareas o sugerencias. ¿Los clientes las siguen, las modifican, se oponen a ellas, las ignoran, las olvidan? para determinar el siguiente paso, el terapeuta debe orientarse con este feedback, porque el fracaso aparente en una tarea o sugerencia debe verse normalmente, como resultado de un error de comprensión o cálculo del terapeuta, más bien que como una resistencia o desobediencia del cliente individual o de la familia (Cade y O’Hanlon, 1995).

En realidad, en terapia es deseable utilizar cualquier tipo de recursos en bien de los clientes (Cade y O’Hanlon, 1995). Es más fácil señalar aquello que generalmente tiende a fracasar, por no dar resultado. De manera resumida, aquellos procedimientos que suelen fracasar y que por tanto el terapeuta debe evitar, se señala a continuación:

1) *Evitar el sermón no solicitado (especialmente cuando se expresan “por el bien del otro”)*

- Sermones
- Consejos
- Regaños o reproches
- Insinuaciones
- Aliento (¿Porqué no tratas de...?)
- Rogar/suplicar/tratar de justificar la propia actitud
- Apelación a la lógica o al sentido común
- Artículos de folletos o periódicos dejados estratégicamente a la vista o leídos en voz alta
- El enfoque silencioso y sufrido de “mira con cuanta paciencia y valentía no digo nada ni tomo nota de nada” o bien una versión iracunda de lo mismo (éstos suelen ser los “sermones” más poderosos del lote)

¹⁵ Últimamente, O’Hanlon (2001) le ha dado un sentido distinto al uso de la paradoja, ya que con anterioridad se utilizaba de manera directiva, de tal manera que se percibiera con ello una intención no muy clara del terapeuta. Desde el punto de vista de O’Hanlon (idem) no resulta apropiado tratar de “paradojizar” a los clientes, sólo porque ésta parezca una buena técnica que a veces ha dado resultados. Una “intención paradójica” cooperativa y respetuosa, totalmente abierta y a veces sugerida con humor, a menudo ayuda a romper el estancamiento (Cade y O’Hanlon, 1995).

- Tampoco tiende a dar resultado el castigo repetitivo y/o creciente; a menudo genera más de las mismas conductas-problema o una escalada de ellas.

2) *Evitar adoptar o que alguien adopte una postura de superioridad moral.* Cuando cualquiera de los métodos anteriores se aplica desde una posición de superioridad, de lógica “inexpugnable” (por lo común la posición masculina) de ultraje moral, de indignación justa. Se trata de cualquier posición que implique que quien habla tiene la verdad acerca de cómo son o como deberían ser las cosas, o un conocimiento superior o capacidades o costumbres que al otro por definición, le faltan o sólo posee a medias:

- “Si realmente me quisieras...”
- “Seguramente podrás ver que si tu...”
- “¿Porqué no comprendes que...?”
- “Cualquier persona con sentido común...”
- “Después de todo lo que he hecho...”
- “Mira cuán enfermo/ desesperado/deprimido estoy por preocuparme por ti”
- “Te amaré y dejaré de estar enojado/de irme/ de negarme a hablar, si haces exactamente lo que yo quiero”
- “Te amo porque te comportas como quiero que lo hagas y te amaré mientras lo sigas haciendo”

3) *Evitar el autosacrificio o la autonegación*

- Actuar constantemente para mantener la paz
- Andar constantemente de “puntillas” para no perturbar o enojar a otros
- Poner constantemente la felicidad de otros por encima de la propia
- Tratar de justificarse constantemente
- Proteger a otros de las consecuencias de sus acciones.
- Estar permanentemente pendiente del cambio del otro
- Tratar continuamente de agradar a alguien/ todos.

4) *Evitar el... ¡Hazlo espontáneamente!* En este caso, por medio de cualquiera de los modos de actuar enumerados, trata de que alguien haga algo o adopte una actitud diferente, pero también exige que sea porque quiera hacerlo.

- “¡Tienes que querer agradarme!”
- “Me gustaría que me demuestres más afecto, pero sólo lo aceptaré si lo haces porque quieres”
- “No basta con que me ayudes a lavar; preferiría que lo hicieras con gusto/de buen agrado”
- Tratar de hacer a alguien “más responsable”, “más expresivo”, más razonable, más solícito, más considerado, más erótico, más positivo, etc. equivale a invitarlo a que obedezca a nuestras definiciones de cómo debe de ser, sean cuales fueren las intenciones de él.. Esto da resultado muy pocas veces o nunca. A lo sumo se obtiene obediencia; aunque parece que a la mayor parte de las personas no les gusta ser obedientes.

Recientemente, O’Hanlon (2003) ha desarrollado procedimientos específicos para la atención de parejas, con respecto a su relación y enfocado a problemas sexuales:

Practicar sexo: Sexualidad orientada a las soluciones:

- Reconocer y aceptar las emociones sexuales o la ausencia de ellas.
- Busque momentos en los que el sexo le haya funcionado y haga lo que pueda para evocar la situación
- Utilice palabras concretas que describan lo que le gusta o lo que no le gusta.
- Negocie las diferencias.
- Pida lo que quiera, pero no exija.
- Sea creativo.
- Organice su tiempo.
- Las fantasías y los deseos no tienen por que determinar la identidad ni orientar la conducta.
- No se obsesione con tener un orgasmo en cada encuentro. Disfrute.

Nueve métodos para resolver las crisis de relación:

Modifique su patrón o estilo conflictivo habitual.

Dar un giro de 180 grados.

Cambiar su patrón habitual de perseguir- distanciarse.

Pillar a su pareja haciendo algo bien.

Desechar las palabras vagas, culpabilizadoras y tendenciosas; utilizar palabras orientadas a la acción.

Cambiar quejas por peticiones de acción.

Diseñar un plan específico para el cambio.

Centrarse en lo que usted (no su pareja) puede cambiar y asuma la responsabilidad de hacer este cambio,

Hacer pedazos estereotipos que su pareja tiene de usted.

Escuche empáticamente.

Cuatro fortalecedores de la relación:

Si funciona, no lo toque..., deje de escuchar a los expertos, introduzca pequeños cambios, encuentre una forma diferente de ver las cosas.

Utilizar palabras de acción para resolver problemas de relación:

-Quejas de acción (ser concreto y descriptivo con lo que no le gusta y dejar de lado la culpa).

-Peticiones de acción (ser concreto y descriptivo con lo que le gustaría que la otra persona empezara a hacer en el presente y en el futuro).

-Elogio de acción (hacerle saber a la otra persona que acciones concretas valora y le gustaría que siguiera haciendo en el futuro).

También publicó en su página de Internet, ejemplos de procedimientos específicos para trabajar en casos específicos, como en las conductas destructivas o dañinas y el trabajo en pareja¹⁶ (O'Hanlon, 2005b):

Intervenciones intensivas para las conductas destructivas o dañinas en las relaciones.

- Aclarar los límites y requerimientos en el área de la conducta peligrosa.
- Aclarar responsabilidades.
 - Hacer énfasis en que cada persona lleva la responsabilidad de sus acciones
 - Aclarar y describir (como en video) los límites de una conducta aceptable.
- Cambiar los patrones alrededor del problema. Cualquier persona involucrada puede hacer cambios en el patrón y aunque la persona que esté actuando destructivamente continúe, el mensaje es que él o ella es responsable de estas conductas destructivas.
- Ayudar a la familia o a la persona a describir y no perder de vista las consecuencias. Estas consecuencias pueden ser ligeras o severas, incluyendo la participación de las autoridades legales y el agravamiento de la relación
- Limitar la violencia para hacer enmiendas y reafirmar su compromiso de permanecer dentro de estos límites
- Frecuentemente esto implica más acciones que palabras.

¹⁶ La intención de poner algunos fragmentos, es el de identificar algunos aspectos importantes en la práctica clínica de O'Hanlon. Es importante señalar que existen más intervenciones específicas, las cuales se pueden consultar en la página de Internet (www.brieftherapy.com)

Normas generales para la comunicación en parejas.

Las acciones de la queja

- No hay que darles a las personas explicaciones teóricas en cuanto a la queja se refiere
- Decirles las cosas que funcionan y las que no desde el punto de vista del terapeuta.
- Usar descripciones de video.
- Evitar culpas, diagnósticos y generalizaciones

Las acciones que se quieren lograr

- Usar descripciones de video
- Preguntar a las personas acerca de aquello diferente que harán en el futuro
- No decirles que están equivocados o están mal, cuando se hable de cambios
- No asumir que no lo podrán hacer. Hay que darles una oportunidad para demostrarlo
- Ser específico en cuanto a cuando y con que frecuencia les gustaría hacer lo que se les ha pedido.

Reconocimiento

- Escuchar y reconocer los sentimientos y puntos de vista de las otras personas
- Sólo hay que escucharlos, ver si se comprende lo que la otra persona está tratando de comunicar.
- No es necesario estar de acuerdo con todo lo que se dice, pero no hay que comunicar que los demás están locos por considerar las cosas de esa manera. No hay que rechazar o minimizar los puntos de vista de los demás.

Romper patrones.

- Cambiar cualquier parte de los patrones que indique que no está funcionando.
- Hacer cualquier cosa que no resulte cruel o antiético y que resulte algo diferente a lo que usualmente se hace en la situación.

Cuando una persona refiere a otra

¿Qué te ha dado la idea de que la persona necesita estar en tratamiento? ¿Quién ha estado más a disgusto o expresivo acerca de la conducta del cliente? ¿Cómo sabrá que el tratamiento ha sido exitoso y que hemos tenido un buen trabajo? (Dando una video descripción) ¿Cuál ha sido la sorpresa más agradable que ha visto o escuchado del cliente recientemente? ¿Cómo podría mantenerlo informado acerca del progreso del cliente?

Trabajo conjunto con parejas y familias.

- Reconocer y validar puntos de vista y los sentimientos de cada una de las partes, sin que necesariamente se esté de acuerdo con ello. Esto para evitar la culpa, la invalidación, el cierre de posibilidades y la invitación, sugerencia o permiso de la irresponsabilidad.
- Mover la discusión desde las quejas acerca de cosas que a la pareja o la familia no les ha gustado en el pasado a lo que les gustaría que ocurriera en el futuro.
- Hacer que la gente traslade sus descripciones del problema a términos observables (como en un video) de las acciones de las quejas, de lo que se quiere lograr, de las acciones elogiadas y de los acuerdos negociados.
- Identificar metas acordadas mutuamente y planear en términos de video los patrones de interacción involucrados en o alrededor de la queja y hacer que ambos o cualquiera de los dos cambie su parte del patrón. Cambiar el lugar, el tiempo, etc. Si esto funciona, no lo detengas, si no, haga algo diferente. Extraer patrones trabajables que se presentaban desde antes en la relación. Cambiar la parte que le corresponde a cada quien de cualquier patrón que no funcione
- Hacer cualquier cosa, excepto cosas crueles o sin ética, que sea diferente de lo que usualmente se hace en la situación. Ayudar a determinar (en términos de video) los límites de las acciones aceptables e inaceptables. Preparar a la persona de quien sea violados sus límites para actuar en consecuencia. Preparar a la persona quien viole los límites para reconocerlo y ser responsable de tal violación, reestablecer la confianza y realizar enmiendas. Si es apropiado, ayudar al diseño individual o de pareja de de una cura ritual.
- Co-diseñar con los clientes tareas asignadas para ayudar a generalizar los cambios dentro de la sesión a la vida de la pareja. Darles una idea acerca de la tarea que podría ayudarles y validar su colaboración en el diseño de su tarea específica. Validar también cualquier objeción o barrera para llevarla a cabo. Escribir abajo la tarea y quedarse con una copia. La siguiente sesión comienza con la revisión de la tarea.
- Usar el humor para que la pareja o la familia se relajen y vean así las posibilidades del cambio.
- Hacer trabajo individual cuando un individuo de la pareja lo busque, tal vez pueda ser relevante para lograr las metas del trabajo conjunto. Seguramente la persona que haya querido tener trabajo individual piense que es el problema "real" en la relación.

Con respecto a los procedimientos narrativos, O'Hanlon (2001), los organiza de la siguiente manera:

1. La colaboración con la persona o la familia empieza encontrando un nombre para el problema que sea mutuamente aceptable.
2. Personificar el problema y atribuirle malas intenciones y tácticas.
3. Investigar cómo ha conseguido el problema perturbar, dominar o desalentar a la persona o la familia. El lenguaje empleado aquí no es determinista: el problema nunca hace o causa que la persona o la familia haga algo: únicamente influye, indica, dice, intenta convencer, emplea trucos, etcétera. Este lenguaje destaca las opciones de la persona y, en lugar de generar una sensación de culpa o determinismo, genera una sensación de responsabilidad. Si la persona no es el problema, pero mantiene una cierta relación con él, esa relación puede cambiar. Si el problema invita en lugar de obligar, se puede rechazar la invitación. Si el problema intenta convencer, sus argumentos se pueden rechazar.
4. Descubrir momentos en los que el cliente no está dominado o desalentado por el problema o su vida no está perturbada por el.
5. Encontrar pruebas históricas que refuercen una nueva visión en la persona como alguien con la capacidad suficiente para enfrentar el problema, derrotarlo o escapar de su dominio. Esta es la parte narrativa. Los terapeutas orientados a las soluciones enseguida pasarían al futuro en cuanto descubrieran una excepción en el pasado, contentándose con emplear esa excepción para resolver problema. En cambio los terapeutas narrativos quieren que esta nueva identidad personal tenga sus raíces en un pasado y en un futuro lo más luminoso posible.
6. Hacer que la persona y la familia especulen sobre el futuro que cabe esperar de la persona fuerte y capaz que ha ido surgiendo durante la entrevista.
7. Encontrar o crear un público que perciba la nueva identidad y el nuevo relato. Los terapeutas narrativos suelen escribir cartas al cliente pidiéndole consejo para ayudar a otras personas que padecen problemas similares y organizando reuniones con miembros de la familia y con amigos con el fin de lograr esta validación social.

f) Perspectiva del autor acerca de su trabajo.

Actualmente su orientación se puede ubicar bajo un estilo *inclusivo*. Desde esta postura, resulta importante que los terapeutas procuren que el cliente tenga la sensación de que ha sido escuchado, validado y respetado. Al mismo tiempo tendrá la precaución de no cristalizar las ideas, las impresiones, los sentimientos y creencias propias, ni las del cliente (O'Hanlon, 2001; 2005a).

Adicionalmente contempla que la perspectiva de soluciones debe permanecer abierta a la transformación, pues de ninguna manera considera que su terapia sea la más correcta o la única para resolver todos los problemas psicológicos, por lo que ha dado a la tarea a incorporar muchos aspectos del trabajo de O'Hanlon que antes no había articulado. Incluso ha pensado incluir métodos y enfoques que en otras épocas ha desdeñado como la terapia psicodinámica. También ha suavizado sus críticas sobre el empleo de diagnósticos y la medicación, en aras de valorar el trabajo desde otras perspectivas. Según el propio O'Hanlon (2001), esto se debe a la necesidad de mostrarse humilde y respetuoso ante las demás teorías, con el propósito de integrar un conocimiento de la terapia, más inclusivo, con mayores posibilidades de éxito. Señala por ejemplo, que ha descubierto que las etiquetas suelen dar a los clientes la sensación de que se les reconoce la gravedad de los problemas, y que también hacen que sientan afinidad con otras personas que tienen problemas similares.

Ahora opina que no es importante ser breve o aplicar determinados procedimientos para demostrar lo eficaces que son. En vez de ello, el centro de interés son las personas, lo cuál orienta al terapeuta a entrar a la terapia con el menor número de hipótesis posibles dispuesto a investigar lo que el cliente trae a la terapia. Es por ello que el método de O'Hanlon luce más intuitivo que

formulista¹⁷. Con respecto al interés del terapeuta de “hablar sólo de soluciones”, ha advertido que algunas veces los clientes tienen la sensación de que el terapeuta está minimizando o desatendiendo el problema y se sienten forzados o apurados para ir a las soluciones. En contraste, propone escuchar, reconocer y validar la experiencia de los clientes es más útil(O’Hanlon, 2005a).

Por otro lado, últimamente se ha posicionado en contra del afán de muchos terapeutas que consideran que esta orientación tiene como objetivo lograr en los clientes un “pensamiento positivo”. El pensamiento positivo, luce para O’Hanlon una forma de “dorar la píldora” sobre un montón de estiércol, porque minimiza las cosas físicas que realmente pasan en el mundo y en la vida de las personas con las cuáles se trabaja en terapia. Desde esta orientación se trabaja con problemas “reales” como la violación, la violencia, la pobreza, la discriminación laboral, la drogadicción, el alcoholismo, etc. (O’Hanlon, 1993; 2005a).

Finalmente, la influencia del movimiento narrativo, ha sido parte de este estilo inclusivo de O’Hanlon. Si bien es cierto que habla de conceptos que son congruentes con el construccionismo social – dentro del cuál se asume- y en última instancia de los métodos narrativos, lo hace desde este espíritu de inclusividad, pero no como una forma única de trabajar. (O’Hanlon, 2001).

A partir de estas señales, se puede presumir que la postura de O’Hanlon frente al movimiento narrativo es de tipo “operativo”: la utilización de recursos terapéuticos narrativos son señalados y referidos como de gran utilidad, sin embargo, el compromiso con los autores narrativos a un nivel epistemológico o teórico no está especificado en esta parte de sus obras escritas.

A decir del propio O’Hanlon (2001) el propósito que tiene es el de influir en éste campo terapéutico, por lo que se ha transformado a sí mismo: de ser un soñador tímido y deprimido, se ha convertido en un reputado formador y autor; según sus propias palabras, se ha hecho a la idea de alterar el curso de la terapia moderna, movido por su fervor revolucionario y su deseo de aportar algo a la humanidad desde el espacio terapéutico.

¹⁷ Según el propio O’Hanlon (2001; 2005a), cuando supervisa el trabajo de otras personas no soporta que se ciñan escrupulosamente a ningún modelo, sea este o cualquier otro. No hay modelo que funcione siempre. Para que una terapia tenga éxito, es esencial respetar al cliente, establecer contacto con él, aportar nuestra humanidad a los encuentros y tener siempre presente que nuestros supuestos se pueden interponer en la tarea de escuchar sus necesidades y responder a ellas.

2. Enfoque centrado en las soluciones de Steve De Shazer

a) Contexto del desarrollo del enfoque.

De Shazer (1986) describe el desarrollo de su enfoque a partir de fines de los años sesenta y principios de los setenta, ubicando su forma de trabajo como una modalidad de *terapia breve*¹⁸, cuya influencia principal, es el trabajo de Milton Erickson. Esta historia puede remontarse al artículo de Erickson de 1954 *Special techniques of brief hypnotherapy*. Los métodos (ericksonianos), naturalistas, indirectos, encontraron su utilidad en este enfoque incluso sin la mediación de trances formales. Erickson parte de lo que las personas ya han aprendido y les ayuda a aplicar eso de otra forma. Aquellos principios que durante mucho tiempo fueron evidentes en la manera de trabajar de Erickson son los siguientes. 1) Unirse al paciente en la situación en la que se encuentra, y establecer un buen vínculo con él. 2) Modificar las producciones del paciente y controlar la situación. 3) 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 (De Shazer, 1986; 1989; 1995).

De Shazer (1986, 1995) comenzó a desarrollar su propio modelo en 1969. Sus ideas, atraviesan por dos momentos característicos (distinguidos por él mismo): *la fase estructural* y *la post-estructural* (De Shazer, 1999; 2001).

Durante la década de los setentas, hubo importantes publicaciones que se centraron en la resolución de problemas y su persistencia, además de interesarse por establecer medios para el rompimiento del patrón de la queja y proponer soluciones bajo el punto de vista estructural. Los libros con estas características son: *Change en 1974*, de Weakland, Fish y Watzlawick; y *Uncommon Therapy* en 1973, de J. Haley; y los artículos: *Brief Therapy: Focused Problem Resolution* en 1974, de Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin; y *The Treatment of Children Through Brief of Their Parents*, también en 1974, además de *Brief Therapy: Two's Company* en 1975 del propio De Shazer. En este artículo, se observan influencias especialmente de Haley, Minuchin y el MRI¹⁹, y en donde el interés principal entonces era el de procurar una terapia breve (De Shazer, 1986. 1995). Otro gran personaje es John Weakland, quien ha sido una particular influencia en Steve De Shazer. Desde el primer contacto que tuvo, participó en sus libros y en numerosas conversaciones sobre temas de interés mutuo a lo largo de toda su obra (De Shazer, 1995; 1999). En 1976, De Shazer conoció a un grupo de terapeutas en Milwaukee, los cuales posteriormente fundaron el Centro de Terapia Familiar Breve (CTFB) en 1978. A lo largo del tiempo, cada miembro del equipo ha constituido una forma distinta de ver la terapia: Insoo Kim Berg, y Eve Lipchik, (constantemente se preocupan por las conexiones y consecuencias internas – congruencia- del modelo), Alex Molnar (por la abarcatividad del trabajo y la aptitud para transferir los nuevos aprendizajes a otros contextos), Elam Nunnally (estudia los aspectos epistemológicos y filosóficos). Posteriormente, se unen distintos terapeutas entre los que destacan James F. Derks, Marilyn Bonejean (ocupada en las personas de la tercera edad), Patricia Bielke, Calvin Chicks, Ron Kral, Wallace Gingerich, John Walter y Michel Wiener-Davis ; además de Lyman Wynne (De Shazer, 1995)

¹⁸ Según Wittezaele y García (1994), la primera persona que utilizó el nombre *terapia breve* fue Haley en 1963 en su obra *Strategies of psychotherapy*

¹⁹ De Shazer (1986; 1995), considera que el inicio de su trabajo estuvo apartado de las ideas del MRI pues conoció este enfoque hasta 1972.

En esta época y hasta comienzos de los ochentas, De Shazer comienza a adoptar una epistemología propia, que se puede apreciar en su libro *Patterns of Brief Family Therapy: An Ecosystemic Approach* de 1982. Para De Shazer, una epistemología adecuada implica concebir el sistema terapéutico como un sistema abierto²⁰, donde la descripción de la terapia incluye al sistema del terapeuta y al sistema familiar, existiendo una relación de información entre estas totalidades. De esta manera, el terapeuta deja de ser observador para convertirse en participante. Esta es la esencia de la *epistemología ecosistémica* (De Shazer, 1989)²¹. En ella, de Shazer (1989) reconoce, una influencia de los primeros trabajos de Bateson al considerar que una idea (un cambio en la terapia) se origina de dos descripciones de un mismo proceso o secuencia que son codificadas o reunidas en forma diferente. Tanto implícita como explícitamente, esta *teoría binocular del cambio*, tuvo una repercusión importante en el desarrollo de sus conceptos, como la *cooperancia e isoformismo*, la tautología autocurativa, y el *totalismo*. De igual importancia se utilizaron estas explicaciones para adoptar en la terapia *la pausa para la consulta*, donde se desarrolla un plan de acción y *el elogio*, que permite terminar la sesión en un tono muy positivo; dos elementos para construir una redefinición o reencuadrar (intervención). Además adopta las ideas de Heider, acerca de la Teoría del equilibrio para guiar las ideas hacia una meta terapéutica. Por otra parte, a raíz de la influencia del pensamiento asiático, la gravitación de ideas budistas y taoístas en esta epistemología y en este modelo fue decisiva. A partir de este momento, se observan además ya elementos distintivos que constituirán una forma particular de terapia: *centrarse en las soluciones*.

Es a partir de su libro de 1985, *Keys to Solutions en Brief Therapy*, y el artículo de 1986, *Brief Therapy: Focused Solution Development*, donde ya puede observarse que se centra en la soluciones, como un medio más para hacer breve la terapia. En consonancia con la propuesta del MRI este enfoque, es explícitamente "pragmático" y adopta un abordaje práctico de la resolución de problemas humanos, que procura ser lo más simple y económico posible: el grupo de Milwaukee procede de una manera muy "orientada hacia las metas" (De Shazer, 1989). De Shazer (1986; 1995; 1997) parte de la idea de que sólo es necesario un pequeño cambio, así como una meta pequeña y razonable es suficiente; y de que las intervenciones que diseña el terapeuta, son las que se tienen que ajustar al problema y no al revés, de modo en que una llave maestra está diseñada para abrir cualquier clase de cerradura. Además, el constructivismo de Paul Watzlawick y von Glasersfeld también han influido principalmente en la explicación de la construcción de problema, soluciones y el concepto de ajuste (De Shazer, 1989; 1995; De Shazer y Berg, 1992). De Shazer (1989; 1995), y su equipo querían encontrar la *esencia* de la práctica de la terapia, un enfoque sustentado en reglas o elaboración de un modelo o una teoría que permitiera con certeza saber qué hacer. Para lograr esto, tuvo que seleccionar casos semejantes que les permitieran construir teorías más generales²². En definitiva tales procedimientos resultan congruentes con la perspectiva estructuralista con la que entonces se caracterizaba²³.

²⁰ Según De Shazer (1989), la concepción de von Bertalanffy, en el sistema, el medio ambiente es en esencia pasivo sobre el cual se desplaza el organismo. Esto implicaría considerar a los sistemas que intervienen en el proceso terapéutico como sistemas cerrados, negando así una relación de información entre ellos.

²¹ La nominación fue propuesta por Wilden y Wilson en 1976, especialistas de la teoría de la comunicación, y el primero que la empleó en la terapia familiar fue Keeney en 1979. La *epistemología ecosistémica* es el marco que representa la cibernética, la ecología y la teoría de los sistemas (Keeney, 1994).

²² Coincidentemente con el trabajo de Selvini Palazzoli y Prata en 1980, inventaron una prescripción invariante frente a ciertas familias ("casos desesperados"). Ellos sostienen que en esa prescripción "encontraron el trampolín para alcanzar el corazón del problema. Además esto se logró sin tomar en cuenta una gran cantidad de detalles que podían hacernos perder la línea". Tanto su prescripción como las "tareas de fórmula" de De Shazer, sugieren algo sobre la naturaleza de la intervención terapéutica y el cambio, que no ha sido descrito claramente antes: las intervenciones pueden iniciar el cambio sin que medie una primera comprensión detallada del terapeuta en cuanto a lo que ha estado sucediendo (De Shazer, 1995).

²³ En el siglo XX la perspectiva predominante que trata de dar respuesta a cómo funciona el lenguaje es el llamado "estructuralismo". Toda la noción de estructura tiene una compulsión hacia la búsqueda de la verdad y de que todo puede ser explicado. Según Richard Harland (citado por De Shazer, 1999) a los estructuralistas les interesa

Más tarde, esta perspectiva se transformó a raíz de la influencia postmodernista, caracterizándose como una postura a la que De Shazer llama *post-estructural*, y en la que se le ha dado mucho mayor importancia a los procesos del lenguaje. Llanamente se afirma que: " *el lenguaje es la realidad*" (De Shazer y Berg, 1992; De Shazer y Miller, 1998; De Shazer, 1999; De Shazer y Berg 2001; De Shazer, 2005d).

Se considera que el mundo está creado por el lenguaje, es decir, por las palabras. Los significados (categorías, conceptos etc.), no son estables ni cognoscibles, sino que se dan en la negociación de las interacciones sociales; por tanto, en el proceso terapéutico, el cambio ocurre dentro del lenguaje. De Shazer basa sus explicaciones a partir de la influencia del filósofo del lenguaje vienés Ludwig Wittgenstein, quien describe la forma en la que los *juegos del lenguaje* construyen *las formas de vida*. De acuerdo a Wittgenstein, un juego de lenguaje permite al individuo dotar de significado a un discurso particular en determinada área de su vida, acerca de sus sensaciones y sus experiencias. El individuo en sus relaciones sociales posee diversos juegos de lenguaje, ya que estos juegos de lenguaje están asociados con formas de vida, formas en las cuales el individuo existe en el mundo, es decir, roles concretos sociales (comprar objetos, hacer deporte, trabajar, etc.). Cada una de estas formas de vida, están inexorablemente relacionadas con juegos del lenguaje que las define como actividades distintivas. Las realidades, las relaciones sociales y las formas de vida son socialmente construidas y mantenidas a través de los diferentes juegos del lenguaje. De esta manera el juego de lenguaje centrado en soluciones, enfatiza el hallazgo de los recursos que el individuo usa o que puede usar para cambiar su vida de formas preferidas. Esto es, los juegos del lenguaje hacen posible ver, experimentar y participar en mundos sociales construidos con diversos objetos, eventos y gente; sus diferentes usos son como caminos, que tienen lugar en diferentes direcciones, y permiten ver en viejas vistas, nuevas vistas o nuevos caminos (De Shazer y Miller, 1998; De Shazer, 1993; 2001; 2005d).

Otro filósofo del lenguaje y crítico literario, también posestructuralista, que influye en De Shazer fue Richard Harland. El destaca que es en la interacción donde surgen los significados, es decir, son construcciones de quienes emplean esos términos, por tanto son inestables. Estas construcciones o términos mediante los cuales conocemos el mundo varían según quien los usa, a quién va dirigido y el contexto en donde se utilizan (De Shazer y Berg, 1992).

De Shazer también se influyó del filósofo e historiador francés Michel Foucault, quien es considerado el principal representante de posestructuralismo (Jones, 2002). Foucault, enfatiza la manera en la que el conocimiento y el Estado engendran poder sobre el individuo y las diversas formas de poder se emanan en las relaciones. De esta manera De Shazer subraya que el conocimiento aplicado a la práctica terapéutica que en su mayoría procede del estructuralismo, es corroborado por los terapeutas, tendiendo a interpretar y especular sobre las causas en el pasado y los significados del problema. Como el terapeuta tiene un estatus superior, percibido hasta por los propios clientes, cualquier diagnóstico o lectura que haga éste, tendrá un gran peso en los clientes, incluso pueden construir problemas psiquiátricos en los clientes etiquetándolos (De Shazer, 1999). Así apoyándose en el filósofo de la ciencia Christopher Norris, De Shazer sostiene que el terapeuta tiene que hacer una lectura *concentrada en el texto*, es decir, el terapeuta será como un lector. Se concentrará en lo que el cliente desea, dando sentido a su experiencia, y tomando importancia a las palabras que describe respecto a sus creencias.

De la misma manera De Shazer retoma de otro filósofo postmodernista: Francois Lyotard. Su postura contra las metanarrativas o grandes teorías que explican todo reduciendo la realidad hacia

conocer el mundo (humano) descubrirlo a través del detallado análisis observacional y recogerlo en mapas mediante amplias redes explicativas. Básicamente la idea del posestructuralismo es hacer una crítica a estos puntos de vista.

pocos elementos fundacionales o principios. Otras ideas postmodernistas son las Pauline Marie Rosenau, quien ofrece una descripción revolucionaria del estudio de la sociedad; cuestiona la objetividad del conocimiento, así como su reflejo de la realidad. De Mijail Bajtín, un teórico y literario ruso, adopta la idea de que la palabra es un acto de dos caras, esta directamente orientada hacia una palabra de respuesta, es decir la provoca y además la anticipa; una situación que Bajtín denominó *intertextualidad*. Para De Shazer (1999), no existe una explicación preestablecida que se entregue de uno al otro, sino que ésta se desarrolla en el proceso mismo de interacción.

Vale la pena resaltar que desde el comienzo, el trabajo de De Shazer ha estado basado en los principios que extrajo, de tal manera que aún se continúan utilizando como punto de partida las ideas de Erickson (De Shazer, 1999).

b) Premisas del autor acerca de los problemas psicoterapéuticos.

El modelo de terapia breve no abunda en la etiología o en la clasificación de problemas, puesto que para De Shazer (1995, 1997), el problema no es algo que posea la familia o el cliente, no es algo que cumpla una función, ni tampoco algo que no pueda cambiar. Incluso en algún momento De Shazer (1997), asegura que la teoría no tiene nada que decir al respecto, pues ésta sólo se ocupa de hacer terapia²⁴. Esta forma de pensar de De Shazer, obedece a varias razones; una de las más importantes es que considera que las soluciones no tienen mucho que ver con los problemas que intentan resolver. Argumenta, que la solución llegará cuando comprendamos *plenamente* el problema, es una visión parcial proveniente y predominante en nuestra cultura occidental; sin embargo desde el principio del trabajo del CTFB, se ha demostrado que no es necesario conocer todos los detalles del problema para generar soluciones. Esta forma de pensar surge primero como una manera de hacer la terapia más breve (De Shazer, 1986; 1995); sin embargo posteriormente se le llegará a considerar que los problemas no tienen nada que ver con las soluciones, pues pertenecen a distintos *juegos de lenguaje*²⁵. La ventaja de esta forma de pensar es que no hay problemas “difíciles” (como la esquizofrenia, el alcoholismo, la drogadicción, etc.), que requieran de ciertas intervenciones especiales, pues lo que se pretende lograr es la construcción de soluciones que funcionen como “llaves maestras” con independencia de los casos (De Shazer, 1989; 1997).

De Shazer (1989; 1995), aseguró que los problemas son aquellas cosas de las cuáles los clientes se quejan al terapeuta, y respecto de las cuales ambas partes pueden *hacer algo*. De hecho, los clientes al describir su problema, están confeccionándolo (es decir, están en búsqueda de una definición del problema; puesto que no lo traen como un paquete con el rótulo de “problema”) por medio de la conversación con el terapeuta, por lo tanto el terapeuta de alguna manera incide en la forma en como los clientes describen su problema (De Shazer, 1989; 1995; 1999). En esta construcción del problema, el terapeuta se puede centrar en las excepciones, en los recursos, en lo más fácilmente superable, y en todas aquellas cosas que sean dirigidas hacia el cambio

²⁴ Desde el punto de vista de De Shazer (1993; 1999; De Shazer y Berg, 2001), el término *terapia* (proveniente del griego, con el significado de *cuidar, curar*), ha tenido un origen y uso desafortunado ya que pueden ciertamente llevarnos a pensar equivocadamente en el terapeuta como alguien que obra sobre el paciente.

²⁵ Para Wittgenstein, las soluciones son parte de un juego de lenguaje (formas de vida), diferente que puede estar desconectado al juego de lenguaje de los problemas. “¿Cuáles son las oportunidades, por ejemplo, de aprender a bailar tango, si pasamos los días y las noches, jugando ajedrez? Hablar acerca de los problemas es como bailar tango, y hablar de las soluciones es como jugar ajedrez. La carencia de una conexión entre el lenguaje centrado en el problema y en el centrado en las soluciones es fundamental en la práctica de la TCS. Resulta innecesario encontrar las causas de los problemas de los clientes, para construir soluciones, e incluso el tiempo empleado para investigar estas causas, puede hacer que empeoren los problemas” (De Shazer y Miller, 1998; p.372).

satisfactorio para el cliente (De Shazer 1995). Las explicaciones de Bateson acerca del doble vínculo, le sirven a De Shazer (idem) para ampliar su postura:

- 1) El problema es descrito en tanto se produce "entre personas" sin referencia alguna a lo que pudiera estar ocurriendo dentro de ellas.
- 2) El problema es descrito en tanto se produce en un contexto, que ayuda a definir el significado de la conducta.
- 3) Se propone un modo de impulsar la solución basado en los mismos criterios interaccionales y contextuales, según los interpreta el terapeuta (observador).

En primera instancia, es el cliente quien determina si cierta situación aparece como problemática o no, ya que esa misma situación, en otro contexto podría aparecer normal o común (De Shazer, 1986). Un problema, es una de las muchas maneras en las que tales acontecimientos pueden denominarse y comprenderse; es decir, los problemas se agrupan simplemente porque se les describe como "problemas". El terapeuta, en este sentido no trabaja con "problemas" sino con descripciones de problemas que hacen los clientes. Esto quiere decir que las quejas son descritas a partir de la visión del mundo que tiene el cliente: establecen definiciones de una situación de acuerdo con los principios de organización que gobiernan los sucesos- al menos, los sociales- y con su participación subjetiva en ellos. La diferencia entre las reglas y definiciones de los miembros de una familia, o de una pareja, parecen ser la causa principal de que las personas acudan a terapia. Dado que las familias operan como si existiesen ciertos conjuntos de reglas y que estas reglas definen el modo en que perciben una situación, abundan las posibilidades para la confusión y el conflicto. A ésta "sucesión de calamidades" que componen las dificultades cotidianas, deben enfrentarse las personas (De Shazer, 1989; 1997)

Por lo general, las descripciones de los *clientes*, engloban intentos recurrentes e ineficaces de superar esas "molestias", generalmente al ver que no se cumplen sus expectativas, recurren a los mismos intentos de solución, (según sus características, recursos, límites, creencias, valores, experiencias u opiniones) pero en mayor medida e intensidad, hasta que esto se convierte en una pauta habitual poco afortunada, en la que participan determinadas personas en determinado contexto (los significados asignados a la situación, la frecuencia con la que se produce la queja, el lugar físico donde ocurre, el grado en que es involuntaria, la pregunta de que o quien es la causa, factores ambientales, estado fisiológico, el pasado, etc.), y en la que frecuentemente se desarrolla la percepción de que su situación es estática y difícil, sino imposible de superar, aunando expectativas desalentadoras que se auto cumplen y provocan una situación de desánimo. A su vez, las dificultades conducen al cliente hacia una forma particular de intento de solución. De hecho las situaciones problemáticas se mantienen en parte por la idea del cliente, de que la manera en que ha tratado de resolver el problema es la única, la mejor o la mas correcta, por lo que se encuentra entrampado por hacer mas de lo mismo; así, los problemas generalmente se auto perpetúan (De Shazer, 1989; 1995; 1997).

Para De Shazer, las quejas de los clientes son complejas construcciones que involucran muchos elementos, de entre los cuales cada cliente puede subrayar o ignorar unos mas que otros. A menudo los clientes llegan sin una idea clara de lo que es el problema, y hacia donde quieren llegar, más bien manifiestan metas vagas, u objetivos excluyentes entre sí o situaciones indescriptibles. La aportación del terapeuta al respecto, es participar en la construcción de un problema resoluble, con objetivos claros y alcanzables. (De Shazer 1995, 1997)

Últimamente, dado el interés creciente hacia los aspectos lingüísticos, interaccionales y conversacionales de la práctica de la terapia, el foco principal sobre la forma en la que se construye el problema y su solución, es el lenguaje (De Shazer y Miller, 1998; De Shazer, 1999; De Shazer y Berg, 2001; De Shazer, 2005b; 2005 c; 2005 d). En su visión posestructural, De Shazer (1999), considera que en la terapia se cuentan historias sobre la narración de historias, como un

modo de dar nuevos relatos a fin de que la persona perturbada cambie su propia historia. En estas historias ya no hay cosas tales como tipos, categorías, causas, mecanismos, fuerzas, desplazamientos, represiones, homeostasis, redundancia, relaciones simétricas y asimétricas, causas circulares, mecanismos, clases y miembros, dobles vínculos ni resistencias. Estas historias ya no son solamente producto de un individuo perturbado o de una familia enloquecedora; sino son simultáneamente el producto del cliente, del terapeuta y de los observadores. Los problemas (y las soluciones) ya no proceden solamente de algo que ocurre en el interior de las personas perturbadas, y ni siquiera entre ellas. Tampoco de algo surgido del entorno, sino que más bien proceden de todo esto, de algo más recurrente como el lenguaje (De Shazer 1999).

Teniendo en cuenta que el sentido de una palabra con frecuencia o habitualmente difiere o demora “la comprensión” del problema o (la atribución de sentido) en un diálogo, también está sujeto a aplazamiento y demora, por lo tanto, dar sentido a algo es un proceso acumulativo antes que un acto específico limitado a un momento particular. Por consiguiente, en cualquier momento particular, es más probable que se dé el “malentendido” que la “comprensión”. Tales malentendidos constituyen la conversación y en realidad, la hacen posible. Es decir que para De Shazer (1999; De Shazer y Berg, 2001), sencillamente (radicalmente), si nos comprendiéramos unos a otros no tendríamos de que hablar. Y su posición la ejemplifica de la siguiente manera:

“Si una paciente dijera «estoy deprimida» nosotros comprenderíamos que quiso decir (es decir, la visión del sentido común) no habría razón para hacerle alguna pregunta, conoceríamos precisa y exactamente el pasado, el presente y el futuro de su condición; sin decir ni una sola palabra, podríamos hacerle una prescripción química o de conducta, la paciente diría gracias y esto sería todo. Afortunadamente hasta los emprendimientos más positivistas de nuestro campo (tales como el DSMIV) reconocen que las cosas no son tan netas. De modo que hacemos preguntas porque sabemos que no comprendemos lo que nuestro paciente quiere decir cuando dice que está deprimido”. (De Shazer 1999)

Ninguna de las palabras o conceptos que el cliente presenta en su descripción es simple y por lo tanto no comprendemos lo que dicen, y esto es lo que nos lleva a formular más preguntas, y por supuesto tampoco ninguna de nuestras palabras, ninguno de nuestros conceptos es simple, de ahí que el cliente nos haga preguntas porque tampoco nos comprende. Toda esa conversación está basada en la idea de que la comprensión es posible, aún cuando sabemos que puede ser imposible (De Shazer 1999, De Shazer y Berg, 2001)

De Shazer (De Shazer, y Berg 2001), retoma de Wittgenstein una explicación propia acerca de la manera en la que el lenguaje constituye la realidad. Básicamente, se entiende que al utilizar el concepto de los juegos de lenguaje, Wittgenstein trata de dejar claro que somos usuarios del lenguaje, que hablamos, oímos, escribimos y utilizamos toda variedad de expresiones y formas de lenguaje como parte propia del proceso humano de creación y afrontamiento de las realidades en que vivimos. Así, las personas en ocasiones construyen reglas, significados, expectativas y creencias a partir del juego de lenguaje de los “problemas” , lo que hacen posible ver, experimentar y participar en mundos sociales contruidos con diversos objetos, eventos y gente; que forma parte de este contexto “problemático” (De Shazer y Miller,1998).

Si en la terapia, el terapeuta permanece en el lenguaje centrado en los problemas, enfatiza las equivocaciones en la vida de las personas. Este juego de lenguaje frecuentemente supone una descripción del origen de nuestros problemas, como poderosas fuerzas que están más allá de nuestro control y a veces más allá de nuestro entendimiento. Quejarse de los problemas es una de las formas en las cuáles construimos y mantenemos relaciones sociales y frecuentemente esta actividad llena muchas horas de nuestras vidas. Pero esto también puede llevar a muchas dificultades y experiencias frustrantes. El terapeuta puede elegir centrarse en los problemas o

participar en un juego de lenguaje de soluciones. Sin embargo, si decide actuar desde la primera opción, corre el riesgo de co-crear una historia (la del cliente) difícil, organizada como un círculo en el cuál pueden subsistir víctimas (y victimarios) con pocas esperanzas de cambio (De Shazer y Miller, 1998)

Sin embargo, esto no quiere decir tampoco que toda conversación sobre el problema, sea un problema. El hablar acerca del problema puede ser ventajoso en cierto sentido; por ejemplo cuando el cliente nunca ha hablado con alguien sobre sus problemas, en la terapia entonces, estará haciendo algo *diferente* a lo habitual. O por ejemplo cuando el cliente está describiendo un problema, y se refiere a los intentos de solución que resultaron un fracaso, se pueden proponer otros distintos y se evitará que siga haciendo lo que no le funciona; por otro lado si "X" es visto como un problema, lo menos que se puede hacer es imaginar que es posible una situación en la que "no X" subsista o que "x" esté ausente²⁶ (De Shazer, 1993).

Cuando los clientes comienzan a hacer públicos sus significados, el desarrollo de la significación de las palabras es automáticamente interaccional, ya que en la situación terapéutica toda la comprensión que se desarrolla es el producto conjunto de la conversación entre el terapeuta y el cliente. Le corresponde al terapeuta co-crear una realidad con más oportunidades para el cambio. Al parecer no podemos resolver un problema con el mismo pensamiento que lo creó; es necesario un pensamiento y un discurso muy diferentes (De Shazer, 2001)

c) Premisas del autor orientadas al cambio.

En un primer momento, De Shazer (1989) describe su modo de pensar, conocer y decidir, desde un punto de vista que él mismo llama *epistemología ecosistémica*. En general, en ella se describe la imposibilidad de que el sistema terapéutico (que incluye al terapeuta y a los observadores detrás del espejo unidireccional) sea considerado como una entidad separada de la familia. Propone que la descripción de la terapia incluya al sistema del terapeuta (y del equipo terapéutico) y al sistema familiar, considerando examinar un nuevo "suprasistema"(De Shazer, 1989; 1995; 1997)

Para describir la manera en la que De Shazer pretendía promover el cambio, utilizó varias ideas de Bateson, y de entre ellas "la diferencia que establece una diferencia" como explicación de los cambios que ocurrirían en la terapia, y como una justificación de la existencia del equipo terapéutico y de las pausas para la consulta (De Shazer, 1986; 1989).

Esencialmente cuando Bateson afirma que la información es un mensaje sobre una diferencia, esta refiriéndose al uso de la "distinción", que posibilita la transformación ulterior y continúa de las diferencias. De esta forma Bateson afirma que "una idea se origina en dos descripciones del

²⁶ Un problema ha sido definido por Watzlawick como más de lo mismo. Por tanto, una distinción entre problema y solución parece una idea útil. Para hacerlo simple, si volteamos fuera de las palabras usadas para describir un "problema", automáticamente implica otras palabras que apuntan directamente a la forma en la que se empieza a construir una solución. Para ser simples: este "vuelco" fuera de las palabras usadas para describir los problemas, automáticamente implica otras palabras que apuntan directamente a la construcción de soluciones. Los "no-hechos" no han sido hablados como parte del problema son las palabras usadas para hablar acerca de las soluciones. Así el problema que aparece como "involuntario", se podría convertir en "voluntario" mediante (por ejemplo) la prescripción del síntoma. En otro sentido el síntoma puede aparecer como "impredecible", por lo que se le pediría al cliente realizar la tarea de predecir si aparecerá o no. Se ha encontrado que al aplicar esta tarea, las excepciones se incrementan de manera significativa. Significados opuestos como predecible/ impredecible o voluntario/ involuntario, son exactamente el tipo de diferencia que el terapeuta y el cliente conceden para realizar una diferencia (De Shazer, 1993)

mismo proceso o secuencia que son codificadas o reunidas en forma diferente"(De Shazer 1989). Precisamente De Shazer sostiene que el proceso del cambio se inicia con una "idea" o una "noticia de la diferencia" que es el resultado de la modificación de la percepción que la familia tiene ante su propia situación, lo que a su vez dará lugar a nuevos comportamientos y experiencias subjetivas diferentes a las anteriores (De Shazer 1989).

Para ampliar su postura con respecto al cambio, De Shazer (1989), explica que entre el sistema terapéutico y el sistema familiar, en la pauta de intervenciones terapéuticas, en la pauta del motivo de la consulta y en la interacción entre estas dos pautas, debe haber "algo" que promueva el cambio. Para profundizar más acerca de ese "algo", De Shazer recurre a la utilización de dos conceptos: *isomorfismo* y *cooperancia*.

Suponiendo que el motivo de la consulta se designara como pauta A y la intervención terapéutica como pauta B, al interactuar, lo que recibirá el equipo terapéutico no es una descripción de A, sino su propia descripción mezclada con la de A, y de la misma manera la familia no recibirá la descripción de B, sino una mezcla entre A y B. De esta forma la diferencia entre "la mezcla de A y B"(descripción de la familia) y "la mezcla de B y A" (descripción del sistema terapéutico) resulta decisiva para lo que De Shazer llama "Teoría binocular del cambio". Si se pretende que se produzca un cambio en estas pautas emergentes es necesario que la pauta B este íntimamente vinculada con la pauta A, de modo tal que la intervención terapéutica sirva para reencuadrar (modificar la percepción de la familia ante el problema) la pauta A. El concepto de *isomorfismo*, sugiere que si la descripción del equipo terapéutico y su pauta de intervención B es más semejante a una pauta A1 (versión reencuadrada de la misma pauta A) la familia percibirá en el híbrido formado por A y A1 un significado que probablemente promueva el cambio. En tal caso, los "datos" de la situación siguen siendo los mismos, pero cambia el contexto en el que se sitúan, siendo por tanto aceptable para la familia la pauta B porque la intervención toca un terreno que le es conocido. De hecho la "teoría binocular del cambio" tiene la intención de enfatizar en la metáfora visual, en la que los dos ojos están viendo las mismas cosas desde ángulos diferentes, y que entre la visión del ojo derecho y la del izquierdo, hay una homologación "isomorfa"; esto es, el cerebro recibe dos mensajes diferentes, que se relacionan (noticia de la diferencia) y entre los que da como resultado un significado nuevo: el de "profundidad" -y en el caso de la familia, el cambio- (De Shazer, 1986; 1989; 1995).

Por otro lado De Shazer (1989), utilizó el concepto de *cooperancia* para referirse a la posición del terapeuta al considerar que cada familia tiene un modo singular de participar o intentar promover el cambio. La tarea entonces del terapeuta es describir para sí esa modalidad particular, y luego cooperar con ella promoviendo el cambio. Así, la idea de que las familias son resistentes al cambio, ya no se usa más. De Shazer se da cuenta de que es más útil y más adecuada la idea de cooperancia para estructurar su epistemología ecosistémica ya que es congruente con la idea de Erickson de utilizar lo que el cliente trae consigo con el fin de promover el cambio.

Para De Shazer, hablar de cambio terapéutico es hablar de un proceso de iniciación y promoción de conductas y/o percepciones observados nuevos y diferentes, dentro del contexto del problema que se presenta (y las pautas que lo rodean) y/o la solución de ese problema, teniendo en mente que las pautas que rodean al problema y el problema mismo no son dos cosas separadas, sino aspectos relacionados recurrentemente de la misma "cosa"(De Shazer 1995). Esto quiere decir que el cambio terapéutico es un proceso interaccional que envuelve al cliente y al terapeuta.

La terapia está destinada a modificar en forma gradual las definiciones que componen el encuadre de una familia. Este proceso de cambio del encuadre se denomina *reencuadre* y significa cambiar el marco o punto de vista conceptual y/o emocional desde el cuál se experimenta una situación ubicándola dentro de otro encuadre que se amolde igual o mejor a los "hechos" de la misma situación concreta, con lo cuál se modifica totalmente su significado. Aunque los "hechos" que

componen la situación no varían, el terapeuta describe desde un ángulo distinto el contexto en el que se encuentran en términos positivos. Los efectos del reencuadre se corroboran por la aparición de un nuevo conjunto de creencias, o percepciones así como de modificaciones de conducta que pueden considerarse una consecuencia lógica de esa variación. Muy a menudo los nuevos encuadres de la familia son una combinación del encuadre antiguo y de lo que les ha sugerido el terapeuta. Una vez que se ven “las cosas de otro modo”, también pueden conducirse de otro modo. Vale decir, el reencuadre, apunta directamente a los significados o aspectos cognitivos del sistema familiar, allanando el camino para el cambio de conducta. De la misma manera, las tareas o prescripciones apuntan directamente a la parte conductual del sistema, facilitando el camino para el cambio en los aspectos cognitivos. Sólo es necesario sugerir el encuadre o los encuadres nuevos; la conducta nueva basada en cualquier encuadre nuevo, puede promover la resolución del problema por parte del cliente. (De Shazer, 1989; 1995)

Los individuos traen con ellos atributos únicos, recursos, creencias, valores, experiencias, y algunas dificultades; estas particularidades no hay que perderlas de vista (De Shazer, 1986). La gente viene a terapia queriendo cambiar su situación, pero lo que sea que ellos han intentado hacer para cambiar, no ha funcionado, por lo que han desarrollado patrones habituales desafortunados. Pero de acuerdo a Erickson (en De Shazer, 1986; 1989; 1995; 1997) los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus propias quejas; ellos continuamente aprenden y desarrollan diferentes maneras de interactuar con los otros, y por tanto la relación terapeuta y cliente, será más fructífera si es cooperativa. Los clientes realmente quieren cambiar.

El terapeuta procura, desde esta orientación sólo un pequeño cambio, así como una meta pequeña y razonable. La razón es que se considera que el cambio en una parte del sistema, conduce a cambios en el sistema total. El número de personas quienes están construyendo el problema no importa y la gente que está involucrada en la queja no necesariamente tiene que acudir a terapia. No importa que tan compleja sea la situación, un cambio pequeño en algún comportamiento de una persona puede conducir a diferencias profundas y alcanzables en el comportamiento de todas las personas involucradas. La experiencia clínica y de investigación, parecen confirmar esta noción (De Shazer, 1986; 1989; 1995).

Por otra parte, la terapia efectiva puede realizarse aún cuando el terapeuta no pueda describir de qué se lamenta el cliente. Básicamente todo lo que el terapeuta y cliente necesitan saber es: *¿cómo sabrán ellos que el problema ha sido resuelto?* Este enfoque busca establecer objetivos claros y alcanzables. Generalmente se habla sobre aquello a lo que parecería la visión de la realidad del cliente si no mediara la queja particular que presenta. Una vez que se ha establecido una meta específica en una situación confusa, se crean condiciones para que en un lapso corto se desarrollen soluciones “espontáneamente”. Al principio esto parece ser intuitivo, pero cualquier diferencia en el comportamiento de la situación problemática puede ser suficiente para inducir a la solución y dar al cliente la satisfacción de lo que busca en terapia. Todo lo que se necesita es que la persona involucrada en la situación problemática haga algo diferente, aun cuando el comportamiento parezca irracional, irrelevante, extraordinario o aún humorístico (De Shazer, 1986; 1995; 1997).

Una manera de que el cliente haga “algo diferente” en la terapia, es hablar acerca de excepciones; es decir, hablar acerca de aquello que sucede cuando no existe el problema. Desde el principio del trabajo del CTFB, se han utilizado las excepciones como parte del proceso para llegar a las soluciones. En ocasiones se describen estas excepciones como espontáneas y otras veces como deliberadas. En ambos casos las descripciones incluyen una diferencia que todavía no adquiere un significado para ellos. Sin embargo, esto resulta razonable cuando se considera que los cambios y las transformaciones son constantes. Esta idea impulsa la búsqueda de excepciones que pudieran convertirse en diferencias significativas en la terapia (De Shazer, 1997). En términos batesonianos,

las excepciones al menos implícitamente ofrecen al cliente informaciones de diferencia entre lo que funciona y lo que no funciona (De Shazer, 1986). Nada ocurre *siempre*; nada es *siempre* lo mismo; pues el cambio es inevitable²⁷. En muchos sentidos, las excepciones a la regla se asemejan considerablemente a los éxitos del pasado, salvo por el hecho de que los clientes consideran que estos son hechos totalmente exteriores al motivo de la queja y no soluciones potenciales (De Shazer, 1995).

Esta búsqueda de soluciones, incluso puede llevar al terapeuta a explorar posibilidades en el futuro. De acuerdo a De Shazer (1997), Es muy útil desarrollar una visión de un futuro más satisfactorio, y posible ya que los clientes frecuentemente generan modos espontáneos de resolver el problema, en cuanto se logran crear expectativas de cambio y solución. Estas expectativas puede ayudar al cliente a pensar y comportarse de modo tal que alcance a cumplirla. La expectativa de que una pauta repetitiva se repita, contribuye a desarrollar expectativas de repeticiones continuadas. El cambio se producirá cuando las condiciones se modifiquen de algún modo, pero el proceso en sí genera conductas de mantenimiento de la expectativa, entonces parece claro pensar que la conducta cambiará cuando las expectativas cambien. Cuando se define una meta, comienza a desarrollarse la expectativa de un futuro diferente, más satisfactorio, y los cambios presentes en la conducta se convierten en algo más posible. El futuro cobra relieve con respecto al presente, y de tal modo la meta y las consecuencias de su logro pueden “determinar” o dar forma a lo que suceda a continuación²⁸ (De Shazer, 1995).

Adicionalmente, el papel del terapeuta es formar parte de la construcción de nuevos y benéficos significados para al menos algún aspecto de la vida de los clientes, esto es; que una persona tenga o no un problema, depende de quien arbitrariamente etiqueta a cierto comportamiento como *problema*, puesto que en algunos otros casos o con un diferente significado adjunto, el mismo comportamiento podría ser <apropiado> y <normal>. Es decir cualquier comportamiento puede ser visto desde diversos puntos de vista, y el significado del comportamiento depende de la construcción o interpretación del observador (De Shazer, 1995; 1997).

Posteriormente, desde su postura posestructural De Shazer (1993; 1999; De Shazer y Berg, 2001), sugiere que es necesario observar el modo en el que se ha ordenado el mundo a partir del lenguaje y más que observar por debajo y por detrás del lenguaje que utilizan los clientes y los terapeutas, tener conciencia de que el lenguaje que ellos emplean es todo lo que se tiene para avanzar²⁹.

A partir de esta idea De Shazer (1999), considera que ni el cliente, ni el terapeuta, pueden estar seguros de que son capaces de comprender con alguna certeza lo que el otro realmente quiere decir, puesto que cada uno lleva al encuentro toda la carga de su experiencia previa, única. Pero se llega a la significación, a través de la negociación dentro de un contexto específico; es decir, los mensajes no se envían, sino que sólo se reciben; esto es, así tanto en el caso del autor como en el caso del lector y, por consiguiente el autor es sólo uno de los muchos lectores. Así, el cambio

²⁷ En el contexto de la terapia breve se necesita crear la expectativa de cambio, de modo que el terapeuta no se pregunta “¿si el cambio ocurriera...?” sino “¿Cuándo ocurrirá? “Cuando” se refiere al momento del hecho y no es en absoluto condicional ¿Quién cambiará primero? ¿Qué creen que pasará cuando ustedes dos dejen de pelearse? Tanto los clientes como el terapeuta comienzan a creer que lo que está planteado es solamente “cuando se producirá el cambio” (De Shazer, 1995; 2001).

²⁸ Las intervenciones, en este caso siguen una regla muy simple: Una vez que sabe qué es lo que funciona, haga más de eso (De Shazer, 1997).

²⁹ Todo proyecto estructural se desploma cuando alguien propone la pregunta wittgensteiniana ¿pero que sucede si no hay nada detrás y debajo? ¿Qué sucede si solo tenemos lo que tenemos y no existe nada más? Una vez que hemos simplificado y abandonado la teoría (la estructural o cualquier otra gran teoría) nos vemos obligados a aceptar que lo que tenemos, aunque contradictorio y críptico, es todo lo que se puede tener. Todo está ahí, en la superficie, donde siempre estuvo (De Shazer, 1999; De Shazer y Berg, 2001).

ocurre dentro del lenguaje; esto es, aquello sobre lo que hablamos y cómo lo decimos marcan una diferencia y son esas diferencias las que pueden utilizarse para provocar el cambio a favor del cliente (De Shazer; 1993; 1999; De Shazer y Berg, 2001).

La intención del terapeuta, desde este enfoque postmoderno es ejercer muy poco control (o ninguno) sobre las respuestas del cliente. La respuesta del *lector* no está determinada por la intención del *autor*³⁰ y la respuesta del cliente no está determinada por la pregunta del terapeuta. Por un lado las preguntas abren posibilidades para diversos tipos de respuestas mientras que por otro lado, simultáneamente restringen y limitan las posibles respuestas. Evidentemente esto no significa que dos personas que mantengan una conversación ejerzan la misma influencia sobre las significaciones o las comprensiones que se desarrollen. La experiencia de cada persona, sus ideas y pensamientos, el contexto en el que se encuentren, entre otros tantos elementos en los que se desarrolla la conversación, provocan de forma conjunta un impacto en los resultados de la negociación del significado, por ejemplo de la solución, que el terapeuta y el cliente buscan (De Shazer 1999).

La perspectiva de Bajtin (1981; en De Shazer 1999), propone que las relaciones entre el terapeuta y el cliente continúan alternándose en el proceso mismo de la conversación, sin que exija una significación preestablecida que se transfiera o se entregue del uno al otro; antes bien, la significación se estará desarrollando o adquirirá forma en el proceso de interacción. Esto quiere decir que un mensaje no se transmitirá de una persona a otra, sino que será algo que se construya en el proceso de la interacción entre los dos; Bajtín lo llama un “puente ideológico”.

Así pues una solución es un producto conjunto del terapeuta y del paciente hablando entre sí sobre lo que no es el problema, sobre aquello de lo que no se queja el paciente. Hablar de aquello sobre lo que el cliente no se lamenta (tampoco esto es algo simple), parece valioso y útil para la mayor parte de los clientes. Mientras continúan hablando sobre el no- problema/ la no- queja, están haciendo algo diferente de lo que están habituados a hacer, de aquello que ya se demostró ser inútil. Cuanto más habla el paciente sobre las “excepciones” y sobre los “milagros”, todo eso se vuelve más “real”³¹. Hablar con el paciente sobre que no es el problema/ motivo de consulta, es una de las maneras de emplear creativamente los malos entendidos. Concentrarse en ello permite al terapeuta y al paciente construir juntos una solución, o al menos empezar a construirla basada en las experiencias del paciente que están fuera de la zona problemática (De Shazer, 1993; 1999; De Shazer y Berg, 2001). En palabras de Wittgenstein, es participar en un *juego de lenguaje de soluciones*³².

³⁰ De Shazer (1999), establece el contraste entre una *lectura concentrada en el autor* y la *lectura concentrada en el texto*, (utilizando como recurso esta metáfora literaria); en el primer caso, esta expresión es utilizada para describir la lectura de un texto desde afuera de las preocupaciones del texto mismo, en la que frecuentemente se utiliza una lógica que no forma parte del texto considerado, y aunque esta es una actividad perfectamente útil, largamente aceptada y muy respetada, De Shazer, prefiere desarrollar una terapia propuesta desde una lectura concentrada en el texto, es decir, empleando la lógica y el lenguaje propios del paciente (en lugar de utilizar el del terapeuta), para marcar cualquier diferencia que posibilite nuevos significados, sentimientos, conductas, etc.

³¹ Puesto que desde éste punto de vista, las significaciones de las palabras/conceptos son flexibles, variables y a veces hasta irresolubles, a menudo las críticas llegan a la conclusión de que lo que se está afirmando es que “todo vale”, es decir, absurdamente, “depresión” podría significar “árbol”. Sin embargo, la lógica, la gramática, la retórica (en un sentido clásico), el uso, el contexto, y lo que es muy importante, lo contrario del concepto (la no- depresión) limita la gama de las significaciones potenciales. En este caso por ejemplo, lo que la depresión no es (aquello a lo que se le ha llamado excepciones), delimita convenientemente las significaciones posibles del término (Wittgenstein, 1933; en De Shazer, 1999).

³² Una de las contribuciones más grandes de Wittgenstein, fue llamar la atención hacia la manera en que el lenguaje impregna nuestra vida diaria, recordándonos así que debemos prestar atención a este aspecto inadvertido de la sociedad. Una oración no tiene sentido estando aislada; comprender una oración es comprender una lengua o el contexto en el cuál se da esa oración: un “juego de lenguaje”. Los juegos de lenguaje consisten en formas típicas en las cuales usamos el lenguaje para construir significados y construir relaciones sociales. Quizás porque

A este respecto, Wittgenstein elabora sus conceptos de juegos de lenguaje y formas de vida describiéndolas como formas de caminar en el mundo, pues nos posibilitan para ver, experimentar y participar en mundos sociales contruidos con diversos objetos, eventos y personas. Los juegos de lenguaje, están asociados con formas de vida (roles sociales concretos y relaciones dentro de las cuales dirigimos nuestras vidas). Cada una de estas formas de vida, están vinculadas a un escenario de juegos de lenguaje observables, de acciones que los definen como una actividad distinta. Son formas diferentes de existir en el mundo, pues moldean la manera en la que orientamos y categorizamos nuestras circunstancias de vida. Esto nos alienta a poner atención a algunos aspectos de nuestra vida y a desatender o ignorar otros aspectos. La Terapia Centrada en Soluciones se desarrolla sobre este hecho Wittgensteiniano de vida (De Shazer y Miller, 1998).

Los *juegos de lenguaje* de soluciones, se centran en encontrar maneras de dirigirse a remediar los problemas de uno y enfatizar la identificación de recursos que utilizamos o podemos utilizar para cambiar nuestras vidas. Una forma de “jugar” este juego de lenguaje es, considerar al cambio como una lucha para ganar el control sobre nuestros problemas. Pero esto puede ser jugado en muchas otras formas; incluso considerando a los problemas y su origen como irrelevantes en el proceso de cambio. El interés está en abrir nuevas posibilidades interpretativas para los *lectores* y evitar el cierre de otras posibilidades. Este es un juego de lenguaje diseñado para perturbar otros juegos de lenguaje y sus formas de vida, particularmente a aquellos que consideran a los significados como estables y auto evidentes. (De Shazer y Miller; 1998).

La Terapia Centrada en Soluciones, impulsa a sus clientes a reinterpretar sus opciones en la vida y a hablar de ellos mismos dentro de las soluciones para cambiar la manera en que se interpreta y describe la vida. Si el significado es cambiante, y se basa en nuestro uso del lenguaje ¿Por qué no jugar con él, para producir significados nuevos y más deseables?(De Shazer y Miller, 1998)

d) Propuesta de trabajo terapéutico.

En su forma inicial de terapia De Shazer (1986), intenta delimitar su propio trabajo teórica y clínicamente. El interés principal es encontrar “llaves maestras” en las intervenciones, para promover más rápidamente los cambios, sin necesidad de profundizar sobre las quejas y procurar una terapia más breve. La idea acerca de cómo realizar la terapia, está guiada por algunos lineamientos, producto de las primeras investigaciones al respecto; por ejemplo, se estableció que la gente generalmente sólo permanece (con independencia del enfoque utilizado por el terapeuta) alrededor de 10 sesiones. El grupo de Milwaukee, de acuerdo a sus resultados, necesita en promedio 6 sesiones (cada sesión con una duración aproximada de una hora) para dar por finalizada la terapia (De Shazer, 1986; 1995). En las sesiones generalmente se incluyen, además del terapeuta, un equipo que trabaja detrás de una pantalla unidireccional, aportando ideas, descripciones o significados y comunicándolos al terapeuta por medio de un interfon. El equipo terapéutico cuenta además con un equipo de video grabación para filmar la terapia y revisarla posteriormente si hubiera necesidad (De Shazer, 1986; 1989). El equipo del CFTB, se caracterizaba por la sistematización en la manera de hacer terapia, de tal manera que pueden identificarse etapas concretas en el proceso terapéutico:

1. *Planificación previa a la sesión.* En un primer momento, antes de la primera sesión el equipo frecuentemente comparaba los datos que conoce con casos similares a los que presenta la familia, tal como la describió el miembro que solicitó la consulta por teléfono. Se examinan estos casos, en especial los éxitos pasados (De Shazer, 1986). Posteriormente, de Shazer

esto sea tan ordinario, frecuentemente tratemos a los juegos de lenguaje como triviales (De Shazer y Miller, 1998; De Shazer, 1999)

(1989), considera que para minimizar las preconcepciones, el terapeuta debe conocer información limitada acerca del cliente, exceptuando en situaciones donde puede ser mejor considerar el origen de remisión. Incluso últimamente, De Shazer (1999), ha hecho a un lado el conjunto de supuestos antes de iniciar la terapia, puesto que *contaminan* la interpretación de lo que el cliente quiere decir. El terapeuta, permanece abierto a las posibilidades y dispuesto a escuchar, la realidad del cliente.

2. *El preludio*. Las preguntas giran en relación a lugar de residencia, vecindario, costumbres, religión, trabajo, escuela etc., con una duración aproximada de diez minutos, generalmente se tratan cuestiones diferentes al motivo de consulta. También se le informa acerca del modo de trabajar, y se le pide autorización para video grabarlo (De Shazer, 1989).
3. *Exposición del trastorno (De Shazer, 1986) / Recolección de datos (De Shazer, 1989) / Planteamiento de la queja (De Shazer, 1997)*. Parte de la sesión, con duración de treinta a treinta y cinco minutos (De Shazer, 1986; 1989). Después de recabar información acerca de los datos generales. Se comienza por establecer el estado de la queja como: ¿En qué podemos ayudarles?, ¿qué les trajo aquí? El terapeuta entonces intenta dirigir la conversación hacia detalles lo más concretamente posible, pudiendo ser alguna de las siguientes preguntas: ¿qué es lo que exactamente sucede?, ¿quién está involucrado en la queja?, ¿cómo es que la queja difiere dependiendo de quién esté involucrado en un punto particular? y ¿con qué frecuencia la queja sucede? Además, se incluye en la conversación los intentos de solución ineficaces, entre otras cosas con el fin de que la familia (o la pareja) comience a hablar entre si de lo que le preocupa (De Shazer, 1989). El tiempo que se le dedica en sesión para hablar acerca de los problemas, cada vez ha sido menor, especialmente desde que el equipo del CTFB, considera que las soluciones poco tienen que ver con la construcción de una queja (De Shazer, 1999; De Shazer y Berg, 2001). El procedimiento que generalmente se utiliza para pasar de la descripción de la queja hacia las metas, excepciones, soluciones, es la Pregunta por el Milagro (De Shazer, 1995; 1997; 1999).
4. *Excepciones*.³³ Esta fase de entrevista se diseña para averiguar qué sucede cuando la queja no está y cómo la familia hace que esto suceda, ¿qué sucede cuando las peleas de la pareja no llegan a ser violentas?, ¿qué sucede cuando la cama de su hijo está seca?, ¿qué sucede cuándo su hija hace lo que ella dice?, ¿qué sucede cuando la mamá está y no el padre?, ¿qué sucede cuando ellos se comunican? Tanto el terapeuta como el cliente necesitan saber que es lo que éste último hace que funciona, o es efectivo. El terapeuta considera importante que la conversación sea retrotraída hasta el momento en el que el problema no se presente; incluso en el caso de que las personas no puedan recordar éxitos pasados, estas excepciones pueden encontrarse utilizando el futuro como un espacio en el que se pueden crear posibilidades infinitas (De Shazer, 1995; 1997). No sólo esta discusión conduce a algunos modelos de intervención y solución, sino que conduce al cliente a saber que el terapeuta cree que ellos pueden hacer cosas que sean buenas para ellos. Por ejemplo, muchas veces la gente se percata que entre el tiempo que hicieron la cita para la terapia y la primera sesión, las cosas parecen ser diferentes. ¿qué has notado acerca de tu situación?, ¿estos cambios relatan la razón por la que tú viniste aquí?, ¿estos son las clase de cambios que tú quieres que sigan sucediendo? Esta fase naturalmente conduce a una meta porque el cliente quiere que suceda más la situación de cuando la queja no está. El simple hecho de que la queja suceda y a veces no, ayuda a crear en el cliente la expectación de un futuro sin la queja (De Shazer, 1995).

³³ Al principio, esta etapa de la terapia, se llevaba a cabo a partir de la segunda sesión, sin embargo paulatinamente el tiempo dedicado a hablar de la queja, ha disminuido, y en su lugar, se han podido construir soluciones y excepciones desde la primera sesión (De Shazer, 1997; De Shazer y Berg, 2001)

5. *Fijación de una meta.* El terapeuta debe contribuir al establecimiento de una meta para ayudar a focalizar las tareas. El establecimiento de un objetivo por parte de ambos (terapeuta y cliente) proporciona una manera de medir la utilidad de la terapia para el cliente y ayuda a construir la expectativa del tipo de cambio que va a suceder. Es importante saber cómo ellos sabrán cuando el problema se resuelva y la terapia puede terminar. Las metas concretas son una parte importante del proceso terapéutico sobre todo para la primera sesión y necesarias para los resultados y el posterior seguimiento (De Shazer, 1989). El terapeuta procurará que las descripciones hacia una meta sean lo más conductual y concretamente posible, así como definiciones de las señales del progreso. Si la familia está confundida en torno a las metas, el terapeuta tratará de esclarecerla (De Shazer, 1986). Mientras se hable acerca de futuros y soluciones alternativas, más fuertes serán las expectativas del cliente al cambio. La intención es centrar la conversación a lo largo de la sesión en la ausencia de la queja. (De Shazer, 1986; 1989; 1997).

El terapeuta pregunta (antes de hacer la pausa): ¿Hay algo más que cree que yo debería saber, antes de tomarme unos minutos para reflexionar? ¿Algo más que se le ocurra y que sería importante que yo supiera? Esta última pregunta es frecuentemente útil porque 1) un “no” le pone un punto final a la conversación, determina un momento para detenerse, y 2) porque si el cliente quiere decir algo que todavía no hubiera dicho, pero cree que es importante, puede servir para completar las sesiones, y conocer las inquietudes y posibles cuestiones pendientes de las que el cliente quiere hablar (De Shazer, 1999).

6. *Pausa para la consulta para el diseño de la intervención.* Después de 30 ó 40 minutos, el terapeuta hace una pausa (de aproximadamente 10 minutos) para consultar con el equipo o cuando trabaja solo, para reflexionar acerca de algunas ideas y diseñar la tarea que se le entregará al cliente. El equipo terapéutico, participa activamente de las sesiones, por ejemplo, identificando la secuencia de la queja, los encuadres involucrados y los posibles reencuadres útiles a los clientes (De Shazer, 1989; 1995). Esta fase tiene como objetivo concreto el construir el elogio y el indicio (De Shazer, 1986; 1989; 1995; 1997):

a) *El elogio.* Los elogios no necesariamente están relacionados con la queja, sino que están basados en lo que el cliente ya está haciendo que es útil, eficaz, divertido o bueno. También pueden remarcar la dificultad de que los clientes por haber hecho algún logro y de valorar su progreso, sin tener en cuenta el contenido y el contexto específico. Los elogios se diseñan para ayudar al cliente a ver a través de su marco, que existen maneras más flexibles de afrontar los hechos, por consiguiente se empieza el desarrollo de una solución. La meta es ayudar a los clientes a verse a sí mismos como personas normales con dificultades normales. También ayuda a aumentar la cooperación de la familia para realizar las tareas. Generalmente en la primera sesión los cumplidos son los más generales y a medida que avanza la terapia se vuelven más concretos³⁴.

b) *El indicio.* La idea del indicio, se refiere al diseño de sugerencias terapéuticas, tareas o directivas acerca de otra clase de cosas que los clientes hagan, que pueden ser buenas para ellos y conducirlos en la dirección de la solución. La tarea tiene dos objetivos: el cambio y promover la cooperación entre el cliente o la familia y el terapeuta. El indicio, se puede asociar con un modo de resolver el problema; probabilidad que aumenta si tal intervención es isomorfa (es decir, que esté de acuerdo a las ideas, expectativas y descripciones de los clientes). Además, cuanto mayor sea la claridad de la secuencia conductual, más fácil será diseñar una tarea (De Shazer, 1986; 1989)

³⁴ En este primer momento ya se puede observar un elemento de *soluciones*, como lo es el elogio. Que permanecerá en las fases distintivas en la propuesta de De Shazer.

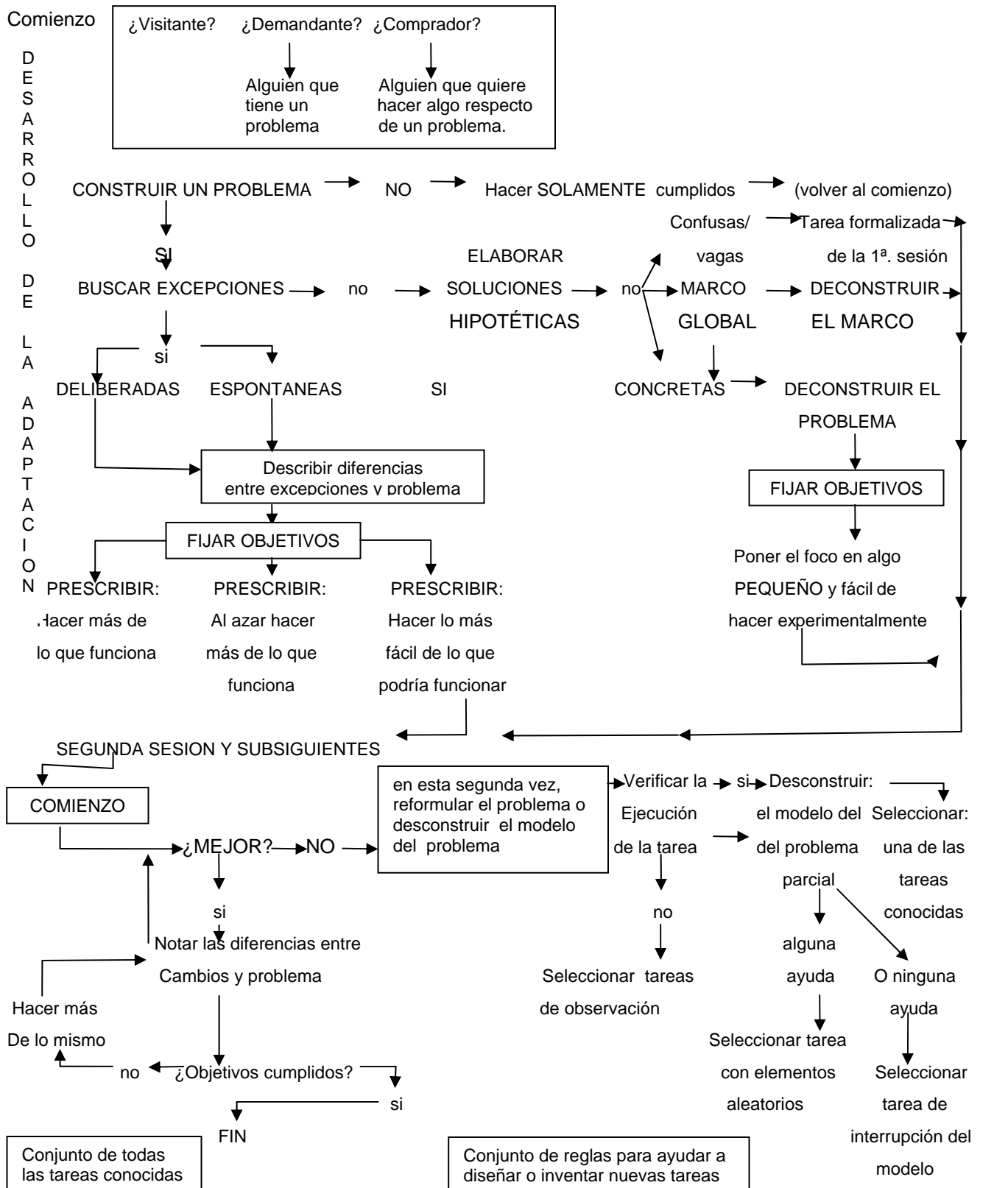
7. *Transmisión del mensaje.* Una vez de que el terapeuta obtenga las intervenciones o tareas adecuadas por parte del equipo terapéutico (alrededor de diez minutos), éste regresa a la sesión con el cliente y trasmite el elogio³⁵. Una vez que la familia lo ha aceptado, continuará con el indicio, después del cual se le dará a la familia tiempo para aclarar las sugerencias. En esta parte se limitará cualquier posible discusión (nuevas informaciones pueden interferir en el proceso) para que la familia tienda a asociar y se le impulse a la ejecución de tareas (De Shazer, 1986).
8. *Estudio posterior.* Una vez terminada la sesión, el equipo se reúne para evaluar las respuestas al mensaje y predecir las probables actitudes de la tarea en la próxima sesión (De Shazer, 1986).
9. *Subsiguientes sesiones.* La diferencia más evidente de lo que sucede entre la primera sesión y las subsiguientes es que ya se habló de la queja en la primera sesión. Primeramente el terapeuta tiene que centrar su conversación en: ¿qué pasó, que quiera que continúe sucediendo?, esta pregunta puede ser hecha de otras maneras: así es que, ¿cuáles días fueron mejor? ó ¿qué estas haciendo en este tiempo que es bueno para ti? El terapeuta necesita detectar lo que tiene valor para continuar comentándolo. Cada asunto o hecho mencionado, el terapeuta preguntará si es nuevo o diferente. Si algo no es nuevo y es una excepción infrecuente, el terapeuta se puede preguntar: ¿es algo que al cliente le gustaría que sucediera más a menudo? Es útil también preguntar: *estas cosas han sucedido ¿cómo conseguiste que sucedieran?*, y *¿qué decidiste hacer cuando eso sucedió?* Si el cliente reporta que las cosas son mejores (la intervención previa es adecuada y condujo a la solución), el terapeuta cambia la conversación a preguntas acerca: *¿qué necesitas hacer para que estas cosas continúen sucediendo?* Esto es, la meta de la terapia entonces es ayudar al cliente a continuar con los cambios que suceden entre la primera y segunda sesión. Si el cliente reporta que las cosas no son mejores puede ser que la intervención previa no se ajustó y no conduce a la solución o que ellos tienen que permanecer sin cambios; no obstante se continua indagando acerca de las excepciones y diferencias. El terapeuta toma una pausa después de 40 minutos para diseñar un mensaje que incluya elogios basados en cualquiera de los cambios, de cualquier cosa que el cliente haga que funciona y la intención de las tareas es ayudar al cliente ampliar el cambio. Si las cosas se han reportado como mejor en la vida de los clientes, los intervalos entre sesiones se alargan; la segunda sesión es usualmente una semana más tarde que la primera, la tercera es dos semanas después de la segunda, la cuarta es de tres semanas a un mes después de la tercera. Se acostumbran estos intervalos para enviar el mensaje implícito: *desde que las cosas están mejor no necesitas venir a terapia tan seguido.* Cuando el terapeuta y el equipo piensan que las cosas pueden ir lo suficientemente mejor, al cliente se le pregunta si hay la necesidad de otra sesión, y acerca de un posible intervalo, aunque el terapeuta puede pedir una sesión de seguimiento en seis semanas (De Shazer, 1986; 1989; 1997). De Shazer (1997), concreta la propuesta de su trabajo terapéutico en lo que llama EL MAPA CENTRAL, (Ver fig 1.)

Desde su perspectiva posestructural, De Shazer (1999) subraya que ha cambiado el foco de atención en algunos aspectos de la terapia. Sin embargo el proceso terapéutico básicamente sigue siendo el mismo. La diferencia radica en que el proceso terapéutico luce más flexible, en términos en que en sus más recientes publicaciones pretende dar mayor prioridad a lo que el cliente trae³⁶:

³⁵ Si la familia no da muestras de aceptar el elogio, señal probable de que no fue lo bastante isomorfo, el equipo podrá telefonar y sugerirle que no trasmite el indicio (por la improbable cooperación resultante). En este caso el terapeuta puede añadir algunos puntos al elogio, basándose en las descripciones circulares de la familia.

³⁶ Para De Shazer (1999), las preguntas muy buenas, solo pueden saberse si al cliente le es útil, sólo después de que se han hecho.

EL MAPA CENTRAL (Figura 1.)



BFTC.,1987

(De Shazer, 1997)

©Steve de Shazer,

“Cada entrevista se construye sobre la base de tres preocupaciones principales: 1) ¿Qué pueden contarnos los pacientes (que podemos saber) sobre lo que ellos (y nosotros) consideraremos útil para construir una solución? 2) ¿Qué pueden esperar razonablemente lograr los clientes (y los terapeutas) y 3) Tanto para los pacientes, como para los terapeutas ¿Qué deberíamos hacer?” (De Shazer, 1999, p.146)

De manera general se puede observar que el equipo de Milwaukee (De Shazer, 1999), actualmente utiliza:

- Introducción del equipo y procedimientos
- Estado de la queja y la construcción de Soluciones
- Construcción de Excepciones.
- Construcción de objetivos.
- Soluciones
- Pausa para consulta
- Entrega del mensaje.

De la misma manera, el propósito de la segunda entrevista, actualmente contempla:

- Construir alguna mejora lograda del intervalo transcurrido.
- Verificar que lo que ambos han hecho, terapeuta y cliente hicieron en la sesión anterior, es decir, resultaron útiles y les permitió percibir que las cosas mejoraron.
- Establecer si los logros hicieron percibir que las cosas marchan lo suficientemente bien, de tal modo que permitan si es necesario continuar o no con la terapia.
- Cuando no se describe ninguna mejora, evitar lo que no surte efecto y hacer algo diferente.

e) Posibilidades de acción terapéutica.

Las tareas o intervenciones.

De Shazer (1989) supone que las intervenciones y el cambio están interconectados de algún modo. Numerosos modelos de terapia familiar y de terapia breve incluyen el uso de tareas, directivas o consignas como parte de su método de intervención, es así que a lo largo del desarrollo de la TCS se ha hecho costumbre dar instrucciones a los clientes para que hagan algo fuera del espacio terapéutico. Estas actividades o tareas, suelen ser una forma de intervención que cumplen diversas finalidades; pero el objetivo fundamental es conseguir que las personas se conduzcan de manera distinta. La idea, en un primer momento es el de llevar a cabo la entrevista terapéutica para saber que tipo de tareas específicas se le pueden proporcionar al cliente. En este sentido, el equipo que está detrás del espejo cumple la función de observar el entorno familiar y de acuerdo con ello confeccionar una tarea que se ajuste a sus circunstancias. Para ello únicamente los terapeutas tienen que saber lo que *no deben hacer*, y lo que los clientes han estado haciendo es por lo general la ilustración más clara de lo que *no hay que hacer* (De Shazer, 1989).

De Shazer (1995), ha observado que la familia acepta la tarea, para luego encontrarse con que los comportamientos optativos que ella provoca son preferibles a los antiguos, pero la familia funciona mejor si puede elegir dentro de una gama más amplia de conductas aunque los miembros de la familia modifiquen la tarea, la contradigan o la eviten. Si la familia no cumple con la tarea no significa que está evidenciando resistencia al cambio, ya que puede considerarse que esto es más bien una falla resultado de la interacción y la comunicación entre terapeuta y pacientes.

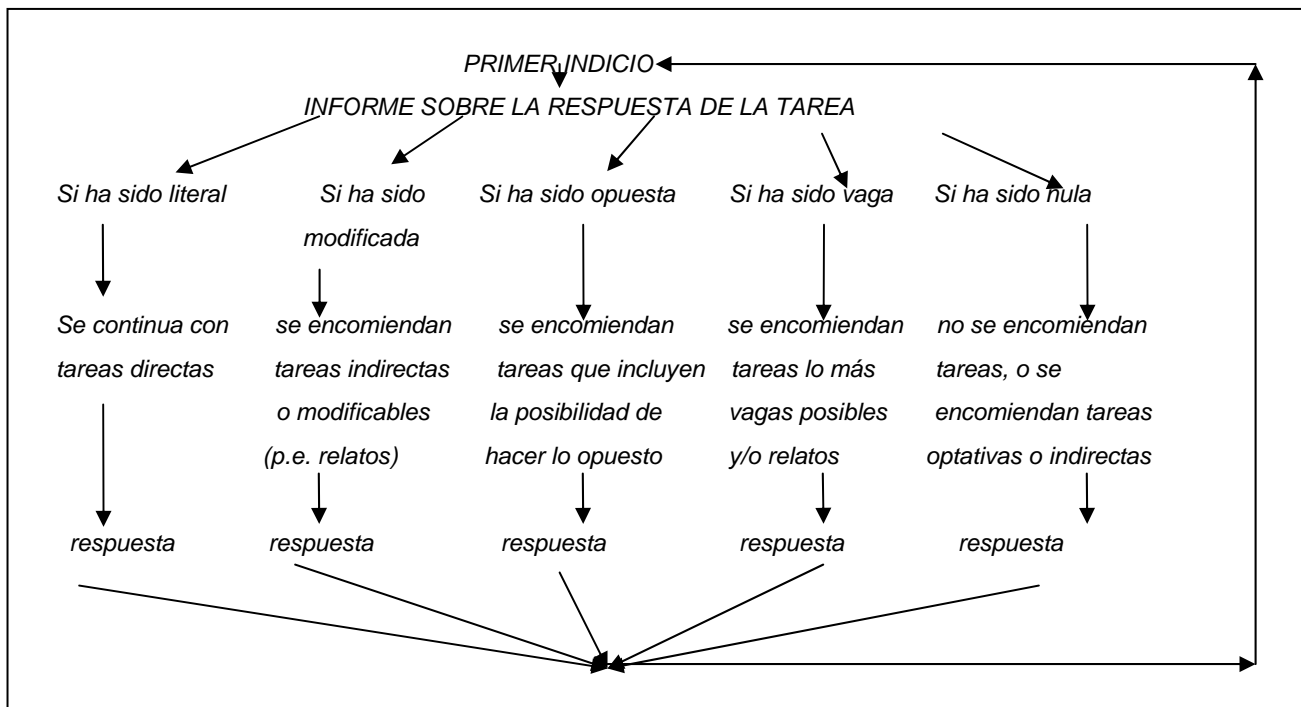
Para el equipo de Milwaukee, cada familia suele presentar un modo singular de cooperación ante la directiva asignada en la primera sesión. El informe de la familia sobre su respuesta a la tarea es un mensaje que revela al equipo *su modalidad característica de cooperación*. Por consiguiente,

toda respuesta de la cual informa la familia puede clasificarse en una de cinco categorías (1989): tarea cumplida en forma literal, modificada, opuesta, vaga o nula.

Tanto el terapeuta como el equipo terapéutico suelen generar en la segunda sesión una serie de interrogantes tales como ¿hasta qué punto cumplen la tarea asignada la familia o sus integrantes?, ¿observa el equipo algún cambio?, ¿en qué consisten estos cambios?, ¿los cambios observados por el equipo o referidos por la familia concuerdan con las predicciones efectuadas? Todos estos interrogantes y sus respuestas constituyen una información indispensable para el equipo antes de planear la próxima intervención. Para ello De Shazer (1989), propone un *modelo de toma de decisiones* que permite al terapeuta saber como han de ser las subsiguientes intervenciones, cuya decisión es fundamentada a partir de una evaluación de la respuesta a la tarea, siempre directa, de la primera sesión. El modelo de toma de decisiones recomienda lo siguiente:

- Si la respuesta es literal, es decir, si cumplen lo prescrito, el modelo sugiere que la próxima intervención terapéutica debe incluir otra tarea directa.
- Si modifican la tarea, se elaboran tareas indirectas o modificables.
- Si hacen lo opuesto, se diseñan tareas que incluyan la posibilidad de hacer lo opuesto, de forma que se produzca el cambio deseado.
- Si la respuesta es vaga, se recomienda tareas vagas y/o relatos metafóricos.
- Cuando no realizan la tarea, puede indicar que el no realizar tareas forme parte de su modalidad de cooperancia, o que el equipo terapéutico no ha formulado una intervención adecuada para generar el cambio en la pauta, por lo tanto el equipo puede continuar cooperando no sugiriendo tareas o prescribiendo tareas paradójicas, pues aun sin encomendar tareas directas puede promoverse el cambio mediante mensajes. Este recurso es eficaz con familias renuentes o incluso con personas que acuden a la terapia de forma involuntaria.

De Shazer, (1997) esquematiza estas decisiones de la siguiente manera:



Una vez que tanto el terapeuta como el equipo terapéutico ha identificado la modalidad de cooperancia del cliente, se puede aplicar una serie de intervenciones propuestas por De Shazer (1995), tales como las siguientes:

El recurso de la confusión

Es una variante de la utilizada por Milton Erickson (De Shazer, 1995) y se utiliza cuando dos o más clientes expresan sus metas terapéuticas de forma vaga y que no saben cómo podrán reconocer que su problema ha quedado resuelto. Este recurso consiste en que el terapeuta explore con detalle cada uno y todos los posibles puntos de divergencia entre las personas, sin que éste realice ningún intento de resolución pero sí admitiendo abiertamente su confusión ante las metas deseadas, hasta que los clientes se vean en la necesidad de describir una meta terapéutica clara.

La bola de cristal

De Shazer (1995), generó su propia versión de este recurso en 1974 a partir de la técnica de la bola de cristal propuesta por Erickson en 1954. De Shazer la emplea para proyectar al cliente a un futuro en el que tiene éxito, pues ha encontrado que cuando el cliente imagina su futuro, se impulsa hacia el logro de una serie de conductas diferentes, lo que le conducirá a construir su propia solución³⁷. Una de las preguntas fundamentales es ¿cómo serán las cosas tanto para usted como para las otras personas cuando el problema quede resuelto?, ya que una vez que el cliente tiene una visión del éxito, puede hacer espontáneamente algo distinto. Los pasos propuestos son principalmente cuatro:

El primer paso tiene la finalidad de enseñar al cliente a desarrollar visiones como en una bola de cristal, encaminadas a observar su propia conducta y la conducta de respuesta de otros, ya que es importante que la persona se construya una predicción sobre la reacción que una diferencia produciría en otras personas involucradas en la vida del cliente. Las reacciones predichas en la bola de cristal ayudan al cliente a cambiar sus propias expectativas y de este modo cambiar sus conductas. El segundo paso implica generar otra visión en la que el cliente recuerde y describa algún éxito de su vida, y que forme parte de las excepciones que rodean a la queja. La visión implica que describa tanto su propia conducta como la de las otras que abarquen la situación. El tercer paso es el más importante ya que en este se orienta el cliente hacia el futuro pues se le pide que realice una visualización en la que hable sobre una resolución respecto a su problema. En el cuarto paso, se le pide al cliente que utilice otra visión en bola de cristal para que recuerde la manera en que fue solucionado el problema, sus reacciones a ese proceso y las reacciones de las otras personas involucradas. Según De Shazer (1995), aunque pase mucho tiempo después de la aplicación de ésta técnica, con suma frecuencia el cliente informa haber puesto en práctica un proceso de resolución del problema diferente del imaginado en la cuarta bola de cristal.³⁸

Intervenciones paradójicas.

El empleo de la *prescripción de síntoma*, es decir, indicar a los clientes que deliberadamente mantengan el problema, resulta de mucha utilidad para los terapeutas estratégicos. El equipo de Milwaukee ha adoptado estas intervenciones porque ha observado su utilidad a partir de los trabajos del MRI (De Shazer, 1995). Generalmente se utiliza cuando el síntoma aparece como algo que está presentándose como algo involuntario, fuera de control del propio cliente. Se prescribe el

³⁷ Este recurso es derivado de la hipnosis ericksoniana, sin embargo De Shazer (1995) , ha utilizado esta esencia hipnótica sin utilizar los pasos formales de una hipnosis. A menudo al focalizar la atención hacia el futuro los clientes dan respuestas verbales y conductuales similares a alguien que está en trance hipnótico y esto sucede sin que ellos se den cuenta. De Shazer (1995) opta por un modo imperceptible y de manera más natural para llevar a cabo la hipnosis, como parte de la influencia con Erickson.

³⁸ De acuerdo a De Shazer (1995), esta técnica para observar las excepciones es un antecedente de su Pregunta por el Milagro.

síntoma para quitar esa involuntariedad, como primer paso hacia el cambio. De esta manera el cliente asume en cierta medida el control sobre lo que antes parecía incontrolable (De Shazer, 1993). La fascinación con las *paradojas* y las *intervenciones paradójicas* procede también del uso por los terapeutas de lo que habitualmente se denomina “psicología inversa”; o sea aquellos casos en que el terapeuta le dice a su cliente que haga algo deliberadamente para que deje de hacerlo. En un principio el fundamento de esta técnica hacía referencia a su naturaleza de una “doble ligadura contraria”.

Predicciones.

Este recurso consiste en que el cliente prediga si las excepciones sucederán en un lapso determinado de tiempo. Generalmente se ha encontrado que pedir al cliente que lo haga incrementa de forma directa las excepciones (De Shazer, 1993)

Llaves maestras

Las intervenciones que fueron desarrollándose por el modelo de soluciones se denominaron *tareas de fórmula* las cuales son transferibles, ya que pueden emplearse adecuadamente una y otra vez, con ligeras modificaciones, en una variedad de casos semejantes (De Shazer, 1995):

- *Tarea de escribir, leer y quemar.* Es una de las primeras tareas denominadas intervenciones de fórmula que desarrolló De Shazer en 1969. Constituye un ritual que es útil aplicar cuando el cliente se queja de “pensamientos obsesivos” o “depresivos”. El terapeuta indica a la persona que tiene que llevar a cabo un ritual diario en el que disponga un lugar y hora específica (no menor de una hora ni mayor de hora y media) para pasar un momento tranquilo, en el que los días impares debía poner por escrito todos sus buenos y malos recuerdos, y en los días pares debía leer las notas del día anterior y después quemarlas. Si la situación problemática llegase a ocurrir fuera del horario acordado, la persona debía decirse a sí misma: “ahora tengo otras cosas sobre las que pensar, pensaré sobre esto en el horario que corresponde”, o de lo contrario debía tomar una nota para recordar esos pensamientos y volver sobre ellos en el horario asignado. De Shazer señala que lo más frecuente que ocurra es que los clientes no escriban más de tres veces antes de descubrir cosas más interesantes que hacer, y que los pensamientos perturbadores hayan desaparecido.
- *Tarea de “la pelea estructurada”.* Ritual desarrollado por De Shazer en 1974, con la finalidad de ajustarla a una situación problemática de pareja, pues ha demostrado ser útil en el proceso de promover la solución cuando ambos miembros de la pareja se quejan de sus disputas o peleas. El ritual comprende cuatro pasos.
 - a. Arrojar una moneda al aire para ver quién comienza la discusión.
 - b. El vencedor se dedica a hablar sobre la discusión durante diez minutos sin interrupción.
 - c. Posteriormente es el turno del otro miembro de la pareja, quién también se toma diez minutos.
 - d. Deben pasar diez minutos de silencio antes de que se inicie otra vuelta arrojando de nuevo la moneda.
- *Tarea “haga algo diferente”.* Creada en 1978, suele emplearse en aquella persona que se queja sobre la conducta de otra, diciendo ya haberlo intentado “todo”, por lo que ésta queda fijada ante la misma reacción reiterada, mientras la conducta perturbadora de la otra continúa. Ante esta situación suele dirigirse el siguiente mensaje:

“Desde ahora y hasta la próxima sesión, nos gustaría que cada uno de ustedes, una vez que sorprendan a (la persona de la que se quejan), hagan algo diferente, por más extraño, fantástico o disparatado que les pueda parecer. Lo único importante es que sea lo que fuere lo que se decida hacer, es necesario que sea algo diferente” (1997).

Esta tarea es fácilmente transferible a una amplia variedad de casos, en parte porque el enunciado no es específico. Lo importante es que un pequeño cambio “espontáneo” en respuesta a una indicación generalizada puede impulsar la solución; ya que no se prescribe una acción en particular, los clientes pueden optar entre una amplia gama de modos posibles de cooperar. Esta tarea promueve en el cliente cierta conducta diferente, lo que permite alterar las secuencias conductuales que son parte de las quejas presentadas en terapia.

- Tarea *“preste atención a lo que hace cuando supera el impulso de...”*. Es una variante de la tarea *“haga algo diferente”*, y se utiliza en personas que se quejan de su propia conducta. Su aplicación tiene la finalidad específica de ayudar a clientes y terapeutas por igual para que se descubran y utilicen las excepciones a la regla, es decir que aunque los clientes tienden a afirmar que la conducta perturbadora se produce siempre, hay condiciones en las cuales aquella conducta no aparece, pero que pasan por desapercibido.
- Tarea *de fórmula de la primera sesión*. Fue desarrollada a mediados de 1982 por De Shazer y Nunnally (De Shazer, 1995; 1997). Esta tarea está diseñada para crear una profecía de autocumplimiento sobre el curso futuro de los acontecimientos, pues tiene la finalidad de cambiar el foco del cliente, llevándolo de acontecimientos pasados a sucesos presentes y futuros, e implícitamente se propone también promover expectativas de cambio mediante el siguiente mensaje:

“Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, a nosotros (a mi me) nos gustaría que observe, de modo que pueda describirnos (describirme) la próxima vez lo que ocurre en su (elegir una de las siguientes: vida, matrimonio, relación) que usted quiere que continúe ocurriendo” (De Shazer, 1995; 1997)

En esta tarea la intervención actúa como un mensaje implícito, pues le sugiere al cliente que tanto el terapeuta como el equipo esperan para la próxima sesión noticias de que ocurra algo que valga la pena continúe sucediendo. Por lo general, en la segunda sesión los clientes suelen señalar que no solo observaron cosas que valen la pena, sino que algunas de ellas eran conductas nuevas en el área de la queja (De Shazer, 1995).

Las intervenciones de fórmula muestran la premisa fundamental respecto a la creatividad y recursos con que cuentan los clientes antes de solicitar terapia. En cierto sentido la terapia no añade realmente nada, ya que el terapeuta no le dice al cliente qué es lo que debe hacer diferente ni le enseña ninguna técnica nueva. Los efectos de estas intervenciones son de irradiación, ya que proporcionan evidencia sobre el modo en que una pequeña diferencia puede convertirse en una diferencia lo suficientemente grande (De Shazer, 1995).

Preguntas útiles en las sesiones terapéuticas.

A diferencia de hace algunos años (por ejemplo en De Shazer, 1986; 1989; 1995) en donde desde la TCS lo más importante en una entrevista era recavar información para que el equipo terapéutico

tomara una decisión acerca de la tarea a prescribir, últimamente se ha dado una mayor importancia a las preguntas dentro del espacio terapéutico como parte del proceso de cambio. De esta manera la entrevista deja de ser un medio para llegar a una estrategia de intervención y se vuelve parte importante en si misma (De Shazer, 1999).

Este interés por el uso de las preguntas en la terapia, refleja que en este campo se ha puesto el acento cada vez más en los aspectos lingüísticos, interaccionales, y conversacionales de la práctica de la terapia. Es necesario que el terapeuta prepare el terreno para la asignación de la tarea durante la entrevista misma concentrándose en la conversación sobre el cambio. Buscar excepciones y darse cuenta de que el problema se ha resuelto, son dos de los recursos destinados a suscitar y estimular la conversación sobre el cambio.

De Shazer y Berg (2001), indican que todas las preguntas que el terapeuta hace al cliente intentan abarcar la siguiente información: 1) la visión que tiene el cliente sobre el problema y sus posibles soluciones, incluyendo sus opiniones y el grado de malestar, esperanza y voluntad de trabajar esforzadamente para resolver los problemas; 2) la percepción que tiene el cliente de las personas significativas en su vida y de la percepción que estas personas tienen de él, ya que éstas preguntas ayudan al terapeuta a hacerse una idea acerca de la percepción que tiene el cliente de su relación con personas importantes para él, además de proporcionar información muy útil cuando la meta del cliente es imprecisa.

Berg y Miller (citados por De Shazer y Berg, 2001), señalan cuatro tipos de preguntas que resultan útiles en diferentes momentos de una entrevista, y que son empleadas como recursos terapéuticos por el modelo de soluciones: 1) preguntas que inducen a descripciones de cambios previos a la sesión; 2) "preguntas por el milagro", es decir, aquellas que ayudan a definir los objetivos del cliente y dilucidar las soluciones posibles; 3) preguntas para encontrar excepciones; y 4) preguntas de escala. Asimismo, De Shazer (1997) y su equipo, proponen una serie de temas importantes que el terapeuta deberá ampliar con sus preguntas, tales como:

- 1) Advertir qué tipos de cosas hace el cliente que sean buenas, útiles y eficaces.
- 2) Tomar nota de las *diferencias* entre lo que ocurre cuando aparece alguna excepción y lo que ocurre cuando aparece el problema. Fomentar el primer paso.
- 3) En lo posible, conseguir descripciones de las excepciones paso por paso: descubrir lo que funciona, y/o descubrir lo que ha funcionado, y/o descubrir lo que podría funcionar, y entonces recomendar lo más fácil. Si algunos aspectos de la excepción (o del problema) son de alguna manera aleatorios, entonces, incluir algo arbitrario o dejar algún lugar para el azar en la tarea.
- 4) En caso necesario conseguir descripciones del problema paso por paso.
- 5) Advertir las diferencias entre cualquier solución hipotética y el problema.
- 6) Imaginar una versión *resuelta* de la situación problemática por medio de:
 - a) hacer excepciones a la regla,
 - b) cambiar la localización del modelo del problema
 - c) cambiar a quienes participan en el modelo del problema,
 - d) cambiar el orden de los pasos dados,
 - e) agregar un nuevo elemento o paso al modelo del problema,
 - f) aumentar la duración del modelo,
 - g) introducir comienzos y finales arbitrarios,
 - h) aumentar la frecuencia del modelo,
 - i) cambiar la modalidad de la conducta problemática.
- 7) Decidir cual de los aspectos (desde a hasta i) será el más adecuado para decidir que tarea funcionará al cliente.

Las preguntas de la TCS, asumen que la vida de los clientes está cambiando constantemente y que los problemas son realidades discontinuas y contingentes porque no siempre están presentes. El juego de lenguaje CS está diseñado para persuadir a los clientes de que el cambio no sólo es posible, sino inevitable. Este es, en otras palabras, un proceso retórico diseñado para hablar a los

clientes de sus soluciones (De Shazer y Miller, 1998). En especial son dos tipos de preguntas que predominan en el trabajo actual del CTFB: La pregunta por el milagro y las preguntas de escala.

La pregunta por el milagro (PM) ³⁹

Desde 1983, es una parte rutinaria de la práctica de la terapia centrada en las soluciones del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee. Se trata de una adaptación de la técnica ericksoniana de pseudo-orientación temporal y de la técnica de la bola de cristal. Para su aplicación, se parte del supuesto básico de que todos los clientes cuentan con fuerzas y recursos para cambiar, y de que ningún problema sucede todo el tiempo (excepciones a la regla del problema). Se utiliza para crear una situación terapéutica en la cual el cliente pueda responder de manera psicológicamente eficaz a los objetivos terapéuticos deseados como *realidades ya logradas* creando en el cliente una distinción radical centrada en las soluciones y en el camino de nuevas posibilidades (De Shazer, 1997).

Desde su postura posestructural, esta pregunta sigue siendo una herramienta muy útil en la terapia. De Shazer (1999), señala que con esta pregunta se lleva al cliente a darle una rápida ojeada al futuro al crear la construcción de un puente entre terapeuta y cliente, pues ayuda a ambos a fijar los objetivos terapéuticos de una manera más clara, además de crear la expectativa de que es posible un futuro sin el problema. La PM no fue concebida para crear o provocar milagros. Todo lo que se pretende con ella es permitir a los pacientes describir qué es lo que desean obtener de la terapia sin tener que preocuparlos con el problema mismo y la tradicional suposición de que la solución está de algún modo conectada con la comprensión y la eliminación del problema. Se dice que no tiene la intención de provocar un milagro. Su verdadera utilidad radica en trasladar la conversación a futuro y en las preguntas posteriores a ésta, una vez que el cliente describa lo que sucedería (De Shazer, 1999; 2005a).

La estructura de la PM (De Shazer, 1997; 1999; 2005a) no ha cambiado a través del tiempo; de forma general la manera en la que se aplica, es la siguiente:

A manera de introducción el terapeuta dice: *“Tengo una rara y quizás difícil cuestión para preguntar, una que necesita algo de imaginación...”*

Después se hace una pausa y se espera por algún signo para proseguir. Entonces se empieza a preguntar de la siguiente manera: *“Suponga... (pausa) que después de que nosotros terminamos aquí, usted se dirige a su casa, realiza sus quehaceres usuales, y entonces se acuesta para dormir” ... (pausa).*

Hasta aquí lo que se le está pidiendo al cliente que suponga son cosas muy normales y cotidianas: *“...y, mientras usted está durmiendo, un milagro pasa...”* (Pausa). El contexto para este milagro es la vida cotidiana, normal del cliente.

¡y el problema que lo trajo aquí se resuelve, simplemente así! ... (Pausa). Ahora el foco está en un milagro particular acorde con su visita a un terapeuta.

³⁹ Un día a un cliente se le preguntó “¿Cómo sabrá que el problema se ha ido?” ella respondió “Eso sería un milagro”. La terapeuta Insoo Kim Berg dijo “Bueno, suponga que el milagro ocurriría ¿Qué sería diferente? El cliente y el terapeuta eran capaces de desarrollar una imagen de cómo la vida del cliente podría ser diferente si el milagro ocurriera (De Shazer, 2005b) El término “milagro” en este contexto de la terapia, está dando una base diferente que es (usualmente) no religiosa...Esta clase de cambio diario y espontáneo, se aloja dentro del juego de lenguaje del milagro. La forma en la que se hace la PM ha involucrado una estructura relativamente habitual (De Shazer, 2005b).

“...pero esto pasa mientras usted está durmiendo, así que usted no puede saber que ha pasado...” (Pausa). Esta parte está diseñada para permitirle al cliente construir su milagro sin cualquier consideración del problema.

“...una vez que usted se despierta por la mañana, ¿cómo hará usted para descubrir que este milagro le ha ocurrido?...” (Pausa).

Este es el punto donde el cliente puede visualizar una solución. El terapeuta no debe interrumpir, pues es el turno del cliente para hablar, y contestar la pregunta.

Normalmente el cliente comenzará a describir la mañana después del milagro en términos relativamente específicos. No obstante el efecto de esta pregunta constituye en como se aplicó y más aun en la exploración posterior a su aplicación (De Shazer, 2005a)

De Shazer (1997), en un primer momento propuso que una vez que el cliente responda, se continúen con preguntas presuposicionales a futuro, sobre las respuestas que dio el cliente en el plano del milagro, y utilizando el lenguaje del cliente, tales como; ¿después de usted, quién más se dará cuenta de que ha ocurrido un milagro?, ¿a la semana como va a ser?, ¿al mes?, ¿al año?, etc. Estas preguntas presuposicionales representan una visión del futuro como un presente real, en el que el problema se percibe resuelto, por lo que la tarea se centrará en que la persona ponga en práctica las acciones descritas en el milagro. Para ello, es importante que el cliente responda a la pregunta como describiendo un video, en el que se puedan obtener respuestas tales como:

- La descripción de cambios perceptuales y conductuales
- Que visualice los recursos con los que cuenta
- Que el cliente hable en presente
- Que el cliente sea el actor principal
- Que describa escenarios para la acción, lugares, personas, conductas que realizó, así como los efectos positivos que causaría en otros la ocurrencia del milagro
- Que incluya a otras personas que se den cuenta del cambio
- Respuestas centradas en el milagro, y la creación de recursos en el cliente
- Evitar negativos en las respuestas de la persona (tales como “no haría” por “que sí haría”), para que no se centre en el problema y en pesimismo y sí en acciones y sus recursos.
- Que no hable en pasado, solo de presente a futuro.

Más tarde De Shazer (2005a), propone un proceso de seis partes que acompañen a la PM, con la intención de construir el mayor número de significados asociados al “milagro”:

Parte uno. Aplicación de la PM

Parte dos. a) ¿De que manera su mejor amigo descubrirá que el milagro ha ocurrido en usted? O B) ¿Cómo podrá descubrir que el milagro ha ocurrido en usted?

Parte tres. ¿Cuándo fue la última vez (quizá horas, días, semanas) que recuerdes, que hayas tenido un día como el de después del milagro?

Parte cuatro. En una escala del “0” al “10” en donde “10” es como piensas que será el día después del milagro y “0” es el punto en el que llamó para arreglar esta cita, en donde –entre cero y diez- está usted en este punto. (Esta “escala progresiva está diseñada para ayudar al terapeuta y al cliente a entender en donde está el cliente en relación con sus objetivos en terapia)

“¿En la misma escala, en donde piensa que su mejor amigo diría que está?”

Parte cinco. (La pregunta de apertura en la segunda y subsiguientes sesiones)

¿Y que ha mejorado? ¿Qué ha sido mejor?

(“mejor es una construcción y esta diseñada para recordar al terapeuta y al cliente que uno de los objetivos en estas sesiones subsecuentes es el de ayudar al cliente a describir cosas como “mejores”. El fallar al empezar las sesiones subsiguientes con esta pregunta mina el valor de las otras cuatro partes.

Parte seis. (La escala de progreso)

¿Recuerda la escala donde 10 significa el otro día después del milagro? ¿En que lugar de la escala podría decir que está usted el día de hoy? Esto parece ser más útil cuando se pregunta sin recordar al cliente su puntaje previo.

Para De Shazer (2005a; 2005e), la PM no es una simple pregunta con una respuesta preparada como “¿Qué horas son?” “Las 10:15”. De hecho De Shazer (2005a) considera un error haberla llamado “pregunta” porque cuando se le ve equivocadamente como una simple pregunta, el terapeuta tiene la idea de que el cliente debería responder de una cierta manera (una respuesta ideal, quizás) y cuando (como en la mayoría de las veces) esto no pasa, el terapeuta dice que la PM no funciona. Esta idea o expectativa obstaculiza al terapeuta y al cliente. Por supuesto el cliente no puede dar “la” respuesta. La PM es no deliberada con respecto al propósito de provocar una respuesta específica. Más bien De Shazer la ve como un dispositivo que sirve como marco-scenario, una forma de iniciar un juego de lenguaje que determina y define que es lo que el terapeuta y el cliente van a hablar (De Shazer,2005e). La PM funciona como una obertura en este juego de lenguaje y cuando el cliente responde, el terapeuta preguntará para ayudar al cliente a clarificar y expandir su respuesta inicial. Es una situación en la que ambos construyen el concepto de “mejoría” y diseñan una aproximación hacia el alcance esta situación más deseable (De Shazer, 2005e).

En cada caso, la respuesta del terapeuta está diseñada para ayudar al cliente a desarrollar más detalles (acerca del milagro) y para empezar a ubicar las descripciones del cliente en un contexto social amplio. Como Wittgenstein apunta: Cuando hablamos de las emociones y los sentimientos, la principal pregunta es ¿en que contexto ocurrió? Cuando el cliente imagina sentirse mejor en una amplia gama de situaciones involucrando a otras personas, entonces puede comenzar a hacer el cambio desde “Soy capaz de imaginar que me siento mejor” a “Yo soy capaz de imaginar que estoy mejor”, lo cuál probablemente no pasará si las descripciones acerca de los sentimientos del cliente permanecen en su mente demasiado difíciles (De Shazer, 2005e).

Las preguntas de escala.

Desde principios de los setentas ha formado parte de las intervenciones terapéuticas. Para De Shazer (1997; De Shazer y Berg, 2001), el uso de las preguntas de escala ha incrementado tanto en frecuencia como en importancia a través de los años, ya que los clientes han reportado que las han encontrado como la parte más útil e importante de la terapia, pues a través de ellas generan una manera de evaluar su propia situación y medir su propio progreso. Generalmente es parte complementaria de la Pregunta por el Milagro. La pregunta se formula de la siguiente manera:

“En una escala de “0” a “10”, con diez señalando el como son las cosas después del milagro y cero para señalar el como estaban las cosas en el momento en que usted llamó para arreglar la cita, ¿en donde, usted diría que las cosas están en este momento?”

Es importante que esta pregunta se realice incluso desde la primera sesión, después de que se ha explorado la respuesta de los clientes a la pregunta del milagro tan completamente como sea posible. Una vez que el cliente diga un puntaje, se prosigue a explorar lo más detalladamente posible las diferencias entre el puntaje dado (por ejemplo 3), y cero. En una siguiente sesión, y en las subsecuentes, la pregunta continua de la siguiente manera:

¿Recuerda la escala que teníamos en la que “10” señala el día después del milagro? ¿Dónde diría que están las cosas hoy? (De Shazer, 1997; 1999; 2005a)

De Shazer (1997), sugiere que el terapeuta no debe recordarle al cliente sobre los puntajes previos, esto con la finalidad de que surja una fuerte tendencia a que el cliente tienda a aumentar su puntaje durante las siguientes sesiones.

En estas preguntas de intervención se utilizan los números como una herramienta terapéutica, que a diferencia de las escalas numéricas que se utilizan para medir algo basándose en criterios normativos (por ejemplo, escalas que miden el funcionamiento del cliente con el de la población general representado en una curva de distribución normal), las escalas propuestas por el enfoque de soluciones, tienen el propósito de facilitar el cambio, ya que no solo se utilizan para “medir” la percepción que el cliente tiene de sí mismo, su visión de los demás y su impresión acerca de cómo lo ven los otros, sino también motivarlo además de ayudar a esclarecer sus metas individuales, los objetivos, las soluciones y todo lo que pueda ser importante para cada paciente individual (De Shazer, 1999; 2005c).

En varios momentos durante la sesión, las escalas se utilizan para ayudar a los clientes a determinar distinciones, a comparar y a contrastar los diversos aspectos de su situación y a establecer como serían las cosas cuando se construya la solución. Con las preguntas de escalas se establecen las diferencias entre el momento en que ocurre el problema y el periodo en que la situación comenzó a mejorar. De Shazer (1999) y su equipo, han comprobado que las escalas pueden utilizarse también con niños pequeños, es decir, cualquiera que capte la idea de que 10 es en cierto modo mejor que 0, y que 5 es mejor que 4, puede responder fácilmente a las preguntas en las que se les asignan números a las distintas situaciones.

Puesto que no podemos estar absolutamente seguros de lo que otra persona quiere decir al utilizar una palabra o un concepto, las preguntas que incluyen escalas permiten que el terapeuta y el paciente construyan conjuntamente un puente, una manera de hablar de las cosas que son difíciles de describir: incluso el progreso hacia la solución del paciente. Las escalas en este sentido proporcionan una manera de malinterpretar creativamente empleando los números como un modo de describir lo indescriptible (por ejemplo, generalmente cuando se habla de emociones o sentimientos se habla de estados o procesos *internos*; y con el uso de las preguntas a escala, el terapeuta y el cliente pueden establecer un entendimiento sobre la manera en que se está sintiendo el cliente, sabiendo de antemano que si en una sesión el cliente refiere sentirse como de “4”, y posteriormente de “5”, esto significa que se está sintiendo mejor. Al respecto, De Shazer parafrasea a Wittgenstein al señalar que “En una amplia cantidad de temas o situaciones –aunque no en todos- en los cuales empleamos preguntas que implican dar puntajes, la significación de un número está en su *uso* y, en particular, en su uso en *relación* con los demás números de la escala (De Shazer, 1999; 2005c).

Las escalas permiten tanto al terapeuta como al paciente utilizar la manera como funciona el lenguaje naturalmente, desarrollando un término acordado (por ejemplo, 6) y un concepto (por ejemplo, en una escala en la que 10 representa la solución y el 0 el punto de partida, 6 es claramente mejor que 5). La significación del puntaje dado por el cliente (en este caso 6) se construye en la interacción terapeuta-paciente, ya que para ambos el 6 adquiere principalmente sus significaciones de acuerdo al lugar de la escala a la que corresponde; es decir, al desarrollar una escala se establece el concepto en el cual 0 representa como se sentía el paciente en el momento en que decidió buscar ayuda terapéutica y 10 representa el día después del milagro, entonces cualquier calificación por encima de 0 dice, no sólo que la dificultad es menos molesta, sino también que las cosas ya marchan mejor y que se ha hecho un progreso hacia la solución (De Shazer, 1999; De Shazer y Berg, 2001).

Las escalas pueden concebirse como entidades “libres de contenido”, ya que sólo el hablante (cliente) sabe que quiere decir con 6, y por ende el terapeuta sólo tiene que aceptar ese dato. Si

bien podemos no tener idea de lo que en realidad representa el puntaje del cliente en el plano de las conductas, de los pensamientos, del sentimiento o de las percepciones, esos números ilustran la percepción que tiene el paciente de la diferencia, del cambio, del progreso y del movimiento hacia la solución. Mediante el empleo de los números, se privilegian y aceptan las significaciones del paciente sin cuestionamientos y por lo tanto se hace innecesario enseñarle “al paciente a reconocer las claves contextuales que mejorarían el control de su conducta (De Shazer, 1999).

También a lo largo de toda la entrevista, se pueden realizar preguntas como las siguientes, las cuales incluyen escalas, ya que estas hacen que sea más fácil encaminar la conversación hacia la solución. Es decir, la escala 1 a 10 se emplea para indicar éxito, en tanto que 0 sólo se menciona para referirse al punto anterior al comienzo de la terapia⁴⁰.

¿Cómo logró usted pasar de la situación 0 en la que estaba, a la posición 5 en la que se encuentra?

¿Cómo logró hacerlo? ¿Cómo lo logró? ¿Cómo logró pasar de 0 a 3?

¿Qué es lo que sabe que debería hacer bien? ¿Qué es lo que funciona para usted?

¿Qué necesitaría hacer para no venir más a terapia? ¿Cómo advertiría que las cosas marchan mejor?

Cuando se percibe algún progreso desde el inicio de la terapia lo que se hace es tratar de encontrar la mayor cantidad posible de diferencias entre 0 y 10.

¿Dónde se ubicaría hoy usted en una escala entre 0 y 10? ¿Cuáles serían las diferencias cuando su problema desaparezca?

f) Perspectivas del autor acerca de su trabajo.

El grupo de Milwaukee, desde el año de 1978, ha cambiado. Ha habido mucha gente que ha aportado ideas que hoy constituyen el fundamento de esta perspectiva. Y ha sido Steve de Shazer quien ha fungido como el filósofo y el articulador de las ideas detrás de las constantes innovaciones. Estas ideas incluso han traspasado las fronteras de tal manera que se han conocido a lo largo de toda América e incluso alrededor de Europa. Este es un logro importante de la TCS (en opinión de De Shazer), porque ha movido las discusiones terapéuticas de sus prácticas profesionales y filosofías más allá de las suposiciones y preocupaciones de la psicoterapia convencional y de la terapia familiar tradicional. La historia acerca de la TCS, ha sido propagada como un rumor dentro de las comunidades terapéuticas. Es esta constante discusión de estos rumores la que ha llevado a una interminable transformación del enfoque. Junto con Insoo Kim Berg han trabajado en la difusión, pero ambos concuerdan que el contacto con las comunidades de terapeutas por medios electrónicos –entre otras formas-, les sigue influyendo de manera decisiva. Lo que se ha conservado a través del tiempo es el interés por encontrar las formas más eficientes y efectivas de ayudar a la gente a conseguir lo que ellos desean, centrándose en las soluciones, en los recursos y las fuerzas de los clientes. La meta es abrir nuevas posibilidades interpretativas para los lectores y evitar el cierre de otras posibilidades (De Shazer y Miller, 1998; De Shazer, 2005a).

Se pueden identificar dos fuentes principales de influencia en las ideas recientes de De Shazer: por un lado Wittgenstein y por otro lado la tendencia postmodernista (De Shazer y Miller, 1998).

El trabajo de Wittgenstein es no- sistemático, inconexo, divagante, discontinuo, temáticamente interrumpido y hecho de transiciones rápidas de un sujeto a otro. La forma que tiene Wittgenstein de describir las cosas nos recuerda que debemos observar lo que pasa, nos recuerda mirar la vida cotidiana (incluyendo el lenguaje) como la base de nuestros conceptos y descripciones. Estas

⁴⁰ Puesto que los pacientes con frecuencia perciben algunos cambios positivos previos al comienzo de la terapia, la primera sesión ya puede situarse del lado de la solución mediante el uso de escalas.

descripciones de la vida cotidiana reemplazan las explicaciones y las teorías de la filosofía y la psicología tradicional (De Shazer, 2005d).

La terapia Centrada en las Soluciones hoy en día, es considerada por sus seguidores, un juego de lenguaje diseñado para perturbar otros juegos de lenguaje y sus formas de vida, particularmente a aquellos que consideran a los significados como estables y auto evidentes. También se involucran juegos de lenguaje, relaciones políticas y temas éticos, porque se considera que los significados son derivados de asuntos más amplios como la cultura, la política y las estructuras económicas. Se considera a la terapia como un proceso que ayuda a los clientes a “ver” como esas grandes realidades dan forma a sus vidas y a sus problemas (De Shazer y Miller, 1998; De Shazer, 2005a).

De Shazer ha procurado una terapia con características *postmodernistas*, en donde se aprecian y se aceptan los cambios, la discontinuidad y las contingencias como características normales de una vida normal. A través del análisis que hace del lenguaje, considera que esta es una actividad dentro de contextos específicos, que existe en su uso, no algo capturado en diccionarios o en libros de gramática. De hecho considera en términos estrictos, que el receptor nunca entiende los pensamientos exactamente en la manera en la que el transmisor intenta ser entendido. Los objetivos que ahora se tienen en mente en la terapia son evidentes. A raíz del cambio hacia el posestructuralismo, se asume menos directivo, procura que en las preguntas que propone como parte de su esquema de trabajo, sean en mayor medida flexibles; procura escuchar más acerca de las emociones y de las ideas del cliente. Y busca que los objetivos sean en primer lugar, construcciones de los clientes (De Shazer y Miller, 1998; De Shazer, 2005b, 2005e).

De Shazer contempla el carácter cambiante de su forma de terapia:

La TCS, así como otros rumores son tan inestables. Su significado y sus implicaciones prácticas cambian con cada narración de los rumores. Y cualquier narración del rumor puede iniciar desde algún lugar, posibilitando los puntos de vista para la construcción de realidades sociales. Se pueden ver y se pueden contar historias acerca de diferentes realidades cuando nos movemos desde un punto de vista a otro...pero sólo podemos permanecer en un lugar en determinado momento. (De Shazer y Miller, 1998, p.368).

3. Enfoque narrativo de Michael White

a) Contexto del desarrollo del enfoque.

Quizá el principal exponente de esta nueva escuela narrativa sea Michael White (Sluzki, 1994), quien a partir de la década de 1980, ha trabajado en estrecha colaboración con David Epston, y como afirma Tomm (1993) los talentos de ambos se han unido para ofrecer campos enteramente nuevos: "...cada uno con su propio estilo, pero con mucho en común. Su colaboración sinérgica a lo largo de los últimos años ha sido excepcionalmente productiva, generando un amplio abanico de ideas y nuevos métodos..., y ahora puede apreciarse también su influencia en la escena internacional de la terapia familiar" (idem, p.9).

Fue David Epston y Cheryl White quienes animaron a Michael White a interpretar y explorar su forma de trabajo de acuerdo con la metáfora narrativa. Ambos, Epston y White han estado experimentando los recursos escritos, y juntos han llegado a la conclusión que tanto el lenguaje hablado como el escrito comparten un terreno en común (White y Epston 1993; White, 2002a).

White (1992, 2002a, 2002b) ubica su perspectiva como no fundacionalista o constitucionalista⁴¹. Al asumir esta perspectiva en su trabajo, White sostiene, que la narrativa implica: a) estudiar la relación de la acción con su sentido; b) suponer que la narración y tiempo son inseparables, o sea la narrativa se compone de acontecimientos ligados en el tiempo y c) destacar la índole constitutiva de las interacciones, es decir, las interacciones moldean la vida de quienes participan en ellas (White, 2002a). White sostiene, que su enfoque podría ser una visión del mundo, una filosofía, una epistemología, un compromiso personal, una ética, una política. Sea lo que fuera, según él, es una *teoría* que está vinculada con los últimos desarrollos en teoría social a los que se denomina «no fundacionalistas» -o tal vez postmodernos- (White, 2002a); y recientemente a la perspectiva posestructuralista⁴² (White, 2002b, 2002c).

Al principio de su carrera, a finales de los setentas, White estuvo interesado en las escuelas de terapia familiar, específicamente con aquellas de influencia sistémica. Sin embargo, las ideas de

⁴¹ A diferencia del pensamiento fundacionalista que asume la objetividad, el existencialismo y el representacionismo. La perspectiva constitucionalista (o post-fundacionalista) afirma que los conocimientos son generados en un particular discurso, tiempo y cultura; por lo que el conocimiento del mundo objetivo es imposible. Asimismo sostiene, que las nociones existencialistas proveen descripciones específicas de un tiempo y determinada cultura y que no se puede conocer la verdad absoluta de la materia y del individuo que sea aplicable a todos los tiempos y lugares. De la misma manera, sostiene que las descripciones que se tienen del mundo y de la vida, son descripciones históricas y culturalmente situadas, por lo que los significados no son el espejo de la realidad, refutando de ese modo, el supuesto de representacionismo (White, 1992).

⁴² A diferencia de la filosofía tradicional informada por el estructuralismo, que trata cuestiones alentadas por la «voluntad de verdad» referentes a: ¿qué es el mundo?, ¿qué es la verdad?, ¿qué es el hombre?, ¿cómo podemos llegar a saber algo?, etc. la perspectiva posestructuralista, se aparta de la voluntad de verdad y añade un nuevo polo, que es la indagación de: ¿qué somos hoy? Esta indagación permite estudiar la historia de las descripciones acerca de la verdad de naturaleza humana y las prácticas de vida asociadas a ella (White, 1992; 2002b). White no está de acuerdo con algunas interpretaciones de la lectura que se le da a la terapia narrativa como una propuesta estructuralista-humanista reciclada, que se informa por el estructuralismo y específicamente por la hipótesis represiva (hipótesis asociadas a la represión como frustración de la expresión de la verdadera naturaleza humana) y la psicología de la emancipación (cuyo objetivo es ayudar a las personas a ser quienes realmente son); porque estas ideas están en contradicción con el posestructuralismo, ya que supone una forma «ideal» de ser, que impedirían la exploración del proceso constitutivo de las personas (White, 2002b).

Bateson fueron las que particularmente llamaron más su atención. No obstante, White decidió hacer sus propias interpretaciones de las ideas de Bateson, y explorar sus efectos en terapia, principalmente las relacionadas con la metáfora cibernética (White, 2002a). Una primera aportación de Bateson en White (2002a), retomada de su libro *Steps to and ecology of mind* de 1972, es la que hace referencia a *las restricciones de redundancia*⁴³, como el proceso por el que se obtiene la comprensión de un hecho o el significado de éste, el cual está determinado o restringido por el contexto receptor. Así, la interpretación de los conocimientos está dada por la forma en que encaja dentro de pautas conocidas, *codificación de la parte a partir del todo* (White y Epston, 1993). De este modo, la explicación negativa de la teoría cibernética de Bateson a la que hace referencia White, sostiene que todos los hechos se examinan en relación a las limitaciones.

La *circularidad*⁴⁴ como fenómeno fundamental de todos los sistemas, fue también aportación de Bateson. Esta idea llevó a White a poner énfasis en la naturaleza doble o múltiple de toda descripción. Fue a través del libro *Mind and Nature: A necessary unity* de 1979, como llegó a conocer «el método interpretativo» que es el estudio del proceso a través del cual desciframos al mundo, dado que no se puede conocer la realidad objetiva, este proceso requiere de un acto de interpretación (White y Epston, 1993).

Otra influencia de Bateson en White (White y Epston, 1993; White, 1994) de este último libro, fue el interés en la dimensión temporal, indicando que para la comprensión del mundo se deben invocar las diferencias y las distinciones, *la noticia de una diferencia*⁴⁵. Esto llevó a White a afirmar, que exhortar a los miembros de la familia a marcar diferencias entre un momento determinado de las cosas y su estado en otro, les permite distinguir su participación en la vida del problema.

Según White, no existe ruptura entre las ideas de su trabajo fundamentadas en la cibernética y la metáfora narrativa como estructura interpretativa. Más bien afirma que elaboró una segunda descripción entre ambas descripciones: "...no hay una discontinuidad abrupta con el punto de partida y, en la práctica, para mí no la ha habido" (White, 2002a, p. 70).

Una segunda personalidad que influyó en White (1994), fue el historiador y filósofo francés Michel Foucault, el cual describe una reseña histórica de la enfermedad mental en el mundo occidental. Foucault hace referencia en la manera en la que los sistemas de conocimiento, «disciplinas profesionales» como la medicina pueden llegar a ser extremadamente opresivas, transformando a las personas mediante clasificaciones científicas, que designan a su vez el comportamiento del individuo (White, 2002a). Los efectos constitutivos del poder también se ven reflejados en las normas institucionalizadas; Foucault (1998a) señala que vivimos en una sociedad en que la evaluación o juicio normalizador subyuga a través de la tortura, marginalización y señalamiento entre otros, como mecanismos primarios de control social.

⁴³ Los sucesos que ocurren dentro de un sistema, de acuerdo a la explicación negativa de la teoría cibernética, "... toman un curso determinado porque existe una restricción que les impide seguir otros cursos" (White, 1994, p. 142). Para tratar la explicación negativa, Bateson formula cuatro categorías de limitación que son de: a) energía; b) posibilidades; c) retroalimentación; d) redundancia. Para el trabajo en terapia, White (1994) ocupa sólo las limitaciones de redundancia y de retroalimentación.

⁴⁴ En la investigación hecha por Bateson de la tribu iatmul de Nueva Guinea, prestó particular atención al fenómeno de retroalimentación, él estaba insatisfecho de las descripciones en un solo sentido de una relación, lo que lo llevó a reflexionar sobre los procesos de interacción y circularidad (White, 1994).

"En los sistemas humanos, es posible describir la circularidad como un sistema de incitaciones recíprocas que, inadvertidamente, son tanto emitidas como respondidas" (White, 1994, p. 90). Cuando se trata del estilo de vida de «sentirse arrinconado» (esquizofrenia), el aumento de estas incitaciones recíprocas (responsabilidad, censura y culpa entre otras) mantienen el problema. White cita a Paul Watzlawick, John Weakland y Richar Fisch y su libro *Change: Principles of problem formatios and problem resolution*, de 1974, sólo como pie de página para hacer mención de las soluciones intentadas por los miembros de la familia, las cuales perpetúan y refuerzan el problema que ellos mismos creían estar resolviendo (White, 1994)

⁴⁵ "... toda información es necesariamente la «noticia de una diferencia», y es la percepción de esa diferencia lo que desencadena todas las nuevas respuestas en los sistemas vivos, demostrando que situar los acontecimientos en el *tiempo* es esencial para percibir una diferencia, para la detección del cambio" (White y Epston, 1993, p. 20).

Las ciencias sociales también juegan un papel importante en el trabajo de White. Según White (White y Epston, 1993) estas concepciones formulan nuevas teorías en la explicación del conocimiento. De entre algunos de sus partidarios se encuentran el sociólogo Erving Goffman y sus *marcos interpretativos*; y el antropólogo cultural Clifford Geertz y su *reformulación de pensamiento social*; que han dado pie a concepciones que postulan que todo conocimiento es interpretativo. De la misma manera, White (1994) retoma la explicación de Maturana acerca de *la forma en la que surge la mente* a través de la interacción humana y del empleo del lenguaje, concluyendo que la mente no está en el cerebro, sino en la interacción lingüística que se establece entre las personas. La analogía del texto según White (White y Epston, 1993), constituye otra aportación de Geertz, quien sostiene la predominante interpretación en la interacción de los lectores respecto a los textos, cada nueva lectura de un texto es una nueva interpretación de éste, y por tanto una nueva forma de escribirlo.

Otra de las influencias de las ciencias sociales según White (1993,1994, 2002a) la constituyen los antropólogos van Gennep en 1960 con su libro *The rites of passage* y Víctor Turner en 1969 con su libro *The ritual process*, dando pie a lo que White denominó *rito de inclusión*; el cual propone que en la crisis de una persona, el objetivo es recuperar a la persona y reconstruirla, devolviéndole un nivel de funcionamiento aceptable, por lo que se propone una construcción diferente del problema⁴⁶. El rito de inclusión es un proceso que se interpreta como una transición en la vida de la persona, introduciendo interrogantes que permitan: la fase de separación de la crisis; la fase fronteriza o liminal, caracterizada por la confusión y expectativas para el futuro; y la fase de reincorporación donde habrá un acceso a un nuevo estatus, que implica nuevas responsabilidades y nuevos privilegios para la persona en cuestión.

De la misma manera, White apoyándose en Turner señala la importancia del *imaginar* en los *nuevos significados* que surgen en el proceso de terapia⁴⁷; y la antropóloga Barbara Myeroff en 1986 habla de estos como *la reescritura* de sus vidas y sus relaciones, así como de las *prácticas de re-integración*, donde se evoca al *club de la vida* (White, 1993, 2002a, 2004). Las personas son ricas en experiencias vividas y sólo una fracción de las experiencias puede relatarse en un determinado momento y otra gran parte de éstas quedan fuera del relato o de la interpretación. Esta última parte, está llena de riqueza y fertilidad para la generación de relatos alternativos, White siguiendo a Goffman en 1961, ha llamado a estos aspectos que quedan fuera del relato dominante *logros aislados*⁴⁸ (White, 1994). Cabe señalar que el proceso de externalizar la posición como agente, fue desarrollada a partir de la *entrevista interventiva* del terapeuta Karl Tomm, donde se hace énfasis en la reconstrucción de la identidad del paciente, apoyándose en los acontecimientos extraordinarios, mediante preguntas reflexivas (Tomm,1994).

⁴⁶ Este procedimiento aplicado a terapia como afirma White, lo desarrollo durante varios años, se utilizó para tratar conductas extremadamente descontroladas en niños y adolescentes, y fue publicado en 1986 por Dulwich Centre Review. Posteriormente, el artículo fue incluido en su libro *Selected Papers*, bajo la misma editorial, con el nombre de *The rite of inclusión*, y traducido al español por Gedisa en 1994 con el nombre de *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*, como *Rito inclusión* (White, 1994). Meneses y Durrant ya habían aplicado este rito en 1986 en terapia para modificar la percepción o interpretación de la internación domiciliaria de adolescentes con problemas, en el artículo llamado *Contextual residential care: The application of the principles of cybernetic therapy to the residential treatment of irresponsible adolescents and their families* por Dulwich Centre Review en 1986 (White, 1993, 2002a).

⁴⁷ White (2002a) también hace referencia al tema de «la imaginación» de Gaston Bachelard, que puede relacionarse con las prácticas de reescritura. La imaginación se activa por el ensueño provocado por experiencias como el de leer poesía o caminar en el bosque, entre otras; así como por el lenguaje que se utiliza en terapia. Imágenes de ensueño como reverberaciones, donde el pasado resuena en ellas, es decir las imágenes alcanzan el pasado o representan el pasado, y no imágenes que vienen del pasado.

⁴⁸ Steve de Shazer y sus colegas prefieren hablar de *excepciones*. Para White, *logros aislados* y *excepciones* son expresiones intercambiables y es un placer trabajar con ellas (White, 1994); White también hace referencia a los logros aislados como *acontecimientos extraordinarios* (White y Epston, 1993).

El método de *deconstrucción*⁴⁹ del crítico literario Jacques Derrida, constituye otra influencia en White (1994,2002a), quien hace referencia a los procedimientos que subvierten realidades y prácticas del yo; en este sentido hacen extrañas esas realidades, es decir, lo que el sociólogo Pierre Bourdieu en 1988 denominó *hacer exótico lo doméstico*.

Otra de las influencias de las ciencias sociales citadas por White, es el antropólogo Edward Bruner, quien menciona el *relato dominante*, según el cual la interpretación de los eventos actuales está determinada por el pasado. De la misma manera E. Bruner, y el sociólogo Paul Ricoeur destacan la dimensión temporal en la narrativa, enfatizando el orden y la secuencia, es decir, la narrativa y el tiempo son inherentes (White, 2002a).

Kennet Gergen, es otro científico social que centra sus explicaciones en las historias y las narraciones, y de la manera en la que éstas brindan el marco para la interpretación de la experiencia vivida (White, 1996)

White también hace referencia al antropólogo Jerome Bruner, quien lo llevó a considerar la terapia como de mérito literario, de logros aislados, descripciones y posibilidades únicas. De la misma manera, Bruner hace distinciones entre el pensamiento lógico-científico y el narrativo⁵⁰, señalando que ambos pueden usarse para convencer al otro, pero de lo que convencen es diferente. El primero convence de su verdad por medio de procedimientos específicos; el segundo, por su semejanza con la vida, y no se establece la verdad, sino la verosimilitud con ella (Bruner, 1996). Bruner además señala que en la narrativa, lo que hace a una historia una buena historia, es la medida en que se involucra al lector en nuevos significados y en la generación de nuevas perspectivas. La idea de que los relatos tienen paisajes duales, también es retomada de Bruner; estos paisajes son: paisaje de conciencia que se constituye de los significados inherentes a las acciones; y el paisaje de acción que se constituye de experiencias reunidas en secuencias que desenvuelven en el tiempo, ambos paisajes son de naturaleza recursiva (White, 1994).

b) Premisas del autor acerca de los problemas psicoterapéuticos.

En un principio White, recurrió a la teoría cibernética, específicamente a las ideas de Bateson, para explicar, de alguna manera, el surgimiento y desarrollo del problema (White, 1993a, 1994, 2002a). Para White (White y Epston, 1993; White, 1994), los problemas existen debido a que los acontecimientos toman un curso delimitado por las *restricciones* que impiden seguir otras posibilidades. Estas restricciones incluyen, una red de supuestos, de premisas y expectativas (mapa del mundo de una persona), que a su vez establecen reglas para seleccionar la información sobre los objetos o los sucesos percibidos, limitando la capacidad de ver otras alternativas. White también hace referencia a las expectativas normativas, que pueden establecer como deben ser las personas y sus relaciones, sosteniendo que la gente vive esas normas de personalidad como algo opresivo al fracasar en el ajuste a esos modelos (White, 2002a).

Para White: “las familias que buscan ayuda terapéutica tienen problemas o malestares para los cuales sus miembros fueron incapaces de encontrar soluciones” (White, 1994, p. 144). El terapeuta, al investigar el porqué de los problemas, encuentra que las soluciones intentadas sólo perpetúan lo que la familia intenta resolver. De esta manera, las soluciones intentadas contribuyen

⁴⁹ White (1994) utiliza el término deconstrucción en un sentido no estrictamente derridiano, sino como un término flexible que por ser terapéutico y no académico, le permite esa libertad.

⁵⁰ Para una mayor información sobre estos dos pensamientos, ver Bruner, J. (1996). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.

a la permanencia y sustentación del problema, dando como resultado «ciclos de retroalimentación que perpetúan y refuerzan el problema».

De acuerdo con White (2002a), las personas consideran tener un problema, cuando sus formas de ser o pensar de sí mismas o las maneras de ser o pensar de otras personas, las consideran o son vividas como negativas. No son las personas ni las relaciones lo que constituyen el problema. “Es el problema lo que es el problema, y por tanto la relación de la persona con él se convierte en el problema” (White y Epston, 1993, p. 55). El terapeuta concibe la situación de una persona que presenta problemas, cuando las narraciones que dan cuenta de su experiencia (o las narraciones de su experiencia contada por otros) no representan adecuadamente su experiencia vivida por lo que existirán aspectos significativos que se opongan a dichas narraciones dominantes (White y Epston, 1993)

White elaboró una segunda descripción de su trabajo a partir de la analogía del relato. Según White (2002a): “En nuestra cultura hay un relato dominante acerca de qué significa ser una persona moralmente valiosa” (idem., p. 20). El relato que emana de lo que «una persona moralmente valiosa es» (verdades dominantes o discursos tradicionales como: realización personal, autoestima, personalidad etc.), describe o especifica una manera culturalmente preferida de ser o pensar⁵¹. A través del tiempo, las personas creen que el problema expresa su identidad, ya que ellas toman lo que los problemas les presentan como verdades sobre su carácter, objetivos, intereses, etc. Estos relatos de cómo sería la vida, si fuera correcta, prescriben o moldean la vida. White afirma que no hay una forma correcta de ser: “lo «correcto» es específico a cada cultura” (idem., p. 21). El concepto de lo que debería ser una familia, no se ajusta a la diversidad del mundo, existen virtualmente tantas formas de familia como familias hay en el mundo, por lo que sólo existen «verdades locales» acerca de formas preferidas de ser y pensar (White, 2002a, 2002b). White sostiene que el relativismo moral en la terapia narrativa queda descartado, en terapia se pone énfasis en atender los efectos reales de las historias de las personas y se invita a las personas a confrontar diversas versiones⁵².

Los discursos tradicionales y transculturales de verdad (característicos del estructuralismo), acerca de lo que constituyen los problemas, según White (2002a), son inherentes a las vidas y relaciones de las personas, y por lo general perpetúan aquello que perciben como problemático. Estos discursos internalizadores acerca de lo que es problemático, hacen difícil que las personas experimenten nuevas formas para la acción, a menos que actúen contra ellos mismos. De esta manera, los discursos internalizadores modernos, alentados por el desarrollo de las tecnologías de poder y la clasificación científica de las enfermedades mentales (esquizofrenia, paranoia, etc.) y de la vida misma, proporcionan una manera novedosa de hablar sobre uno mismo y los otros⁵³. Esto da como resultado la objetivación o la cosificación de las personas y sus relaciones, logrando con ello la exclusión de estas personas y de los grupos, atribuyéndoles una identidad deteriorada⁵⁴.

Por ejemplo, Michael White (2002a) considera que la anorexia nerviosa es la cima de cómo las acciones y prácticas de los sistemas de poder moderno actúan en el sometimiento de aquellas

⁵¹ White (2002a, 1994) señala, que hay que desafiar y confrontar los conceptos de los discursos tradicionales (verdades que están divorciadas del contexto y que ocultan prejuicios de las prácticas del yo y de relación), y no resignarse a un yo monolítico transcultural.

⁵² Según White la posición construccionista exalta esta confrontación (White, 2002a).

⁵³ Michael White (2002a) hace referencia a las tecnologías de poder, como aquellas que de alguna manera motivan a las personas a participar en el sometimiento de sus propias vidas, es decir, las que se vinculan con el gobierno y el control. Uno de los ejemplos que cita White, se refiere a «la historia clínica» o «fichero», describiéndolo como un instrumento de poder moderno que llega a tener vida independiente, a lo que White siguiendo a Rome Harré le llamaría «discurso fichero».

⁵⁴ White (2002a) considera, que la enfermedad mental es un sitio en la cultura que de alguna manera moldea la vida, ya que la gran parte de lo que las personas creen o piensan está informado por la cultura.

personas, motivándolas a la vigilancia rigurosa, autoevaluaciones, autocastigos y comparaciones, entre otros.

De esta manera, las psicoterapias tienen un papel importante en la reproducción de la cultura dominante, pero el terapeuta también puede ayudar a estas personas a comprender y desafiar estas prácticas de poder, como una forma específica de pensar y hablar de determinadas comunidades de personas (White, 2002a).

c) Premisas del autor orientadas al cambio.

Para White (1994), el terapeuta facilita el contexto para lograr el cambio, investigando y obteniendo información, es decir, tiene un papel activo. Su labor es establecer distinciones y alentar la doble descripción, que proporcione información, desafíe las restricciones de la descripción saturada de problemas, y aporte nuevas soluciones. El terapeuta estimula a la familia a adoptar una posición reflexiva, y se interesa en lo que las personas piensan que son sus maneras preferidas de vivir e interactuar consigo mismas y con sus relaciones, y también se ocupa de brindar alternativas para la exploración de otras maneras de vivir y pensar.

Según White (2002a), es importante que el terapeuta llegue a tener una comprensión de lo que las personas están atravesando, y que ellas así lo perciban. Esta comprensión no es neutral, en este proceso de interacción, existen efectos entre las partes involucradas. Por lo que el terapeuta debe ser sensible al uso del lenguaje, así como cuestionar sus propias certezas y evitar la imposición de verdades. Para llegar a una comprensión, el terapeuta externaliza el problema, por medio de preguntas, cuyo objetivo es separar el problema de la identidad de la(s) persona(s) y sus relaciones. Al externalizar el problema, la persona ya no es el problema, sino que el problema es el problema, es decir, el problema se cosifica u objetiviza. Sin embargo, la externalización del problema no excluye a las personas de sus responsabilidades; a medida que ellas se dan cuenta de su relación con el problema se hacen conscientes y esto les permite asumir una responsabilidad que antes no contemplaban (White y Epston, 1993).

La externalización del problema, se puede lograr principalmente por preguntas llamadas de *influencia relativa*. El primer tipo de preguntas corresponde a la *influencia que tiene el problema en la vida de la familia o las personas*, y su posible participación si tuvieran que someterse a las restricciones *del estilo de vida dominado por el problema*. La familia al reflexionar estas preguntas y responderlas, participa en el proceso de externalización, además de que hace posible que se den cuenta de su inadvertida participación en la perduración del problema (White 1993; 1994; 2002a).

Posteriormente, el terapeuta sugiere tomar decisiones en la acción de sus vidas, favoreciendo condiciones para una doble descripción. Para esto, el terapeuta utiliza el segundo tipo de preguntas acerca de *la influencia que tiene la familia o las personas en la vida del problema*. Esta segunda descripción proporciona información acerca de la oposición de la familia a las restricciones planteadas por el problema. A partir de ello, la tarea del terapeuta será ayudar a las personas a explorar otras ideas, y participar activamente mediante preguntas que permiten elaborar una doble descripción (White, 1993; 1994).

Se puede insistir en comprender las circunstancias en las que lograron tener decisión de sus vidas y no lograron caer, es decir, investigar los *acontecimientos extraordinarios o logros aislados*. Por lo que el terapeuta incita a *trazar distinciones*, en consecuencia, los miembros de la familia elaboran descripciones complementarias *circulares*, es decir, descripciones dobles de los hechos. De esta manera, la familia tiende a favorecer los nuevos rumbos (White, 1994). Los miembros de la familia deben percibir las diferencias entre los planteamientos de sus dilemas, destacando su acción en el tiempo, entre el estado de cosas en un momento y otro, o bien entre momentos de crisis y salidas.

En esta nueva descripción, el cliente se forma una opinión nueva del problema y de sí mismo que no está encadenada a las restricciones que regían la descripción saturada de problemas. El objetivo de alentar a la doble descripción y trazar distinciones, es lograr el cambio. Las personas descubren así, aspectos de sus vidas dejados a un lado por la vieja descripción; y adquieren la capacidad de identificar “hechos”, donde fueron realmente capaces de enfrentar el problema y ejercer un impacto sobre él. Según Tomm (1994), en esta nueva descripción la persona se percibe con recursos, capaz de desempeñar un papel activo en la modelación de su propia vida acorde a sus finalidades; en otras palabras se *internaliza la posición como agente*.

Según White (1993, 2000a), la segunda interpretación de su trabajo, referente a la analogía del relato que lo llevó a considerar la metáfora narrativa, le permitió explicar desde un ángulo diferente las preguntas de influencia relativa. De esta manera, aquellas preguntas que alentaban a las personas o a la familia a trazar un mapa de la influencia del problema en sus vidas; las interpretó como *deconstructivas*, ya que el objetivo de éstas es subvertir los relatos dominantes o aquellas prácticas de ser o pensar que las personas dan por sentadas, que dieron como resultado el empobrecimiento de sus vidas. Y las preguntas que alientan a las personas y a las familias a trazar un mapa de la influencia que tienen en la vida del problema, se interpretan como *reconstructivas* o de *reescritura*.

Para White (2002a), es importante que el terapeuta tenga presente e incluso hacer manifiesto como determinadas formas culturales de organización dominante, perpetúan las prácticas opresivas, incluyendo las jerarquías de conocimiento⁵⁵, que pueden objetivar y totalizar a las personas. En ocasiones, esta tarea implica cuestionar a las personas sobre estructuras sociales o prácticas culturales que hacen posible dicha dominación, por lo que incluye *una acción política a nivel local*.

Es a través de las conversaciones externalizadoras como se deconstruyen estas verdades dominantes que las personas tienen de sus vidas y sus relaciones. Las conversaciones externalizadoras cuestionan estas maneras de ser y de pensar, y hacen posible que las personas experimenten una identidad distinta y separada del problema. Es así como el problema es inhabilitado, pues ya no les comunica la verdad de quienes son como personas, así como la naturaleza de sus relaciones. Por ello, White menciona que externalizar el discurso internalizado podría ser una descripción de lo que se hace en terapia. De esta forma, las conversaciones externalizadoras hacen viable que se introduzca una manera diferente de hablar, de pensar y de actuar acerca de lo que es problemático, abriendo nuevas posibilidades para la acción (White, 1994; 2002a).

Desde esta perspectiva, el terapeuta está interesado en la historia, porque es a través de la historia, donde se hace una reflexión crítica en terapia, acerca de aquellos aspectos que las personas han pasado por alto, que por estar saturadas de una historia dominada por el problema no ven (White, 1992, 1993, 2002a). Estos subrelatos dejados de lado, son ricos en posibilidades, contribuyen a la generación de historias alternativas, y a la *reescritura* de la vida de las personas a la que White también le llama *contra trama* o *trama alternativa*, significando en este sentido una reestructuración de la memoria. White afirma que en terapia siempre hay una «formulación de una trama alternativa» y que a veces hay una «reformulación de la trama dominante». La intención de la reformulación de la trama dominante es la deconstrucción de verdades negativas. Cuando esta reformulación se hace por escrito, las personas obtienen una gran significación de estas experiencias que contribuyen a su liberación (White, 2002a). Es importante señalar que la

⁵⁵ Otras formas de hacer referencia a las jerarquías de conocimiento, que White menciona son: juicio normalizador (1994), verdades dadas por sentadas, discursos dominantes, cultura dominante, formas culturales preferidas de ser y disciplinas profesionales (2002a).

presencia de *testigos externos*, en el otorgamiento de estos escritos o documentos, en foros de reconocimiento o ceremonias de definición, de lo cual se hablará más adelante, también contribuyen a la permanencia de los cambios, así como la oportunidad de reconocer las probables contribuciones de los testigos en las vidas de las personas (White, 2002a, 2002b, 2004).

Para la reescritura o recreación de la trama alternativa, se invita a la familia a hacer un intercambio entre los dos paisajes o panoramas que existen en un relato. Para esto White (1994, 2002a), sostiene que los relatos tienen paisajes duales: *paisaje de acción* y *paisaje de conciencia o significado*; ambos de naturaleza recursiva, por lo que si se eliminaran cualquiera de estas dos dimensiones, no habría relato. Cuando las personas llegan a terapia, generalmente hacen una descripción del *paisaje de acción*, es decir conductas, o a lo que White le llama *experiencias*; y al mismo tiempo manifiestan el *paisaje de conciencia o significado*, ya que hablan de su manera de pensar, acerca de sus motivos, preferencias, cualidades, etc. El terapeuta alienta a las personas a hacer un intercambio entre ambos paisajes, como un proceso recursivo que existe en toda la terapia. En este proceso de reescritura se estimula a las personas para hablar acerca de qué podrían significar los acontecimientos extraordinarios o alternativos y establecer qué acontecimientos del paisaje de acción determinan mejor sus descripciones preferidas, de tal forma que en la reescritura estos paisajes se alternan⁵⁶ (White, 2002a).

Según White (2002a), “Los relatos proporcionan el marco que nos hace posible interpretar nuestra experiencia y estos actos de interpretación constituyen logros en los que somos parte activa. Además un único relato no puede vivir por nosotros completamente, porque no existe un relato que esté libre de ambigüedad y contradicción...” (p. 19). En terapia se hace un esfuerzo para dar sentido a las contradicciones y a las experiencias que han sido desatendidas y no pueden ser interpretadas tan fácilmente, por lo que el terapeuta apuntará “a una nueva expresión -a través de marcos de inteligibilidad alternativos- de otras experiencias de vida” (p. 24). Así el terapeuta en colaboración con las personas participarán en la negociación o renegociación de las historias de sus vidas. Según White, las prácticas de reescritura ayudan a las personas a introducirse a territorios alternativos de sus vidas a través de puertas del presente. De esta manera, estas experiencias se iluminan y contribuyen a la generación de tramas alternativas (White, 1992, 1993, 2002a). Cabe señalar que el terapeuta de ninguna manera indicará o prescribirá cómo deberían ser las vidas de las personas. White llama a esto pararse detrás o al lado de ellas (White, 2002a).

Las personas descubren con nuevos relatos, que muchas experiencias del pasado, desatendidas en circunstancias normales, resuenan con estos *acontecimientos extraordinarios*. (White, 1993, White y Epston, 1993, White, 2002a). De la misma manera, el terapeuta puede hacer hincapié en comprender las circunstancias en las que las personas lograron tener decisión sobre sus vidas: “¿cómo fue que dieron esos pasos?, ¿en que basaron dichos pasos?, ¿qué efectos reales tuvieron en sus vidas y relaciones?, etcétera” (White, 2002a, p. 42), mostrando una actitud de sorpresa y descubrimiento, lo cual creará en ellas un sentimiento de validación y habilitación de *agencia personal*.

Al reflexionar y poner en práctica estas historias alternativas las personas tienen la posibilidad de identificarse con valores y compromisos preferidos de sus vidas, de descubrir lo que la gente da valor en la vida, de abrir la puerta a futuros desarrollos de otras historias, a menudo vinculadas con sentimientos y estética de vivir, ética de existencia, o bien con nociones espirituales (White, 2004). A medida en que la familia pone en práctica estos relatos alternativos preferidos de sus vidas, y reconoce estas afirmaciones alternativas asociadas con sus prácticas de vivir, el terapeuta se va haciendo cada vez menos indispensable, hasta que se despide de la terapia. White señala que la despedida por parte del terapeuta suele no demorar y rara vez la familia se sorprende cuando esto

⁵⁶ White (1993) afirma que no son los acontecimientos extraordinarios los que dan una estructura de vida sino las historias, y es la realización de esas historias alternativas lo que transforma la vida de las personas.

sucede. Si ciertamente, el terapeuta ha tenido un papel importante en la coautoría de los relatos alternativos, también debe trabajar para asegurarse de que las personas resulten ser coautoras privilegiadas en la reescritura de sus vidas (White, 2002a).

d) Propuesta de trabajo terapéutico.

La primera parte de la entrevista en la terapia narrativa, consiste en tratar de obtener información de aquello por lo que la familia está cursando que considera es negativo. White se interesa en los relatos que las personas cuentan de su experiencia, para él, es importante saber cómo han sido sus vidas y obtener algún grado comprensión de ellas, y que las personas así lo entiendan. Para llegar a una comprensión de lo que la familia considera un problema o de lo que lleva a terapia, se puede explorar las experiencias de las personas con respecto al problema, en este sentido son útiles las conversaciones externalizadoras (White, 2002a).

La externalización del problema se puede lograr a través de las preguntas de *influencia relativa*. El primer tipo de preguntas corresponde a la *influencia que tiene el problema en la vida de los miembros de la familia y sus relaciones*. Este tipo de preguntas son relativamente fáciles de responder para la familia, y permiten establecer un mapa de la influencia del problema en la vida y en las relaciones de la familia. A través de estas preguntas, el terapeuta pide toda la información que le ayude a comprender como la familia experimenta el problema. Generalmente las descripciones obtenidas establecen la red de supuestos o premisas que han restringido sus respuestas. Estas preguntas permiten a los miembros de la familia, describir y detallar los pasos necesarios, si deciden continuar con el estilo de vida dominado por el problema, para someterse a las restricciones planteadas por él y fomentar su perduración. El terapeuta sugiere entonces que deben tomar decisiones en la acción de sus vidas; y estimula a elaborar descripciones diferentes del rumbo conservador, favoreciendo condiciones para una doble descripción, que proporcione nueva información y desafíe las restricciones (White 1994, 1995).

Así, el terapeuta motiva a una descripción distinta acerca de la participación que tendría la familia para oponerse a las restricciones planteadas por el problema, por lo que las preguntas subsecuentes, serán acerca de *la influencia de la familia y sus relaciones en la vida del problema*. Estas preguntas hacen referencia a las *contradicciones o logros aislados* que las personas tuvieron sobre el problema, señalando hechos en los que se opusieron a éste con éxito. Siempre existen logros aislados en la familia, y comprenden una variedad de sucesos, ideas e intenciones que la familia no elige, por tanto no perduran, e inadvertidamente la familia contribuye a la persistencia del problema (White 1994).

Cuando los miembros de la familia deciden querer explorar nuevos rumbos, el terapeuta entonces especula sobre experimentos que favorecen la nueva dirección. Si la familia opta por esta nueva solución alternativa, el terapeuta puede trazar un mapa sobre las posibles confusiones y malestares, especialmente si los miembros de la familia que se hicieron adictos a la influencia del problema en sus vidas. En tales circunstancias, el terapeuta puede identificar contra lo que deben luchar y los obstáculos que surgirán si deciden oponerse a seguir participando en el problema⁵⁷. Si por el contrario, los miembros de la familia no están dispuestos a favorecer las consecuencias del cambio, existen formas en que el terapeuta y familia pueden concertar algunos detalles del estilo de vida dominado por el problema (White, 1994).

⁵⁷ White designa el término de «resaca» a las posibles experiencias de confusiones y malestar a la que pueden estar sujetos los miembros de la familia (White, 1994). En su libro de *Rescribir la vida*, llama al periodo de tiempo «migración de identidad», caracterizado por la confusión o ambigüedad que las mujeres que han sufrido abuso sexual pueden experimentar en el transcurso de la terapia (White, 2002a).

Si la familia está dividida respecto a la dirección a seguir, el terapeuta pide a aquellos que defienden el viejo rumbo, que expliquen cómo es que impedirían experimentar los nuevos rumbos y cómo lograrán que aquellos que eligieron la salida radical experimenten los caminos para aumentar el estilo de vida dominado por el problema. El terapeuta pregunta a aquellos que eligieron la nueva dirección cómo evitarán las incitaciones para continuar con los viejos hábitos, y de esta manera convencer a los otros de la importancia de los nuevos rumbos. El terapeuta entonces comunica que la siguiente sesión reflexionarán tanto sobre los experimentos que favorecen el nuevo rumbo como sobre los que favorecen el rumbo conservador. Esto permitirá saber, en la siguiente charla, qué rumbo fue favorecido con más fuerza. Esta revisión ayudará al terapeuta y a la familia elegir nuevos experimentos y decidir el rumbo que les conviene seguir.

Segunda sesión y subsiguientes.

En la siguiente sesión y/o subsiguientes sesiones, el terapeuta evalúa la participación de cada miembro entre una sesión y otra, así como el resultado de los experimentos y hechos ocurridos. El terapeuta detecta y responde a la dirección que fue *respondida* con más éxito y fuerza por la familia, sea cual fuere la respuesta, elabora distinciones del rumbo conservador y rumbo radical, estas respuestas por parte del terapeuta son a su vez, el origen de nuevas respuestas o experimentos de la familia, se inicia así un proceso recursivo entre la respuesta de la familia y la respuesta del terapeuta y viceversa (White, 1994).

Si los miembros de la familia tienen un buen comienzo, favoreciendo las nuevas respuestas, pueden tener dificultades para notar sus logros, esto suele ocurrir cuando al comienzo de la terapia los cambios son considerados triviales. En este momento, la capacidad de generar nuevas respuestas del sistema terapéutico depende en gran medida del terapeuta. En tal caso, se puede introducir al contexto terapéutico “un nuevo libro de códigos que establezca contradicciones y provoque un «relajamiento» de la red de supuestos de la familia” (White, 1994, p. 146). Como resultado de esto, el terapeuta contribuye a que el sistema terapéutico sea capaz de responder a la nueva información transformándola en descubrimientos. También el terapeuta se puede ayudar del lenguaje temporal para discutir de los momentos de *salidas* o *mejoras* y *embarques* o *crisis*; haciendo distinciones entre ambas, contribuyendo así a la doble descripción, y a la perduración de las nuevas respuestas (idem).

En la nueva descripción, el terapeuta incita a advertir los logros y fortalecer las nuevas respuestas en detalle, pues de esta manera incita a la familia a evocar ideas de competencia y capacidad. En consecuencia, la familia elabora descripciones dobles de los hechos, buscando una explicación a las contradicciones. El terapeuta señala las distinciones de la vida dominada por el problema e incita a la familia en la nueva dirección, remarcando que para lograrlo los integrantes de ésta tuvieron que lograr tres cosas: (a) se opusieron con éxito a los modos habituales de participar en el problema y a las restricciones específicas; (b) se enmarcaron en un rumbo de la vida nuevo que responde a una fórmula diferente; (c) y que de algún modo se las arreglaron para eludir la “resaca” que habitualmente provoca el cambio” (White, 1994, p. 153).

El terapeuta puede hacer que la familia se fortalezca y se interese por las nuevas respuestas, si las consulta a detalle y las murmura quedamente, tomando nota de éstas. Asimismo si la familia minimiza los cambios, el terapeuta puede preguntar en voz alta si son capaces de comprender la significación de éstos. También puede informar que el cambio lo tomó desprevenido, y pedirle a la familia que encuentre una forma para explicarle claramente éste; lo que ayudará tanto a que se den cuenta de la participación que tienen en el estilo de vida dominado por el problema como para que se percaten de sus recursos y contribuciones en la nueva descripción. Entonces el terapeuta señala estas distinciones que son la fuente de nuevas respuestas por parte de la familia, especialmente de la diferencia de los hechos en los distintos tiempos para hacer a los cambios

más perceptibles. Una vez que la familia avanza de acuerdo a la fórmula de respuestas que se elaboró, el terapeuta vuelve a insistir en parte de las sesiones que lo informen para ponerlo al día y comprender mejor los descubrimientos los realizados por ellos (idem).

Finalización de la terapia

El terapeuta puede pedir a la familia en vista de sus avances, que le proporcionen algún consejo que sería útil a otras familias con problemas similares. Con ello, la familia marca un contraste, elevando la categoría de paciente a asesor. Cuando el terapeuta observa mejoría, puede manifestar su complacencia a través de ritos que señalen cambio y un nuevo curso de vida. El final de la terapia no representa ningún problema, generalmente la familia está dispuesta a enfrentar lo nuevo, mediante lo que White llama: «conducta de exploración»; de esta manera, la participación del terapeuta es cada vez menos indispensable, y posteriormente esta conducta adquiere un valor más alto, que lleva al terapeuta gradualmente apartarse del sistema terapéutico (White 1994).

De esta manera, en las prácticas de la terapia narrativa, los terapeutas se suman a las personas en la tarea de la negociación de los significados alternativos de los acontecimientos y de las acciones de las historias de sus vidas que habían quedado fuera del relato saturado por el problema. Por lo que los nuevos acontecimientos y acciones son reinterpretados y reciben una nueva lectura llegando a acrecentar su valor; interpretándose ahora como expresiones de: lucha, perseverancia, resolución, protesta, etc. (White, 2002a).

Así, la nueva experiencia da sentido a la expresión, al mismo tiempo que la nueva expresión estructura y reestructura la experiencia, posibilitando un intercambio entre ambos paisajes de acción y de conciencia. Posteriormente, a medida que la familia pone en práctica sus relatos alternativos y preferidos de sus vidas, avanzan en la articulación y experiencia de otras formas de ser y pensar; es decir experimentan valores, objetivos, creencias, y compromisos asociados a los relatos alternativos de sus formas preferidas de vivir.

e) Posibilidades de acción terapéutica.

Para White (2002a), no hay un momento particular de intervención, ni un orden específico en las preguntas. Los ejemplos que en este apartado se proporcionan son una pequeña gama de entre un sin número de posibilidades, y estas se adaptarán según las necesidades en terapia. En sí, la tarea del terapeuta es proporcionar el contexto para la re-narración de sus vidas, mediante el uso del lenguaje y el empleo de preguntas, durante la conversación terapéutica, a través de un trato cordial y ameno. Un punto importante que destaca White, es la índole constitutiva de las interacciones que se dan en terapia porque moldean las vidas de las partes involucradas. Así, la elaboración y generación de los significados de las nuevas descripciones o narrativas, se construyen por ambas partes, no obstante, el terapeuta debe asegurarse que los clientes sean los coautores principales de sus propias historias.

Según Tomm (1994), en la terapia narrativa, una forma de contribuir a los cambios constructivos es ampliando la conversación a través de preguntas e incluyéndose en la red social del cliente. Mediante estas preguntas se le incita a ser un observador selectivo de sí mismo; también se hace participar a las personas que se consideran significativas en las nuevas historias, ya que pueden contribuir al reconocimiento de las personas como agentes de cambio. Una de sus principales intervenciones es la externalización del problema, que se describe como un proceso que forma parte de las conversaciones externalizadoras (2002a, 2002b). Aunque este proceso suele hacerse al principio, puede retomarse cuando se considere pertinente en cualquier momento a lo largo de las sesiones en terapia.

Externalización del problema.

1. Preguntas referentes a la influencia que tiene el problema en la vida y en las relaciones de las personas: Preguntas Deconstructivas

Una parte importante para White (2002a), es la comprensión de lo que exponen las personas en terapia, que se logra por medio de la *externalización del problema*. El primer tipo de preguntas para la externalización, son las preguntas referentes a la *influencia que tiene el problema en la vida y en las relaciones de las personas*, que tienen el fin de objetivar o cosificar los problemas que oprimen a las personas, y de esta forma *deconstruir* o subvertir realidades. El terapeuta en este sentido, alienta a las personas a que relaten la forma en la que el problema ha afectado sus vidas. Debe dar prioridad a las ideas acerca de lo que las personas están haciendo y por qué lo que están haciendo; así como sus opiniones referentes a la forma en que las cosas llegaron a ser como son. Ejemplos de estas preguntas son las siguientes:

¿De qué modo el problema ha afectado su vida?

¿Cómo está interfiriendo en su relación de ustedes como familia?

¿Cómo los afecta a ustedes como padres este problema?

De la misma manera, se debe prestar atención a las descripciones de las personas relacionadas con sus deseos, compromisos y valores (White, 2002a), para lo cual se podrían hacer también preguntas como:

¿Qué tipo de interacciones les está imponiendo el problema en sus relaciones?

¿Cómo piensan que el problema está afectando el modo en que usted se siente respecto a sí mismo como persona?

¿Alguna vez hace el problema que hagan o digan cosas opuestas a su manera de pensar?

Al revisar esos eventos que sucedieron en aquel entonces, ¿qué le dicen acerca de lo que usted creía que era realmente importante en su vida?

Sin embargo, la conversación externalizadora no es la única forma de deconstruir. El terapeuta puede hacerlo realizando otro tipo de conversaciones sobre aspectos políticos de las relaciones. Esto es debido a que muchas personas no experimentan el problema como la totalización de su identidad; por lo que el terapeuta puede hacer uso de descripciones que pueden ofrecer mayores posibilidades que las etiquetas, y constituir una expresión más completa de dichas experiencias. Según White, para llegar a esta *reinterpretación del problema* se deben considerar las expresiones de las personas, ya que ofrecen un marco para la interpretación de los nuevos relatos. Esta nueva interpretación se elaborará con ayuda de la familia o cliente, tomando en cuenta el contexto en donde se desarrolló el problema, además de ser congruente con sus formas de ser y pensar. Ejemplos de descripciones que ofrecen mayores posibilidades para la acción son:

A personas que fueron sujetas de abuso sexual, podría renombrarse este abuso como "explotación", "tiranía", "tortura", "violencia", etc.

A veteranos de Vietnam que no podían reconciliarse consigo mismos por lo que hicieron o habían visto, se les sugirió una nueva descripción como "compasión violada".

A lo que se le llama esquizofrenia, se describió como "estilo de vida arrinconado"

Al término peyorativo *ira* o *mujer enojada* que se les asigna a algunas mujeres, puede interpretarse como "indignación" o "pasión por la justicia".

2. Preguntas relativas a la influencia que ejercen las personas y sus relaciones en la vida del problema: Reconstructivas o de reescritura.

Otro tipo de preguntas utilizadas en la externalización del problema, son las preguntas relativas a la influencia que ejerce la familia y sus relaciones en la vida del problema, mediante estas preguntas, también denominadas por White (2002a, 2002b) *reconstructivas o de reescritura*, se le invita a la familia a describir la influencia que tienen para oponerse al problema. Este tipo de preguntas tienen como propósito generar una trama alternativa. Obtener información que contradice la descripción saturada por el problema, no suele ser tan fácil como el primer tipo de preguntas. En este sentido, el terapeuta puede asumir una actitud de curiosidad hacia lo que las personas podrían considerar formas preferidas de ser y pensar. Las siguientes preguntas pueden ser de ayuda:

Espere un poco, ¿qué fue lo que lo preparó para dar ese paso?

¿Es posible que haya alguna conexión entre este acontecimiento y este otro de hace dos meses?

¿Cómo impidió usted que el estilo de vida de sentirse arrinconado lo empujara a un rincón en esta ocasión?

¿Puede usted comprender cómo yo veo que su desafío a ese hábito tiene una importancia crítica?

En estas circunstancias, ¿puede usted comprender que esto me sorprende?

De esta manera, el terapeuta ayuda a la familia a introducirse a territorios alternativos por medio de *acontecimientos extraordinarios presentes*. Para que la familia los juzgue positivos, estos deben estar asociados con la concepción que la familia tiene de lo que es una vida mejor. Los acontecimientos extraordinarios pueden ser referentes al pasado, cuando se hace una revisión histórica, inclusive entre sesiones; al presente, los cuales se sitúan en el trascurso de la sesión y hacen referencia a aquellos cambios que se detectan como resultado de la terapia o que son sorprendivos; y al futuro que se pueden obtener revisando los intereses, motivaciones o intenciones que tienen las personas para oponerse a la influencia del problema. Como se puede observar, durante toda la sesión se obtiene información de ambos paisajes o panoramas de un relato, sin embargo, particularmente en el proceso de *reescritura*, el terapeuta invitará a la persona en cuestión o miembros de la familia a realizar intercambios entre ambos paisajes (White 2002a, 1994):

¿Puede usted comprender cómo yo veo que su desafío a este hábito tiene una importancia crítica?

Si pudiera ver la significación que yo veo en este paso, ¿cómo influiría esto en la manera en que usted se ve?

Si se internara más en esta imagen de quien es usted realmente, ¿qué efectos piensa que tendría en sus próximos pasos? O suponga que esta claridad acerca de lo que quiere para su vida ha de tener influencia en sus acontecimientos futuros. ¿En qué cambiaría lo que suceda en su vida durante los próximos 7 ó 14 días?

Para la exploración de los logros aislados, el terapeuta puede hacer uso de preguntas directas e indirectas. En las preguntas directas, el terapeuta obtiene información de las personas acerca de sus propias percepciones, y en las indirectas las invitan a especular sobre las percepciones de otras. Ejemplos de estas preguntas son las siguientes:

¿Puede usted recordar una ocasión en la que estuvo a punto de sucumbir al problema pero en cambio logró reaccionar y sobreponerse?

¿Le sorprende descubrir que fue usted capaz de escapar al dominio de su estado de ánimo en esta reunión y de responder a algunas preguntas?

¿Puede comprender mi sorpresa al ver que usted hizo semejante contribución en esta circunstancia?

¿Qué aspectos de estos nuevos cambios cree que a mis colegas les parece más impresionante?

El terapeuta puede situar el acontecimiento extraordinario o logro aislado dentro de una secuencia de hechos situados en el tiempo y en el espacio. Esto dará a las personas una percepción de cambio y progreso, lo que dará sentido a estos acontecimientos al relatar la historia personal y relacional. Estas preguntas llamadas de *explicación única* también pueden ser directas cuando se refieren a sus propias percepciones; e indirectas cuando se invita a las personas a especular sobre las percepciones de otras. (White, 1994). Ejemplos de estas preguntas son:

¿Cómo logró dar ese paso?

¿Quiere ayudarme a comprender cómo pudo superar el problema?

Según usted, este logro entendido como una guía decisiva, ¿qué me dice a mí sobre la naturaleza de su nueva decisión?

¿Qué cree usted acerca de su intención de superar el problema le dice a Mary sobre la manera en que usted está tratando de dar una nueva trayectoria a su vida?

A través de la búsqueda de los acontecimientos extraordinarios se invita a las personas a participar activamente en la *creación de dar sentido* a las *tramas alternativas* que contradicen los libretos dominantes. Al hacerlo surgen opciones para las personas en la identificación y descripción de los nuevos relatos preferidos de sus vidas. El terapeuta se esfuerza junto con la familia por dar sentido a las contradicciones, ya que no pueden ser interpretadas tan fácilmente. También puede contribuir con otras maneras de vivir y pensar, porque como afirma White: "Siempre existe un reservorio de historias alternativas acerca de cómo podría ser la vida" (White, 2002a, p.). Para dar sentido a estos acontecimientos extraordinarios son útiles las preguntas de *redescripción única* o *redescripción personal*. En este sentido las preguntas pueden ser directas o indirectas, acerca de la relación consigo mismo o bien con los demás:

¿Qué le dice a usted sobre sí mismo que resulte importante que yo conozca?

El haber abandonado con éxito su antiguo modo de ser, ¿qué le dice sobre su relación que usted pueda admirar?

¿Qué cree usted que estos nuevos cambios me dicen sobre usted como persona y que es importante que yo conozca?

¿Qué aspectos de su relación piensa usted que son ahora visibles para los demás, aspectos que habríamos pasado por alto todos nosotros?

¿Qué le parece oírse decir que usted tiene autoridad sobre sí mismo?

¿De qué modo estas nuevas relaciones suyas influyen en su capacidad de respetarse a sí mismo?

Saber esto sobre Paul, ¿qué efecto tiene en su relación con él?

¿Cómo estos descubrimientos acerca de la influencia que usted tiene en la perduración del problema afectan su relación con Sandra?

Para la generación de tramas alternativas, también llamado «proceso de reescritura», es importante el uso del lenguaje, las preguntas y la imaginación. Al reflexionar sobre estas historias alternativas, las personas identifican valores y compromisos preferidos. Según White: "Una vez establecidas las nuevas narrativas, continúan brindando un marco alternativo para la atribución de significado a aquellas experiencias de la vida, que de otro modo, habrían sido desatendidas, lo que continúa teniendo efectos reales sobre la vida en tanto vivida" (White, 2002a, p.38).

Otras preguntas que pueden brindar un marco alternativo para la generación de nuevas narrativas, son las preguntas sobre *posibilidades únicas*. Estas preguntas invitan a los miembros de la familia

a especular sobre su futuro, es decir, a investigar otras versiones posibles de su vida y de sus relaciones, así como descubrir nuevas metas. Estas preguntas también son directas, indirectas, sobre la relación con el sí mismo, y con los demás. Como ejemplo son:

¿De qué manera conocer esto sobre sí mismo influye para que dé el próximo paso?

¿En qué medida cree usted que esta nueva concepción de su relación pueda afectar su futuro?

Sabiendo lo que ahora sé sobre usted, ¿qué posibilidades cree que yo podría prever inmediatamente?

Habiéndome enterado de este nuevo concepto de su relación, ¿qué pasos cree que mis colegas consideran accesibles para usted?

¿En qué medida aprovechar algunas de estas nuevas posibilidades puede afectar la relación que usted tiene consigo mismo?

¿Cómo cree que explorar las nuevas oportunidades que acompañan esta nueva dirección afectará la apreciación de usted mismo como persona?

¿En qué medida esta nueva visión de sí mismo afectará su relación con John?

¿Qué efecto tendrá en su interacción con Sally el hecho de que ella siga algunas de estas nuevas posibilidades?

Según White: "...las conversaciones de reescritura de la vida, los pequeños acontecimientos y actos que contradicen los libretos dominantes de las vidas de las personas asumen una significación especial y al hacerlo, brindan opciones para la identificación y descripción densa de los relatos alternativos de las vidas de las personas... Estos acontecimientos y actos dan cuenta de subtramas, de diferentes anhelos y objetivos, de otros relatos de identidad, y de muchos saberes y habilidades para la vida que hasta el momento no habían sido reconocidos"(White, 2002b, p. 172). Por ello, durante la conversación terapéutica se les invita a los miembros de la familia a hacer una descripción acerca de las formas de pensar preferidas que determinan mejor sus acciones, y qué acciones están más acorde con estas formas preferidas de ser y pensar.

A través de estas prácticas narrativas y de reescritura se abren espacios para que los miembros de la familia tomen una posición reflexiva acerca de los problemas en sus vidas, de los acontecimientos y actos que contradicen los relatos de incompetencia, así como de los conocimientos en soluciones mediante la exploración de las mismas contradicciones. Como resultado de esto, las personas se descubren así mismas manifestando sus objetivos preferidos, sus intenciones, valores y compromisos. Asimismo se encuentran negociando y renovando los nuevos acontecimientos de sus vidas, dando como resultado una descripción densa de sus propias vidas⁵⁸.

Metáfora: Decir de nuevo ¡Hola!. Incorporación de la relación perdida.

Esta metáfora, más que una intervención, comprende ciertas conversaciones que tienen como propósito la incorporación de la relación perdida. Estas prácticas brindan a las personas la oportunidad de describir con mayor riqueza los saberes cotidianos y habilidades para la vida que

⁵⁸ Apoyándose en Clifford Geertz, White a diferencia de la *descripción magra* que son las interpretaciones que excluyen las descripciones de las apersonas que están participando, y en cambio están informadas de conocimientos expertos y totalizantes; hace uso del término *descripción densa* para referirse a aquellas interpretaciones informadas por los que están participando en las acciones, haciendo énfasis en los sistemas de interpretación y prácticas de negociación, la cual posibilita los significados compartidos entre las comunidades (White, 2002b).

fueron co-generados a través de las relaciones significativas. En estas prácticas, las personas reconocen las contribuciones que personas queridas para ellas han tenido en sus vidas. De esta manera, las personas llegan a experimentar que sus vidas están ligadas a las vidas de estas personas, y posibilita la presencia de esas figuras aun cuando ya no estén disponibles por muerte, o de las cuales se hayan separado. Esta renegociación de la identidad contribuye a una descripción densa, en la que las personas experimentan su vida con mayor riqueza, por lo que son menos vulnerables al sentimiento de soledad, abriendo sus posibilidades de acción en el mundo (White 2002b).

Para incorporar experiencias vividas que se han perdido, el terapeuta puede ayudarse de las siguientes preguntas: a) de experiencia de experiencias; b) de reelaboración de relatos alternativos de la persona o personas; c) de la circulación del conocimiento de uno mismo; así como d) de la toma de conciencia de la producción de producciones (White 1994).

a) Preguntas de experiencias de experiencias. Prácticas de re-integración⁵⁹

Según White (2002b), las conversaciones acerca de experiencias de experiencias, también llamadas prácticas de re-integración, invitan a las personas a relatar lo que percibían como experiencias positivas del ser ausente y así reivindicarlas; incluyen preguntas que tienen como propósito recordar y reconocer contribuciones del ser ausente como: saberes y habilidades; experiencias de tacto y voces entre otras.

Si estuviera viéndose ahora a través de los ojos de Ron, ¿qué rasgos de usted misma advertiría que podía apreciar? ¿En qué se modificaría su modo de verse si usted estuviera apreciando esos rasgos ahora mismo?

¿Qué veía su madre cuando la miraba a usted con sus ojos amorosos?

De la misma manera, las preguntas de experiencias de experiencias incitan a las personas a remontarse a las experiencias pasadas, donde pueden encontrar versiones alternativas mejores de sí mismas. O bien, pueden ser útiles para invitar a la persona en cuestión o miembros de la familia, a reflexionar y especular sobre sí misma o lo que otras personas imaginan o creen acerca de ellas. Por ejemplo:

Si usted hubiera sido un espectador de su propia vida cuando era joven, ¿qué podría haber visto entonces que pudiera ayudarme a comprender que usted era capaz de realizar lo que realizó recientemente?

b) Preguntas para la selección de versiones alternativas

Para estimular versiones alternativas o que experimentaban como más atractivas y revivir las experiencias estimulantes de las personas, pueden elaborarse versiones como:

¿Qué conoce usted de sí misma que la hace sentirse animada cuando mantiene ricadas aquellas cosas gratas que Ron (persona ausente) conocía de usted?

¿Qué puede ver ahora de sí mismo que estuvo perdido durante tantos años para usted?

⁵⁹ Para White (2002b) la metáfora de prácticas de reintegración tiene el mismo propósito que las *preguntas de experiencias de experiencias* comprendidas en el artículo publicado en 1988 por el Dulwich Centre Newsletter, llamado *Saying hello again: The reincorporation of the lost relation ship in the resolution of grief*; posteriormente publicado en el libro *Selected Papers* de 1989 y, su posterior publicación en español, en *Guías para una Terapia familiar Sistémica* de editorial Gedisa (1994).

c) Preguntas para hacer circular el conocimiento de uno mismo

Para que dichas versiones tengan un grado de autenticidad e identificación, es necesario que se apoyen en la experiencia vivida y así aumente la sobrevivencia de dichos conocimientos. Interpretando estas significaciones, el público que participa retroalimenta las nuevas producciones. Un ejemplo de circular el conocimiento de uno mismo sería:

¿Cómo podría hacer saber a otros que usted ha reivindicado algunas de las cosas descubiertas de sí misma que eran claramente visibles para Ron y que a usted personalmente le parecen atractivas?

d) Preguntas para tener conciencia de la producción de producciones

Para que las personas se den cuenta del grado en que ellas constituyen y moldean sus vidas, es decir su papel en la producción de sus propias producciones, es importante hacer saber a ellas que el curso de su vida depende de las decisiones que tomen. En este sentido pueden ser útiles las siguientes preguntas:

¿Cómo puede influir en usted lo que ahora sabe de usted mismo en su próximo paso?

¿En qué medida podría influir esta manera de sentir en los pasos que pudiera usted dar para retornar a la vida?

El uso de este recurso puede ser conveniente en otras situaciones, como la pérdida de niños incluso aún no nacidos. En este sentido, es útil que los padres o personas relacionadas con el niño imaginen qué tipo de experiencia de dicho niño podría considerar de sus padres. O bien utilizarse en niños que fueron sujetos de abuso o en adultos que lo sufrieron en su niñez; en las que se localizan actitudes positivas de personas adultas respecto a la persona en cuestión o bien percepciones o deseos que les hubiera gustado tener respecto de sí misma. Ejemplo de preguntas para personas sujetas de abuso son las siguientes:

¿Crees que tu vida habría sido diferente y más rica si (el adulto que perpetró el abuso) hubiera sabido realmente lo que hay que saber sobre ti?

¿Qué hizo que tu maestro se diera cuenta de que (el adulto que perpetró el abuso) estaba ciego?

¿Cómo se habría modificado la vida de ese niño si hubiera tenido a usted como padre?

¿Qué podría hacer para ponerse de parte de la actitud de ese niño de diez años hacia usted, en lugar de ponerse de parte de la actitud del adulto que perpetró el abuso?

Según White (1994, 2002a), toda experiencia de pérdida es única, por lo tanto los pasos necesarios para resolver cada pérdida también son diferentes. Por lo que una metáfora es eficaz en virtud de que reconozca la expresión de su carácter único.

Preguntas de asesorar al asesor.

Este tipo de preguntas pueden realizarse al finalizar la terapia. White y Epston (1994) las citan en la última parte del rito de inclusión que es la reincorporación. La intención de estas preguntas es que las personas se perciban con mayor autoridad sobre su vida y la solución de problemas. Con

estas preguntas, el terapeuta invita a las personas a narrar los conocimientos que se generaron o resucitaron en terapia. Estos conocimientos incluyen las historias alternativas de sí mismas y sus relaciones que les permitieron liberar sus vidas del problema⁶⁰. De esta manera, la persona eleva su estatus de recibir ayuda a *asesor de sí mismo y los demás*.

Según White y Epston (1994), el terapeuta estimula a las personas a prestar atención acerca de cómo fue que llegaron a obtener esos conocimientos sobre sí mismas. También se les incita a que narren la lucha a la que se enfrentaron y sus nuevos descubrimientos. Esto permite hacer significativos tales descubrimientos garantizando su permanencia. Para tal fin, pueden utilizarse medios como: relatos autobiográficos, diarios íntimos, transcripción de entrevistas, cintas de video, cintas de audio, etc. El terapeuta tratará de hacer hincapié en que las personas identifiquen los pasos o sucesos que dieron o tuvieron lugar en la transición para pasar de la situación problemática a otra que no lo es, es decir, sus recursos y posibilidades. Alternativamente, el terapeuta puede relatar su versión y pedir a las personas sus opiniones, y posteriormente incorporar estas reflexiones al nuevo relato. Cuando las personas responden a estas preguntas se perciben con una posición de agentes desempeñando un papel activo en la dirección de sus propias vidas. Cualquier categoría que se realice de las preguntas de ninguna manera agota todas las posibilidades, y éstas estarán en función de cada caso en particular.

a) Preguntas orientadoras

Estas preguntas permiten a las personas a darse cuenta de la importancia de comprender los pasos que dieron para la resolución de problemas, de establecer los conocimientos sobre sus recursos y soluciones que les permitirán enfrentarse al futuro, y de dar a conocer los conocimientos y descubrimientos sobre sus soluciones a otras personas. Algunos ejemplos de estas preguntas son las siguientes:

¿De cuáles cree que dependerá usted más en el futuro? ¿Cree que sería útil mantener vivo el conocimiento de tales habilidades? ¿Cómo se le ocurre que podría mantenerlo vivo?

Imaginemos que yo mantuviera una entrevista con una persona o una familia que experimentará un problema como el que tuvo usted. Por lo que usted sabe, ¿qué consejo cree que le daría yo a esa persona o a esa familia?

La mayor parte de lo que saben los terapeutas y que les resulta útil procede del aprendizaje que hicieron trabajando con personas que se les acercaron en busca de ayuda:

¿Está usted preparado para apoyar los esfuerzos que yo haga para preservar los conocimientos sobre cómo resolver problemas; para que estos puedan servirles a otras personas en el futuro?

b) Preguntas acerca de la versión personal.

Estas preguntas hacen referencia a la versión que las personas poseen sobre cómo desarrollaron sus conocimientos sobre soluciones. Desarrollar este relato ayuda a las personas a que los conocimientos sean accesibles y sobrevivan, y a que experimenten una evolución de su persona. Es importante señalar que estas preguntas son semejantes a las de *explicación única*, solo que las de *versión personal* elevan la categoría del cliente a la de asesor. Ejemplos de estas preguntas pueden ser las siguientes:

⁶⁰ White y Epston (1994) señalan la importancia en convenir una cita especial para realización de tales preguntas.

¿Qué puede contarme usted de su historia personal que pueda ayudarme a comprender cómo se desarrollaron sus habilidades para resolver el problema?

Entonces, ¿qué fue lo que produjo este gran logro? Cuénteme como se preparo para lograrlo que consejos se dio a sí mismo? ¿Cuál considera usted que fue el primer paso? ¿Alguna persona advirtió esto? Y si lo hizo, ¿qué papel desempeño?

c) Preguntas referentes a la redescrición personal

El terapeuta invita a las personas a reflexionar sobre los conocimientos alternativos de sí mismas y de sus relaciones que resucitaron o generaron en terapia. Al mismo tiempo estas preguntas ayudan a elaborar una nueva descripción o nuevo relato de sí mismas. Estas preguntas son semejantes a las de *redescrición única*, solo que estas re-historian todo lo que se ha aprendido o resucitado durante la terapia. Las siguientes preguntas son algunos ejemplos:

Cuando usted revisa mediante las entrevistas que mantuvimos, ¿qué aspectos le resultaron particularmente reveladores sobre quién es usted como persona y sobre sus cualidades para mantener relaciones con los demás?

Después de haber sido testigo de las acciones que usted mismo realizó, ¿qué conclusiones saca de sí mismo y de sus relaciones con los demás (conclusiones a las que usted no podía llegar)? ¿Qué sabe usted ahora de sí mismo que de otro modo no hubiera sabido?

d) Preguntas sobre posibilidades personales

Estas preguntas, semejantes a las de *posibilidades únicas*, están orientadas hacia el futuro e invitan a las personas a especular sobre las nuevas posibilidades. De la misma manera, ayudan a las personas a imaginarse un destino valioso y mirar el presente y el pasado, y a que se percaten que son parte activa de este mismo destino. Ejemplos de estas preguntas son las siguientes.

Al saber lo que ya sabe sobre sí mismo y su forma preferida de vivir, ¿cómo cree que este nuevo conocimiento afectará sus próximos pasos? ¿Cómo cree que influirá en su forma de sentir el hecho de verse a sí mismo dando estos nuevos pasos? ¿Y cómo cree que influirá todo esto en la imagen que usted tiene de sí mismo como persona?

Me he dado cuenta de que aquí tenemos una historia diferente, en algunos sentidos, de la que usted tenía anteriormente o al menos de la que usted creía que tenía. ¿Le molestaría que le haga algunas preguntas sobre la clase de futuro que esta nueva historia puede traer consigo? ¿Hasta que punto este nuevo futuro será diferente del que le habría deparado su pasado?

e) Preguntas de circulación

El terapeuta mediante estas preguntas invita a las personas a dar a conocer las nuevas historias sobre sí mismas y sus relaciones. En este sentido, también se puede reclutar a otras personas para que se conviertan en la audiencia de las nuevas declaraciones. Esto permite evaluar hasta que punto las personas consultantes están preparadas para dar a conocer sus nuevos conocimientos y que estos sean accesibles a otras personas con problemas similares.

Ahora que usted alcanzo este punto de la vida, ¿quién más puede saberlo? ¿Qué diferencia cree que puede marcar este conocimiento en la actitud que esa persona tenga hacia usted? ¿Cuál supone que sería la mejor forma de presentarle estas novedades?

Si otras personas buscan ayuda terapéutica por las mismas razones por las que hizo usted, ¿puedo compartir con ellas algunos de los importantes descubrimientos que hizo usted? Si me lo permite, ¿hasta qué punto puedo darlos a conocer y en qué circunstancias?

White llama al proceso que se lleva en la aplicación de estas preguntas de asesorar al asesor como *arqueología de la terapia* porque se re-historian los conocimientos que se generaron o resucitaron en terapia. Las personas al percibirse como expertos asumen autoridad sobre sí mismas, aumentando su capacidad por lo que los cambios suelen hacerse más duraderos.

Metáfora de «rito de inclusión o de pasaje» (como proceso terapéutico) ⁶¹

Según White (1994), el rito de inclusión aplicado a terapia es un proceso que desarrolló a partir de los antropólogos van Gennep y Víctor Turner. Esta metáfora proporciona un marco distinto en la interpretación, en un principio, de la conducta descontrolada en niños y jóvenes, y posteriormente a otras situaciones como las internaciones hospitalarias de salud mental (White, 2002a). No obstante, no se limita sólo a estos casos, sino que puede ser empleada en otros adaptándose a las necesidades de los clientes, como por ejemplo el abuso sexual. Esta metáfora ofrece un nuevo marco para las interpretaciones de la crisis que se precipita en la fase de internación, ofreciendo desenlaces más positivos y disminuyendo las posibilidades de desmoralización de todas las personas involucradas. De esta manera, los significados asociados de una etapa a otra, están sujetos a negociación siempre (White, 2002a).

Según White (White y Epston, 1993; 1994, 2002a), existen tres fases en los ritos de pasaje que facilitan la transición en las etapas de la vida. Las cuales son: la fase de *separación*, la *liminal* o *ni lo uno ni lo otro*, y la de *reincorporación*. Este proceso da cuenta de las estructuras encontradas en culturas tradicionales que facilitan las transiciones de las etapas de la vida de las personas. La primera fase, supone una separación de la persona o personas de determinada posición en el orden social o estado de vida. En tal caso, la admisión para hospitalización sería interpretada como despedida de cierta posición en el mundo social que ya no es apropiada para la persona en cuestión. Esta parte se conformaría de una serie de preguntas de lo que la persona se estuviera apartando que no le serían apropiadas, en donde se podría incluir experiencias, roles, responsabilidades, deberes, acciones y hábitos entre otros. O bien como la oportunidad de tomar cierto tiempo y determinar qué aspectos ya no serían compatibles con las formas de vida que más les es conveniente a las personas.

La fase de internación sería llamada liminal, que se caracteriza por confusión y ambigüedad; en ésta todo lo que se había dado por sentado, ha dejarlo de serlo. En este periodo, la persona será preparada para el mundo familiar, y ocupar una posición diferente a la que tuvo, con nuevas formas de pensar y de actuar, así como nuevas libertades, pero también nuevas responsabilidades. En este sentido, es conveniente hacer preguntas sobre reflexiones acerca de las formas de vida a las cuales las personas podrían ingresar. Por lo que esta fase sería re-interpretada no como regresión, sino como algo inevitable, y como parte de la transición de un nuevo lugar en la vida (White y Epston, 1993; White, 1994; 2002a).

Finalmente, la fase de reincorporación, sería semejante al reconocimiento que se da a una persona en una ceremonia por la comunidad en las culturas tradicionales. Es decir, esta fase sería interpretada como la entrada a una nueva posición en la vida; en tal caso el papel de la comunidad es de suma importancia para el reconocimiento en la afirmación y en la autenticación de la nueva posición. De esta manera, la experiencia de egreso sería descrita como, la reincorporación a una

⁶¹ La metáfora de rito de inclusión fue empleada para modificar las interpretaciones de los marcos de admisión para tratamiento residencial en adolescentes por Michel Durrant y Meneses en 1986 que se basaba en la cibernética. Sin embargo, Michael White la publicó como tal en 1986, para tratar la conducta descontrolada de niños y jóvenes, en su artículo *llamado Rites of inclusion*, publicado por Dulwich Centre Review; y posteriormente incluido en el libro *Selected Papers* en 1989 que se tradujo al español por Gedisa en *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*, con el nombre *El rito de inclusión*, en 1994.

nueva etapa hasta antes fuera de su alcance. Como resultado de este rito se produce una sensación de capacidad no sólo de la persona en cuestión, sino también en los miembros de la familia (idem).

*Ceremonia de definición*⁶²

En principio White, se apoyó en la metáfora de *ceremonia de definición* para la otorgación de documentos⁶³, en donde los sujetos a quienes hacían referencia eran parte activa, al dar forma a las especificaciones de sus capacidades, y así hacerse conscientes de la participación en la constitución de sus vidas. Las ceremonias de definición proporcionan las condiciones para llevar a cabo una auto-presentación y despertar el sentido de responsabilidad; asimismo tienen la capacidad de reunir a un amplio público en la lectura y desarrollo de nuevos relatos (White y Epston, 1993).

Para White (2002a, 2002b), y White y Epston (1993), apoyándose en Barbara Myerhoff, la ceremonia de definición aplicada en la terapia narrativa, es un foro de reconocimiento informado, que tiene como propósito la autenticación de las pretensiones, habilidades y saberes de las personas. Los foros son contextos que permiten las narraciones y re-narraciones, y contribuyen al desarrollo de descripciones *densas* de las personas. A diferencia de otros foros de exclusividad, el público asistente contribuye a que las historias de las vidas de las personas sean descritas con mayor riqueza. Además, en estas ceremonias puede prestarse mayor atención a elementos específicos de estas personas, así como a los testigos externos. De esta forma, se alienta a las personas consultantes a invitar al público que puede ser testigo y contribuir a las afirmaciones preferidas de sus vidas, asimismo se le invita a identificar de qué forma se podrían comprometer a las personas en este proyecto.

El foro donde se lleva a cabo la ceremonia de definición, es un lugar estructurado de tal forma, que proporcione un espacio para que las personas en cuestión relaten las historias de sus vidas, es decir hagan una representación. Estas historias pueden incluir sus saberes y habilidades, así como sus posibilidades y proyectos para la vida. Mientras un público convocado para tal fin, es testigo de dicha representación. Los testigos externos contribuyen al reconocimiento y a la autenticación de las historias de las personas, y las historias adquieren carácter público. De esta forma las re-narraciones no sólo están enriquecidas, sino que las personas reflexionan acerca de cómo se ven, y de la contribución que ellos tienen en la producción de sus vidas (White, 2002a, 2002b).

En una segunda etapa, después de la representación, los testigos externos son invitados a reflexionar acerca de las historias relatadas con una re-narración, y las personas en el centro de la ceremonia ahora participan como auditorio. Estas re-narraciones del grupo de testigos externos tienen como objetivo rescatar lo dicho, sobre las circunstancias significativas de la vida que se incorporan al primer relato de la persona y contribuyen a la generación de nuevas descripciones. En la tercera etapa, las personas que constituyen centro de la ceremonia, se les invita a reflexionar sobre lo dicho en las re-narraciones. De tal forma, que se da una re-narración de la re-narración, es decir una segunda re-narración ampliada y enriquecida, que contribuye a una descripción más densa de las historias de los saberes y habilidades de las personas (White, 2002b).

⁶² La antropóloga Barbara Myerhoff, utilizó la metáfora para describir las actividades alrededor de las cuales la comunidad judía dignifica a la gente mayor olvidada de Venecia, Los Angeles. Myerhoff señala el papel fundamental en estas ceremonias de los *testigos externos* para el reconocimiento y autenticación de las personas (White, 2002a, 2002b).

⁶³ De la misma manera, los documentos tenían el propósito de *incluir* en ellos, las capacidades de las personas. A diferencia de los documentos en psiquiatría que tienen, más bien, el papel de *excluir* a las personas, y en ocasiones pronosticar la degradación de sus capacidades (White, 1993a, 2002a).

Equipo de reflexión como ceremonia de definición.

Gran parte de la terapia narrativa se sitúa en contextos que se estructuran como ceremonias de definición. El equipo o grupo de estudio trabaja junto con un entrevistador (terapeuta) o integrante del cuerpo docente, ofreciendo reflexiones a las personas que lo solicitan. Las consultas constan de cuatro fases. En cada etapa se construye una entrevista y a partir de la segunda, puede ocurrir la re-narración de la narración. Este proceso brinda una contextualización múltiple de los acontecimientos de las vidas de las personas integrantes. Por lo que la generación de las descripciones de las nuevas narraciones son más ricas en saberes y habilidades para la vida.

Al comienzo de la *primera fase*, se informa a las personas acerca de la opción que tienen para conocer a los integrantes del equipo, que es, o bien antes de empezar esta entrevista o antes de la segunda. Las personas pueden también llevarse a una lista de los integrantes del equipo, así como información de sus lugares de trabajo. Esto principalmente con el fin de hacer más transparente la participación del equipo y que las personas consultantes ubiquen el contexto de las reflexiones expuestas. En esta fase, el entrevistador se reúne con los miembros de la familia que buscan consulta. Los miembros del equipo terapéutico, que tienen un papel de testigos externos, se sitúan detrás del espejo de una sola vía, y tienen acceso a un circuito cerrado de televisión; o bien sentados dentro de la sala de entrevistas detrás del entrevistador y personas consultantes. El proceso de esta fase es semejante a cualquier entrevista, donde pueden emplearse cualquier tipo de preguntas como la externalización del problema (White, 2002a, 2002b).

En la *segunda fase*, las personas consultantes y entrevistador ahora son el auditorio o testigos externos, y el equipo terapéutico es el público de conversación. Los miembros del equipo en esta fase se presentan, y dan una breve información personal, pudiendo ser ésta, el lugar trabajo, intereses y proyectos entre otras; preferentemente uno a la vez al inicio, antes de proporcionar sus reflexiones para no abrumar a los consultantes y de esta forma relacionar sus respuestas con sus identidades. Es importante que los miembros del equipo no se reúnan para preparar sus comentarios.

Los miembros del equipo en esta parte reflexionan sobre los desarrollos preferidos de las personas consultantes de la primera parte de la reunión, también tienen la oportunidad uno al otro de entrevistarse acerca de estas reflexiones. En esta segunda conversación, los miembros del equipo terapéutico tienen que hacer referencia a sus comentarios como propios, y referirse acerca de la vida de los otros en tercera persona, evitando dirigirse al entrevistador o personas consultantes. Esto es particularmente beneficioso para las personas porque escuchan hablar acerca de su vida de una manera respetuosa; además del reconocimiento y comprensión que ellos perciben por parte del equipo. Es importante que el equipo verifique que todas las personas sean reconocidas, pudiéndose lograr esto si uno o dos de sus miembros brinda(n) su comprensión acerca de: a) los acontecimientos de las personas que los llevaron a pedir consulta; y b) y las experiencias de las personas en esas circunstancias; esto es útil para una retroalimentación posterior (White 2002a).

Al reflexionar sobre los acontecimientos extraordinarios o contradicciones. Se debe tener cuidado de que las personas lo juzguen así, reconociendo el hecho de que son provisorios hasta que sean confirmados o rechazados por ellas mismas; esta forma dará pie a la reescritura de historias alternativas de las personas. Los miembros del equipo responden a estos desarrollos con curiosidad transmitiendo su confianza en la capacidad para resolver estas historias aun cuando no lo puedan hacer inmediatamente. Siguiendo el camino de la conversación guiada por la curiosidad es poco probable que ocurra el error de proporcionar una historia moral. Por ejemplo:

Me di cuenta de que me había llamado mucho la atención los pasos que Simón empezó a dar aquí para cuestionar algunos de los viejos hábitos que fueron dominantes en él. ¿A

alguien más este punto le resultó interesante? Porque a mí me gustaría mucho hablar un poco de este punto.

Sí, a mí me interesó el hecho de que Anne nos los hiciera notar hoy. Este reconocimiento parece ser importante para Simon y esto me ayudó a percibir cuál podría ser la contribución de Anne a estos desarrollos.

¿Qué crees que reflejan estos desarrollos acerca de lo que Simon quiere para su vida? ¿Y que crees que indican acerca de esta relación madre/hijo?

En esta etapa podría ser útil un moderador debido a que la entrevista es relativamente nueva para ellos. También es importante tener mucho cuidado en el uso del lenguaje debiendo hacer uso preferentemente del modo subjuntivo, precedido de frases como: «posiblemente», «creo», «tal vez», etc. Esto es particularmente útil para evitar construir verdades (White 2002a).

En la *tercera fase* todos los participantes vuelven a cambiar de lugar como en la primera. El entrevistador pregunta a las personas acerca de la segunda entrevista, y posteriormente en las experiencias de la primera. También puede compartir sus respuestas a los comentarios del equipo de reflexión y su pensar acerca de lo que le gustaría retomar en la siguiente reunión, solicitando respuestas de las personas al respecto (idem).

El entrevistador pide a las personas sus opiniones acerca de los comentarios o realiza preguntas que más les llamen la atención. Posteriormente puede hacer preguntas hacia el futuro para abrir posibilidades. En este sentido, señala para tal distinción, la importancia de algún punto que la familia considere significativo. También el entrevistador puede preguntar a las personas sobre sus predicciones a sus nuevas respuestas, y cómo podrían mantenerse en las siguientes semanas.

En la *cuarta fase* el entrevistador, el equipo y las personas que buscaron consulta se interrogan mutuamente para iniciar una deconstrucción de la terapia misma. Algunas veces al iniciar el entrevistador es entrevistado por el equipo; se pueden formular preguntas como:

¿Por qué hizo ciertas preguntas y no otras?; ¿qué otras preguntas le hubiera gustado hacer?; ¿cuáles eran sus intenciones respecto a ciertas respuestas? ; ¿qué tipo de experiencias han tenido influencia para elegir esas respuestas? etc.

El entrevistador también puede interrogar a los miembros sobre sus reflexiones, de lo hubieran podido investigar más en la segunda parte; así como sus propuestas de lo que podrían seguir preguntando en la siguiente sesión y sus predicciones. Los miembros del equipo pueden interrogar a otros miembros del mismo sobre sus intenciones, situando sus reflexiones dentro del contexto de su experiencia y de su imaginación; y no profundizar estas reflexiones con la reescritura⁶⁴. En este punto se debe evitar preguntas tendenciosas, que signifiquen juicio sobre las opiniones de otro. Posteriormente invitaran a las personas consultantes a participar; y a que den sus opiniones sobre lo que les pareció la terapia (idem).

Por último se les pide a los consultantes que den su última palabra, señalando las ideas y las preguntas que más les interesaron, situando sus comentarios dentro de sus experiencias personales; así como las posibilidades que podrían retomarse en la siguiente sesión. Esta fase de la entrevista es particularmente útil, ya que se les da a las personas la oportunidad, como afirma White, de salir de tras bambalinas, y la experiencia de retroalimentación y transparencia para ellas es especialmente significativa.

⁶⁴ En esta parte de la entrevista debe asegurarse que sea guiada por el principio de transparencia (1994, 2002a).

Michael White (2002a, 2002b) no se cierra a otras posibilidades del equipo de reflexión; es decir, a otras formas de trabajo y aplicaciones, como en comunidades, lugares de trabajo, escuelas, etc. Esta forma de trabajo también la utiliza en formación de terapeutas. Para White esta particular forma de equipo de reflexión, proporciona a través de la transparencia la deconstrucción de las verdades que se dan por sentadas, de tal manera que la imposición de verdades resulta más remota.

Documentos

Según White y Epston (1993), el modo narrativo sitúa a la persona como protagonista o participante de su propio mundo. Un mundo que se caracteriza por actos interpretativos, y en el que volver a contar una historia es contar una historia nueva, *reescribiendo* y *modelando* la vida y las relaciones de las personas. Además el modo narrativo: da más importancia a las vivencias de las personas; favorece la percepción de un mundo cambiante; genera perspectivas múltiples; invita a adoptar una postura reflexiva; y establece las condiciones para que la persona en cuestión o personas sea(n) el(los) autor(es) privilegiado(s). Los medios narrativos que se pueden utilizar son:

- *Cartas de:* invitación, despido, predicción, recomendación, contraderivación⁶⁵, etc.
- *Contradocumentos*⁶⁶: certificados; y diplomas entre otros.

Los documentos no se otorgan indiscriminadamente, sino que estos llevan una preparación y se dan en el momento adecuado. En los documentos se pueden explicitar aspectos de la experiencia, así como una reformulación de la trama dominante, la cual se desarrolla en el sentido de deconstruir las verdades dominantes de las cuales las personas son incitadas a creer. También pueden contener un relato de los acontecimientos que han tenido lugar en terapia. La reformulación de la trama dominante por escrito según White (2002a), es de una gran significación y tiene un efecto de liberación.

Asimismo, los documentos pueden incluir un relato histórico de las capacidades de las personas para intervenir en su vida. Este relato describe la agencia personal, es decir, destaca el *yo activo* de la persona; señala con ahínco, la importancia de los pasos que persona ha dado en circunstancias recientes, esto con la intención de decir algo más de cómo van sus vidas. Incluyen con frecuencia la esperanza y relatan los detalles acerca de las cualidades de las personas en años anteriores. Pueden contener especulaciones de cómo y cuándo las cualidades podrían reaparecer, así como su actitud al servicio de sus planes y sus objetivos. Pero sobre todo es importante remarcar en el desarrollo reciente de su capacidad para resolver problemas. En ocasiones los documentos pueden hacer referencia a las personas que forman parte del público adecuado, para asistir al nuevo relato de la persona o personas (White y Epston, 1993; White, 1994; 2002a; 2002b).

Estos documentos van a estar a disposición de las personas para su consulta, ya que son especialmente valiosos en momentos de crisis o cuando las personas se sientan amenazadas de

⁶⁵ Las cartas de contraderivación son aquellas que se envían en respuesta a una derivación por parte de una persona, un instituto y una escuela entre otros (White y Epston, 1993).

⁶⁶ Los *contradocumentos* en la terapia narrativa son como galardones o trofeos, que a diferencia de algunos otros documentos como los de psiquiatría o enfermedades mentales, son leídos por un grupo reducido de expertos, excluyen a la persona e inclusive pronostican su degradación. Los *contradocumentos* son mas bien documentos en donde la persona que lo sustenta adquiere un nuevo status en la comunidad, así como nuevas libertades y responsabilidades, además de que estos pueden ser leídos por un amplio público. De la misma manera otros documentos como los profesionales se sustentan en la retórica de que la persona quien lo posee tiene un dominio en el conocimiento, es decir, es «experto», por lo que esta persona ha sido sometida a evaluaciones; muchas veces estos documentos son independientes de su autor (White y Epston, 1993).

ser despojadas de sus saberes y habilidades para la vida (White 2002a). Existe una gran variedad de medios narrativos de los que se puede hacer uso en terapia, estos estarán en función de cada caso en particular y de las necesidades del cliente. El modo narrativo en que estarán redactados dichos documentos situará a la persona como protagonista o participante de su propio mundo, de tal modo que se perciba con un papel activo en la construcción de su vida y relaciones (White y Epston, 1993).

f) Perspectiva del autor acerca de su trabajo.

Michael White trabaja para “Child, Marital, and Family Therapist, Dulwich Centre”, en Adelaide, Australia del Sur; y David Epston es co-director de “The Family Therapy Centre” en Nueva Zelanda. Aunque ambos trabajan separados, dando talleres y seminarios, se influyen mutuamente en su desarrollo y práctica de su método de terapia.

Según White (2002c), su actual forma de terapia tiene un particular vínculo con aquellas formas de terapia que mantienen una ética y respeto por las personas, así como un reconocimiento de la importancia del contexto, la interacción, y la construcción social del significado. White (2002a) invita al terapeuta a asumir una posición reflexiva de las verdades dadas por sentadas y respecto a sí mismo, además a que se actualice con las lecturas pertinentes de otros campos; ya que contemplar sólo la metáfora narrativa limitaría a las personas.

White sostiene que las *expresiones de la experiencia vivida* se traducen en acciones, y a su vez constituyen la vida. Estas expresiones de experiencia subjetiva y sus efectos reales, llegan a la conciencia, de manera que la experiencia subjetiva puede contribuir al enriquecimiento de las descripciones (historias) del individuo, que se contrastan y se yuxtaponen con otras descripciones. Es así como las historias alternativas re-historian la vida y son de suma importancia en su trabajo; White sostiene que no son las *contradicciones* o las *excepciones* las que dan una estructura de vida, sino las *historias* que se originan de éstas, de modo que, las historias alternativas transforman la vida de las personas (White, 2002b, 2002c). Para White (2002b): “los significados que moldean las expresiones de la experiencia vivida, aunque inevitablemente históricos y culturales, no están estrictamente determinados” (p. 171). Las concepciones del mundo son múltiples y contradictorias y el significado se logra por la negociación de las personas y las comunidades. Aunque las negociaciones de las descripciones de identidad son inevitablemente una actividad cultural, las prácticas narrativas no necesariamente estarán atadas a la cultura, existen culturas que no negocian las descripciones de identidad, ya que son culturalmente específicas (no transculturales), como la de los indígenas australianos, por lo que en ellos, las categorías de identidad privilegiadas son: parentesco y espiritualidad (idem).

Las cuestiones pendientes que White observa de su trabajo en la aplicación de la terapia narrativa, son respecto a: la política de las jerarquías de conocimiento y de las relaciones, el lenguaje, su propia percepción de acciones, los dilemas personales, y su percepción de opciones para determinados valores que ofrezcan nuevos rumbos. White está interesado en seguir investigando acerca de las nuevas posibilidades en terapia, en cuestiones como: la cultura masculina en la cultura masculina; justicia social y género; raza; y pobreza entre otros (White, 2002a).

4. Enfoque colaborativo conversacional de Harlene Anderson

a) Contexto del desarrollo del enfoque.

Los orígenes de la escuela Colaborativa Conversacional, se remontan a la Terapia de Impacto Múltiple (TIM); un proyecto de investigación introducido en un ámbito escolar, iniciado en 1956 en el Psychiatry Department's Child and Adolescent Division de la escuela de medicina de Galveston, en Texas. Harlene Anderson y Harry Goolishian son los principales representantes de esta escuela terapéutica. Ellos se conocieron en 1970, iniciando su colaboración profesional, la cuál se mantuvo hasta la muerte de Goolishian en 1991 (Anderson, 1999; 2004b; 2004c).

La TIM, representa una de las primeras formas de terapia familiar que pudo llevar a la práctica una comprensión social de la terapia centrándose en la creación de un proceso de auto rehabilitación familiar; es decir, significó un cambio desde el estudio de la conducta humana y los fenómenos intra psíquicos, al contexto de sus relaciones interpersonales (Anderson, 2004a; Beltrán, 2004). Anderson (2004a) considera importantes influencias en una etapa inicial, las ideas surgidas en disciplinas científicas como la biología, la física, la antropología y la filosofía y especialmente las investigaciones en comunicación realizadas por Don Jackson, Bateson y sus colegas en Palo Alto; también de la práctica clínica de Sullivan; la terapia de grupo familiar de Bell, y de la hospitalización de familias hecha por Bowen. La TIM, estuvo influida también, por la metáfora cibernética de segundo orden la cual se basó en la noción del ser humano como un sistema dentro del lenguaje. Los sistemas humanos fueron concebidos como sistemas generadores de significado (Anderson, 2004a; 2004b).

De manera particular, Anderson (1999; citado en Beltrán, 2004), resalta la influencia del pensamiento batesoniano en donde se afirma que el contexto relacional y comunicativo es esencial para el significado que se le dan a las palabras y acciones⁶⁷.

Anderson (2004a) menciona que en un principio no se contaba con los estudios sobre el lenguaje que se retoman ahora para fundamentar conceptual y filosóficamente su trabajo, sin embargo desde el comienzo de la TIM, se retomaron ideas del MRI considerando importantes los procesos de la autorreflexión por parte del equipo terapéutico, el cambio auto-generado y el aprendizaje con la familia; también se valoraba la diversidad y multiplicidad de voces, se consideraba más importante comprender puntos de vista diferentes más que descartarlos o enjuiciarlos, el equipo valoraba y analizaba abiertamente las posturas de los miembros del equipo en presencia de la familia; y valoraba el entrenamiento en vivo y la supervisión en equipo organizados no jerárquicamente (Anderson, 2004a; 2004c).

A finales de la década de los setenta, como parte de la influencia del MRI se interesaron por el lenguaje de los clientes, para aprender sus valores, puntos de vista, sus palabras y sus frases, en el sentido en que lo hacían los integrantes del Mental Research Institute; es decir, con el propósito de conversar usando el lenguaje cotidiano del cliente, y usar este lenguaje en forma retórica, como

⁶⁷Anderson (2004b) considera que el contexto comunicativo y relacional que plantea Bateson en sus proyectos, quizás fue una primera semilla de las aproximaciones colaborativas, que llevaron a considerar que la relación y la conversación van de la mano. Por otro lado, considera que Gregory Bateson ha sido uno de los personajes que han promovido las innovaciones en las ciencias sociales, las humanidades y la filosofía, desarrollando de esta forma una resistencia a su institucionalización lo que ha permitido que el campo de la terapia familiar, sea un espacio reflexivo, cambiante, autocrítico y abierto a distintas posibilidades teóricas.

una herramienta terapéutica estratégica, como una forma de editar las historias del cliente y como un recurso para estimular su cooperación en la búsqueda del cambio. Trabajaban dentro del lenguaje común del cliente y lo utilizaban como recurso terapéutico para producir cambios. También consideraban que de ese modo el cliente estaría más dispuesto para recibir cualquier intervención del terapeuta (Anderson, 2004b; 2004c; 2004f).

Para la década de los ochentas, sucedió el acercamiento con la obra de Humberto Maturana (1975,1978; citado en Beltrán, 2004), sobre la biología del lenguaje, y el interés por algunas teorías como la del caos, de los sistemas evolutivos, del determinismo estructural, la autopoyesis y el constructivismo (Anderson, 2004a; 2004b; 2004c). Paralelamente los autores se empaparon de las teorías del lenguaje, las narrativas, las perspectivas postmodernistas feministas, la hermenéutica y el construccionismo social. El interés por los procesos del lenguaje iba en aumento, de tal manera que las lecturas de filósofos como Bohm, Derrida, Einstein, Gadamer, Kuhn, Habermas, Maturana, Heidegger, Husserl, Merleau-Ponty, Prigogine, Rorty y Wittgenstein entre otros, propiciaron un cambio en la forma en la que se concibe al lenguaje y al conocimiento en la terapia⁶⁸ (Anderson, 2004a).

Influidos por la teoría del construccionismo social⁶⁹, descubrieron que si escuchaban con un interés genuino a los clientes, cada una de las historias, resultaban únicas y absorbentes de tal manera que despertaban una verdadera curiosidad por sus puntos de vista y sus dilemas; por lo que se enfocaron cada vez más en mantener la coherencia de la experiencia del cliente y en dejarse informar por su historia. Así, lo que comenzó como una técnica de conversación con propósitos estratégicos, se convirtió en una curiosidad natural y en una forma espontánea de hablar con la gente y entrar en relación con ella. A partir de ello, dejaron de considerar al lenguaje como una herramienta retórica, y lo empezaron a considerar generativo, la esencia del diálogo y, por lo tanto, la esencia del proceso terapéutico (Anderson, 1999; 2004c).

El enfoque de Harlene Anderson y Harold Goolishian, se convirtió en un espacio abiertamente activista desde el punto de vista político, enfatizando su interés por cuestionar muchas de las distorsiones, sociales, culturales y de poder, presentes en las terapias tradicionales. Fueron de los primeros en hablar de la terapia como una conversación, y propusieron que el terapeuta adoptara una posición de no-saber. Hasta antes del desarrollo de este enfoque, el psicoterapeuta prácticamente ha desconocido la importancia de procurar este canal y el modo de crearlo, debido a que constantemente se encuentra preocupado por demostrar que la postura teórica con la que concibe la terapia, es la correcta (Anderson, 1999; 2004a; 2004e; 2004h).

Para 1988, Goolishian y Anderson, participaron en una conferencia organizada por Tom Andersen en Noruega. En dicha conferencia, Goolishian expresa públicamente, su alejamiento de las premisas de la cibernética de segundo orden y del constructivismo por considerar que la visión del lenguaje y de la conversación que el grupo Galveston sostenía, no era compatible con dichas metáforas (Anderson y Goolishian, 1988; Anderson, 1999; 2004b); y expresa el sentido que ellos le dan al lenguaje:

⁶⁸ Desde esta perspectiva se considera al observador, como autónomo y separado de aquello que observa; también que la comprensión del significado del texto o del discurso, incluye las emociones humanas y las conductas, como un proceso influido por las creencias, las suposiciones y las intenciones del intérprete; y que por tanto, la comprensión es siempre interpretativa; cada descripción es únicamente una versión de la verdad (Anderson, 2004b).

⁶⁹ La teoría del construccionismo social –la idea de que la realidad no existe *allá afuera*, de modo independiente, sino que su sentido se concibe colectivamente- surgió antes que las primeras proposiciones postmodernistas en el campo de las ciencias sociales. Esta teoría explica la forma en la que se entiende la realidad por medio del lenguaje; de manera paralela la hermenéutica y la teoría narrativa conforman esta orientación y su aplicación en el campo de la terapia psicológica. Dado su origen, se trata de una postura a la que también le atañen las circunstancias sociales, políticas y culturales que contextualizan a la terapia (Anderson, 1999; 2004a; 2004c; 2004d).

“nuestras vidas – por ejemplo eventos, experiencias, relaciones y teorías- son simplemente expresiones de nuestra narrativa y lenguaje contruidos socialmente; y la agencia es la transformación de nuestro lenguaje y narrativas en acciones” (Anderson, 2004b, p. 6).

Anderson (1999; 2004c; 2004f), reconoce que en gran medida, su trabajo terapéutico actual ha sido inspirado por el movimiento postmodernista el cuál constituye una fuente de ideas útiles para la terapia y en el que participan varios pensadores importantes, de los cuáles se ha influido para desarrollar esta perspectiva. En primer lugar la postmodernidad destaca la naturaleza *relacional* y *generativa* del lenguaje, con lo cuál alude a una forma de conceptuar y describir las cambiantes características de lo que se sabe o de lo que se cree saber. Es a través del lenguaje que se genera el conocimiento los unos con los otros.

En este enfoque en particular, este cambio paradigmático, llamado por algunos terapeutas como *el giro interpretativo* está sustentado por tres teorías; la teoría de la construcción social (que tiene como principales representantes a Kenneth Gergen y a Jhon Shotter), la teoría de la hermenéutica (que encuentra su sentido postmoderno con Hans-George Gadamer, Jurgen Habermas, Martín Heidegger y Paul Ricoeur) y la teoría de la narrativa (que ha sido desarrollada en la terapia por Michael White y David Epston). Asimismo, concede una especial importancia, en el desarrollo de sus teorías, a las conferencias de Lynn Hoffman acerca de las nuevas orientaciones narrativas en la terapia, y el trabajo que desarrolló con Tom Andersen, en Noruega (Anderson, 1999; 2004a).

De Rorty, se rescata la idea de que el conocimiento es construido socialmente, porque se desarrolla a partir de interacciones y comunicaciones entre las personas; es decir, es una creación a cargo de seres sociales y no la representación o el reflejo fiel de la naturaleza o la realidad. Aquello que se sabe o se cree saber es algo construido y comunicado a través del lenguaje. De la misma manera Gergen, coincide en que los términos y las formas por los que se llega a comprender el mundo y a si mismos, son artefactos sociales, productos de intercambios humanos situados histórica y culturalmente. Señala que las descripciones parecen realidades porque son el resultado de un consenso y porque se consideran cultural y socialmente útiles. Wittgenstein, por su parte sostiene que el lenguaje no es una expresión exterior de un estado interior, sino que es social en sus orígenes, sus usos y sus consecuencias. Piensa también que el *dar-sentido* es un fenómeno vivencial que depende del modo en que las personas tratan a las cosas en el mundo que habitan; es decir el lenguaje es la manera en la que se vivencia como seres humanos lo que se le llama realidad. Heidegger considera que nuestras grandes narrativas sociales, culturales e históricas cambian con el tiempo, haciendo hincapié que el lenguaje es cambiante, activo. Shotter, además considera que el lenguaje posee una naturaleza constitutiva y formativa, ya que tiene la función de formular las situaciones en las que se participa y en la forma en que se ha de hacer. Shotter, trata de explicar las relaciones entre las personas y de la forma en la que la gente coordina espontáneamente el uso del lenguaje como una actividad cotidiana; en la forma en que los participantes de una conversación pueden anticipar las posibles acciones posteriores del otro (Anderson, 1999).

Todos estos autores insisten en la naturaleza activa, cambiante, y generativa del lenguaje. Los significados que se les atribuye a los hechos, se construyen en el lenguaje y se actualizan dentro de las cambiantes pautas de una relación. Gergen, considera a este respecto que las palabras y su utilización no pertenecen a una u otra persona, sino a quienes la usan, y cuestiona la creencia de que es posible acceder al interior del otro y realmente entenderlo. Bajtin, dice que las palabras son interindividuales y que para encontrar su significado, no hay que buscar dentro del individuo, sino afuera, en la constante expansión de la relación. De hecho, el concepto de palabra difiere de un lenguaje en otro, y como resultado, la palabra-como-elemento-del-habla es un fenómeno específico de cada lenguaje, no universal. Y si bien en este sentido las palabras no tienen significados fijos, contienen supuestos implícitos: Heidegger advierte que las palabras siempre contienen una

manera preformada de *ver*. Por último, Gergen, afirma que las narrativas de las personas dependen de otras narrativas, culturales, sociales, políticas e históricas tanto locales como universales que las abarcan. Estas narrativas continuas están contenidas en otras y se entrelazan con ellas. Las historias propias y de otros determinan quienes somos. En el mejor de los casos, el individuo es uno de los muchos autores de la cambiante narrativa que le constituye; siempre está inserto en los múltiples pasados locales y universales, y en los contextos culturales, sociales y políticos de su hacer narrativo (Anderson, 1999).

Anderson (1999; 2004b; 2004c; Beltrán, 2004), define su orientación, como una filosofía de la terapia, como una forma de abordarla, de tal manera que constituya parte de la crítica postmodernista hacia las creencias sobre verdades fundamentales, sobre rasgos de personalidad, sobre el lenguaje como *vehículo* de la realidad, y sobre la superioridad jerárquica con la que los terapeutas están acostumbrados a trabajar con los pacientes⁷⁰.

Por otro lado, la aportación de Goolishian sigue vigente a pesar de su muerte, ya que sus ideas han sido pilares de una forma de pensar distinta sobre la terapia. Principalmente se resalta el interés de él por explorar distintas disciplinas, perspectivas y metáforas científicas, lo que hizo posible que desarrollara una postura autocrítica sobre los paradigmas modernos predominantes en la terapia (Andersen y Epstein, 2002; citados en Beltrán, 2004).

Por último, Anderson (2004a; 2004b; 2004c), considera una importante influencia a los estudiantes (que colaboran con ella en el Instituto), quienes remarcan, cuestionan y critican el trabajo del enfoque colaborativo conversacional, y a su vez, aportan a la continua reflexión, de los pensamientos, las descripciones, las explicaciones de su propio trabajo.

b) Premisas del autor acerca de los problemas psicoterapéuticos.

Tradicionalmente, se considera que un problema existe bajo la forma de una pauta de conducta, de pensamiento o de relación típica verificable por medio de la observación objetiva. Estas ideas se basan en el punto de vista de que hay una realidad objetiva, y dentro de ella, un problema que debe ser diagnosticado, rotulado, arreglado, resuelto o solucionado. El papel del terapeuta en este caso, tiene una esencia detectivesca, ya que se ocupa de reunir evidencias para encontrar la verdad (Anderson, 1999; 2004c).

Sin embargo, desde la postura colaborativa se considera que los problemas viven y respiran en el lenguaje. A través de las interpretaciones se atribuyen significados (como el de *“problemático”*) a otros, eventos, acciones y a nosotros mismos. (Anderson y Goolishian, 1988; Anderson, 1999; Anderson 2004c).

⁷⁰ Esta manera de pensar, representa una crítica a la cultura psicoterapéutica basada en la deficiencia, en la clasificación de personas o grupo de personas, en los diagnósticos y en toda clase de códigos en el lenguaje que funcionan para reunir, analizar y ordenar datos en busca de la verdad objetiva y de un conocimiento psicológico generalizable. El lenguaje y el vocabulario de la psicoterapia tienen por característica ser impersonales e indiferentes a los aspectos únicos a cada individuo y a cada situación (Anderson, 2004b). Para la escuela Colaborativa Conversacional, estas ideas van más allá de lo individual, más bien se encaminan hacia lo que Gergen (1985, 1994; citado en Anderson, 2004b) sugiere: una teoría relacional del significado. En este sentido el construccionismo social representa una forma de tratar de explicar los procesos por los cuáles la gente describe, explica y relata el mundo (incluyendo sus propias vidas), y desde donde se rechaza la noción de que la mente refleje la realidad, proponiendo que el conocimiento es una construcción social, por lo que se enfatiza el contexto interaccional, comunitario como generadores de significado. La mente es relacional y el desarrollo del significado es discursivo por naturaleza, o como Shotter (1993, citado en Anderson, 2004b) menciona, una “realidad conversacional” refiriéndose a la compleja red siempre cambiante de relaciones y de procesos sociales.

El problema es pues una forma de significado co-construido que existe en el transcurso de la comunicación entre otros y consigo mismo. Un problema nunca es fijo; cambia a través de la conversación. Los problemas son considerados como parte de la vida diaria; no son un producto de una patología individual o de una organización familiar, puesto que lo que es problemático para una persona puede no serlo para otra. Cada problema es concebido como un marco único de eventos o experiencias que tienen un significado único dentro del contexto de intercambio social en el cuál tiene lugar (Anderson, 1999; 2004c).

Más bien, un problema es una posición que alguien toma; un sentido que alguien atribuye, una narrativa que alguien ha desarrollado. Los problemas no pueden ser separados de las conceptualizaciones del observador. Cada observación, cada descripción del problema y comprensión es única a las personas involucradas y en su contexto. De esta manera, lo que parece ser una realidad objetivamente identificable, es sólo el producto de descripciones, de una construcción social; los rasgos que los terapeutas atribuyen a los problemas, por ejemplo los desordenes que se “observan” en los individuos, las pautas patológicas que “presentan” las familias, no son características del individuo o la familia, sino que provienen del sentido y del significado que el terapeuta y cada integrante del sistema relacional le da a esos problemas (Anderson, 2004c; 2004d).

Habrán entonces, tantas observaciones, descripciones, comprensiones y explicaciones acerca de un problema, como personas comunicándose en relación con el problema. Por tanto, el terapeuta no puede descubrir en que consiste el verdadero problema, ya que cada suceso o experiencia del que el terapeuta toma conocimiento, es sólo un relato de una historia, un recontar, una verdad dentro de una gama policromática de verdades; el terapeuta sólo se entera de una versión del problema en un momento y en un contexto específicos. En estas circunstancias, diagnosticar un problema, es llegar a las descripciones y explicaciones basadas en las observaciones y experiencias privadas del terapeuta sobre la conducta del cliente⁷¹ (Anderson, 2004c; 2004f).

No obstante, cabe considerar que las personas usualmente asisten a terapia porque tienen algo que conciben como problema. Esto porque:

“...han llegado a un punto de quiebra conversacional y de pérdida del sentido de autonomía⁷², como individuos, como integrantes de una familia u otro sistema relacional. Han perdido la fe en sus propias posibilidades y la capacidad de dialogar, la para resolver sus problemas, además del sentido de competencia y de dominio de sí mismos. Los significados, la narrativa, la historia les limitan la libertad para encarar los problemas y les inspiran en cambio una sensación de empobrecimiento.” (Anderson, 1999 p. 112)

El sistema terapéutico es un sistema en el cual las personas cooperan en torno del discurso pertinente, en torno de un *problema*: algo o alguien acerca de lo cual una persona está preocupada y quiere cambiar. (Anderson, 2001).

Una forma de conceptualizar las rupturas conversacionales en una familia, es ver que frente a un problema sus miembros tienden a desarrollar realidades múltiples y discrepantes sobre el problema, su remedio y a operar en un lenguaje “realista”. Por razones que son específicas a las circunstancias del problema, de los miembros de la familia y sus relaciones, los miembros de la

⁷¹ Un terapeuta colaborativo raramente encuentra útil las nociones diagnósticas; sin embargo él puede navegar en múltiples realidades (Anderson, 2004c).

⁷² Anderson (Anderson y Goolishian, 1996; Anderson 1999), utiliza el término *autonomía* en el sentido de una auto percepción inherente y accesible a todo ser humano, de competencia para la acción; significa también *libertad* (respecto de un pasado, presente y futuro aprisionantes), y esperanza (de un futuro diferente).

familia no pueden negociar sus contrastantes puntos de vista y empiezan a entrenchocarse sutil y no tan sutilmente. Cuando esto ocurre, el esfuerzo común cesa y puede desarrollarse una situación insoluble. Las diferentes realidades evolucionan, continúan y frecuentemente escalan hasta convertirse en realidades *competitivas*. La atención y la energía de los miembros se centran en proteger sus puntos de vista, en convencer a los otros de que sus puntos de vista son correctos mientras que los de los otros carecen de fundamento y validez. Con el paso del tiempo, estas acciones competitivas pueden hacerse cada vez más divergentes y obceadas. No hay más discusiones, intercambio de ideas, mediación de diferencias; los diversos puntos de vista se atrincheran, las conversaciones se hacen repetitivas; las personas dejan de entenderse, y el espacio para coexistir sin controversia o prejuicio se achica. La colisión de perspectivas disímiles puede convertirse en un problema mayor que el original. En estas circunstancias, el espacio conversacional se constriñe y el diálogo colapsa en un monólogo; cada persona se habla sólo a sí misma y repite la misma conversación. Como resultado surgen conversaciones monológicas⁷³ paralelas, internas y externas donde nadie se siente respetado, escuchado o tomado en serio (Anderson, 1999).

Esta ruptura conversacional también puede ocurrir en la terapia; los terapeutas tienden a verla como una señal de atolladero o resistencia, y a atribuirla a alguna característica del individuo o grupo de individuos. Cuando las ideas, prejuicios y opiniones de los clientes son incompatibles con los del terapeuta, las diferencias pueden convertirse en fuente de fricción, de pensamientos rutinarios o de aburrimiento, que pueden poner en peligro la conversación o cerrarla. Pero si el terapeuta está dispuesto al diálogo, las diferencias pueden ser muy beneficiosas convirtiéndose en trampolines para la curiosidad, el aprendizaje y la apertura al otro (Anderson, 2004b).

Ordinariamente, en el ámbito terapéutico un problema es un asunto a tratar en un discurso: el problema y los significados atribuidos, son realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas igualmente coordinadas en el lenguaje (Anderson, 2004 c; 2004f).

Todas las posiciones de los participantes (frecuentemente al inicio de la terapia, tan discrepantes) incluyendo las del terapeuta⁷⁴, tienen su propia historia acerca del origen, la evolución y la consolidación del problema, acerca de quien es el culpable y que debería hacerse. Las opiniones del terapeuta no están por encima de los integrantes de la familia; sin embargo, desde esta forma de pensar, el concepto de *familia*, luce demasiado restrictivo, ya que implica decidir *a priori* quien debería ser visto y porqué, sin tomar en cuenta las peculiaridades de cada situación o la forma en la que los clientes se comunican entre sí y con el terapeuta acerca del problema. Como una alternativa a la idea de familia, se ha introducido el del *sistema determinado por el problema*, el cuál agrupa a las personas que hablan con el terapeuta en las sesiones, y que junto con él, son parte de un sistema que se ha consolidado en torno a un problema. La composición del sistema del problema está en constante cambio; en ocasiones, con una misma familia, pueden ser los padres, o la madre con uno o dos hijos, o todos los miembros de la familia, dependiendo de las circunstancias que se vayan presentando a través del proceso terapéutico. Se dejó de definir a la

⁷³A este respecto, Anderson y Goolishian (1987; citado en Anderson, 1999), distinguen entre un proceso monológico y uno dialógico dentro del ámbito terapéutico: En un monólogo, no hay apertura al otro; una perspectiva reina y la realidad se cierra. Supone el control monopólico de una perspectiva única. No hay espacio para la indagación compartida, sino sólo para perspectivas singulares. Es resultado de la tendencia a buscar consistencia, reducción y conclusión. En su variante extrema niega la existencia de otra conciencia, fuera de la propia. En contraste, en un proceso dialógico los participantes se dan oportunidad para *estar* en la conversación. Es un espacio donde la autonomía complementaria de diversas perspectivas permite la creatividad y la conciencia. Constituye un espacio de indagación compartida y de cooperación, y donde es posible la introducción de la novedad, producida por las multiparcialidades.

⁷⁴ Al rechazar el dualismo de la realidad objetiva y percibida, el terapeuta queda liberado de la noción de superioridad jerárquica y de especialización por encima del cliente. La perspectiva de los sistemas de lenguaje relacionales, convierte al terapeuta en un miembro más del sistema de problema, junto a los otros miembros.

terapia en función de un nivel de organización social o de los que estaban físicamente presentes en el consultorio. Un sistema terapéutico desarrolla su propio lenguaje y sentido en función de su organización específica y de su forma específica de *disolver* el problema (Anderson, 1999; 2004d).

Anderson y Goolishian (1988), consideran que este proceso de comunicarse sobre un problema, configura un sistema social; es decir el problema determina al sistema y no el sistema al problema, como tradicionalmente se ha considerado. Los sistemas de problemas, igual que los problemas, existen en el lenguaje. Los miembros de un sistema terapéutico se aglutinan en torno a un problema; es decir, el conglomerado de personas comunicantes que constituyen el sistema es determinado por una conexión mutua: el problema. Un sistema de problema es simplemente una clase de sistema relacional, en el cuál las acciones de otro amenazan lo que Gergen llama, la *delicada interdependencia de narrativas construidas* (narrativas de sí y relatos narrativos).

Así, las narrativas del cliente pueden facilitar u obstaculizar la autonomía; pueden crear identidades que permitan o no hacer lo que se necesita o lo que se quiere, o simplemente se dejen sentir que se puede actuar o no, según se prefiera. En la terapia; comúnmente se pueden encontrar personas cuyos «problemas» emanan de narrativas y definiciones propias que no facilitan una acción eficaz. (Anderson y Goolishian, 1988; Anderson, 1999).

Anderson (1999; 2004a) considera importante y necesario, incluir en el *sistema determinado por el problema*, la discusión y el cuestionamiento sobre aquellas voces dominantes patriarcales, jerárquicas y autoritarias designadas por la cultura, que suelen hablar por las poblaciones marginales –minorías sexuales, económicas, étnicas, religiosas, políticas y raciales- ya que son quienes deciden si en ciertas circunstancias existen rasgos de personalidad anormales, conductas o relaciones problemáticas; deciden además que clase de terapia es necesaria, y con que finalidad. Estas posturas son cuestionables porque pierden el interés por las situaciones particulares, en aras de la generalización del conocimiento.

De esta manera, los problemas tienen su origen, su perpetuidad y su crecimiento en la ruptura conversacional, en un fracaso para mantener una conversación generativa, por lo que en terapia, estos problemas son colaborativamente explorados y definidos a través de la conversación, porque la conversación o el diálogo es generativo (Anderson 2004c). Los problemas del entendimiento son problemas de un fracaso temporal para entender las intenciones de las personas o de grupos, por lo que esta situación puede superarse continuando con el diálogo. Por tanto, uno de los objetivos de esta propuesta terapéutica es la de escuchar y contar la historia del cliente (o un fragmento de ella) tal y como la cuenta el cliente, ya que esto ayuda a capturar la idiosincrasia del cliente, lo que permite aprender de una mejor forma la situación particular del cliente, como la ve este y como se ve a sí mismo⁷⁵. A partir de esto, los clientes dejan de ser repeticiones estériles e inertes, como las creadas por las descripciones, explicaciones y diagnósticos profesionales, con todas sus etiquetas. En cambio, se hacen más reales en sus circunstancias particulares, cobran vida en tanto las historias tienen un significado propio para ellos. No sólo los clientes se humanizan a través del uso del lenguaje ordinario y del desuso del lenguaje profesional; lo mismo ocurre también con los terapeutas (Anderson, 1999).

⁷⁵ Este esfuerzo de esencia colaborativa, busca a la vez abrir caminos distintos de conversación, generando lo que Anderson (1999) llama la infinitud de lo no-dicho, basándose en la idea de que una persona (terapeuta) nunca puede llegar a comprender completamente lo que la otra persona le dice.(Anderson 2004b).

c) Premisas del autor orientadas al cambio.

Partiendo de la idea de que los sistemas humanos son sistemas fluidos que se encuentran en constante evolución en la generación de lenguaje y sentido, la conversación surge como uno de los aspectos más importantes a discutir dentro de los procesos sociales, pues el ser humano mantiene una conversación constante y permanente con los otros y consigo mismo; esto es, vive en sistemas relacionales múltiples, simultáneos y superpuestos. A través de la conversación se forman y reforman las experiencias vitales, la manera de dar sentido y entender; y consecuentemente se construyen y reconstruyen las realidades y al ser humano mismo (Anderson, 1999; 2004b; 2004c).

Esta manera de concebir la conversación, permite identificar algunas características básicas presentes en este proceso (Anderson 1999):

- Los participantes entran en una conversación con un marco de referencia que incluye la cotidianidad de sus vidas; por ejemplo su identidad.
- Cada conversación ocurre en un contexto local (lo más inmediatamente interpersonal) o universal (cultural, social, histórico)
- Cada conversación está encajada, se convierte en parte de y es influida por multitudes de otras conversaciones, pasadas y futuras. Una conversación no es un suceso aislado.
- Cada conversación tiene un propósito, expectativas e intenciones, a las que contribuyen todos los participantes.
- Toda conversación en voz alta entre participantes, incluye conversaciones silenciosas, internas a cada participante.

La importancia que tiene el proceso de la conversación radica en que la transformación y la novedad, inherentemente emergen dentro de la inventiva y los aspectos creativos del lenguaje. En este sentido el potencial de transformación es infinito (Anderson, 2004c; 2004d).

De esta manera, la relación entre cliente y terapeuta y el proceso por el cuál llega a ser un encuentro más mutuo e igualitario (colaborativo), son temas centrales de esta perspectiva. La conversación y la relación cliente-terapeuta van de la mano: el tipo de relación que sostengan forma e informa el tipo de conversación que tengan y viceversa. En esta relación hay conversaciones que aumentan las posibilidades hacia la novedad (cambio) y otras que las disminuyen: es en el primer caso, donde se establece una sensación de acción creadora, de que se pueden encarar los problemas y lograr lo que se quiere; son estos tipos de conversaciones los que se hacen necesarios dentro del contexto terapéutico, con el fin de hacer posible un cambio⁷⁶(Anderson 1999; 2004c).

Las diferencias entre las experiencias, las explicaciones y los significados atribuidos a un mismo hecho, a una misma familia o a un mismo individuo, resultan útiles para procurar la riqueza de los diálogos y versiones posibles, lo que reditúa en la disolución del problema⁷⁷. Así, en lugar de aprender el lenguaje de cada familia, se procura aprender los lenguajes particulares de cada

⁷⁶ Anderson (1999) propone utilizar el término *cambio* en un sentido transformativo, que sugiera la idea de un proceso co-creado en constante movimiento. Esta precisión resulta pertinente, ya que en el discurso de la terapia suele asumir un significado lineal e individualista: alguien cambia a alguien.

⁷⁷ Anderson (1999), considera que una conversación terapéutica busca ayudar a la gente que tenga el coraje y la capacidad de “moverse entre las cosas y los sucesos en el mundo”. Con la disolución del problema viene la disolución del sistema de terapia, el sistema del problema. Esto es, los sistemas que se congregaron alrededor del problema, se disipan. Y aunque la familia, comprenda los mismos miembros, sus relaciones, sus narrativas, sus significados son diferentes, por lo tanto el sistema no es el mismo.

miembro, cada descripción del problema, así como sus posibles soluciones, cada postura particular acerca del sistema del problema y la terapia (Anderson, 2004a).

Anderson (1999; 2004 c; 2004d; 2004e; 2004f), considera que la parte *transformativa* en la terapia, se apoya precisamente en la naturaleza *dialógica* de la conversación y en su capacidad de *recontar* los sucesos de nuestra vida en el contexto de un sentido nuevo y diferente ocasionando no sólo el cambio en las descripciones narrativas e ideas, sino también en la propia persona que las cuenta. La novedad (cambio), proviene de dentro de la conversación local, mutuamente creada, única e irrepetible, por lo que no se puede anticipar lo que sucederá en el transcurso de la terapia, ni como terminará (Anderson, 2004d). La conversación permite el desarrollo de significados que son únicos y apropiados para las situaciones y personas que participan en ella. De esta manera, el cambio surge como algo coherente y lógico para los miembros de las familias (Anderson, 2004a; 2004e; 2004h).

Por lo general el contenido de las conversaciones no es nuevo, sino que las piezas se organizan de modo diferente, Shotter lo llama «reacomodo de las cosas» y Gadamer «trasladar la discusión a un nuevo terreno». Tom Andersen a este respecto comenta que hablar de modo no familiar de las cosas familiares supone, entre otras cosas, escuchar de modo diferente (Anderson, 1999; 2004b).

Desde este punto de vista, la terapia se vislumbra como un proceso generativo mutuo, en el cuál emergen nuevos sentidos: diferentes maneras de entender, explicar, puntuar las experiencias vividas. A su vez, la conversación terapéutica (conectada e informada por conversaciones fuera del consultorio y viceversa) y la novedad de sus resultados llevan a una acción creadora y a una disolución de problemas; esto es, el cambio o la transformación son una consecuencia natural de un diálogo generador y una relación colaborativa (Anderson, 2004d).

La terapia, por tanto estará orientada a crear un medio que facilite la co-generación y co-construcción de sentido que culmine en una nueva narrativa, y por tanto en una nueva acción productora. Anderson (1999), propone que la clase de conversación que favorecerá este proceso es de tipo dialógico⁷⁸, caracterizado por lo que Anderson ha llamado *mutual inquiry*⁷⁹: Se trata de un proceso interactivo y fluido en el cuál el terapeuta y el cliente co-aprenden la historia del cliente, co-exploran lo familiar y co- desarrollan la novedad. En este proceso la historia del cliente espontáneamente es clarificada, expandida y cambiada. (Anderson, 2004a; 2004c; 2004h). Se produce el continuo intercambio y discusión de las ideas, recuerdos, observaciones, sensaciones, emociones, etc., como una forma de participación conjunta, de ida y vuelta, de dar y recibir. El proceso hermenéutico de entendimiento es una actividad conjunta de dos-vías, un ser-dialógico abierto al otro para tratar de entenderlo (Anderson y Goolishian 1988; Anderson 2004b).

La búsqueda de comprensión y la generación de sentidos por medio de la *indagación compartida* son la esencia del proceso dialógico en terapia, y también del enfoque de los sistemas de lenguaje colaborativos. Anderson (1999) distingue los siguientes rasgos de este proceso:

⁷⁸ Anderson (1999), puntualiza que al señalar las diferencias entre el discurso monológico y el dialógico, no quiere patologizar uno y normalizar el otro. Simplemente utiliza estos términos para diferenciar entre distintos tipos de conversaciones en general, y distintos tipos de conversaciones terapéuticas en particular –las que favorecen monólogos internos y externos, y los que favorecen diálogos externos e internos.

⁷⁹ Este concepto es parte fundamental de esta postura terapéutica, por lo que es preferible no desvirtuar su sentido traduciéndolo al español; aunque un significado aproximado puede ser el de *indagación compartida*.

- *El espacio dialógico.* La conversación / terapia dialógica, permite un espacio / contexto que el espacio/ contexto cotidiano del cliente quizá no lo permita. Esto requiere que el terapeuta sea capaz de crear y mantener un espacio dialógico donde el otro tenga la libertad de « vagar por todo el campo de posibilidades».
- *La exploración y el desarrollo mutuos.* Una conversación terapéutica es un intento mutuo de entender y desarrollar sentidos compartidos para encarar los temas que han reunido al cliente y al terapeuta, y que son motivo de preocupación para el cliente. Para ello el terapeuta aprende de la experiencia narrada por el cliente, y este a su vez tiene la libertad y comodidad de indagar acerca de la experiencia del primero.
- *Comprensión desde dentro de la conversación.* Tradicionalmente se entiende que la terapia debe ser vista, analizada e interpretada fuera del ámbito de la conversación. Sin embargo, desde esta perspectiva no existe un punto de vista privilegiado para la comprensión, ni significados ocultos en la conversación ni una manera correcta de interpretar la realidad del cliente. El terapeuta simplemente participa de la conversación terapéutica: observa, escucha o conversa desde diversas posiciones, ángulos y precomprensiones, considerando que cada posición es una entre muchas posibles. Y aunque es posible acercarse a la experiencia de la otra persona nunca se podrá entender plenamente lo que significa para ella. Solamente podrá ser posible una aproximación a una comprensión acerca de lo que se piensa que la persona está diciendo. La comprensión está en constante desarrollo, dependiendo del propio acontecimiento dialógico, por lo que no se puede predecir su resultado final.
- *Diálogo interno.* Al mismo tiempo que se conversa, se preparan y se forman activamente las respuestas; se ponen los pensamientos en palabras. La relación entre pensamiento y palabra no es una cosa sino un proceso, un movimiento continuo de ida y vuelta del pensamiento a la palabra y de la palabra al pensamiento. Esta conexión, no está sin embargo preformada ni es constante, porque emerge en el curso del desarrollo, y ella misma evoluciona.
- *Expansión y expresión de lo no-dicho.* Ningún relato comunicativo –palabra, frase u oración- es completo, claro y unívoco. Toda comunicación porta sentidos inexpressos y posibles interpretaciones nuevas. Toda acción comunicativa es un recurso infinito de nuevas expresiones y significados. Por tanto el sujeto y el contenido de todo discurso –incluyendo la terapia-, están abiertos a un cambio evolutivo en su sentido. En terapia el recurso de lo *no-dicho*, alude a los pensamientos y conversaciones internas, privadas del cliente; esto incluye tanto a los pensamientos aún no formados como los aún no hablados.
- *Antecedentes de la conversación.* El antecedente de todo diálogo es la presencia de un tercero invisible que comprende y responde desde una posición superior a la de los participantes en el diálogo, provocando entre ambos la sensación de pertenencia. Bajtin, considera que toda expresión tiene siempre un destinatario, ya sea uno mismo u otro, pero también está destinada a las respuestas anticipadas de un tercero invisible -«el Otro» o «lo Otro»; es como si otra voz creada por el diálogo o la conversación misma emergiera entre los participantes en el diálogo. Shotter sugiere que las influencias que estructuran las acciones, no pueden localizarse totalmente en el individuo; ni tampoco en ninguno de los otros participantes presentes en la situación; ni simplemente en el contexto mismo, separado de los individuos incluidos en él: lo que emerge en el espacio dialógico sucede momento a momento, no puede por tanto predecirse.
- *Pertenecer a la conversación.* El ser *respondido* crea una sensación de pertenencia y conexión esencial para el diálogo, porque los miembros individuales de una comunidad sólo pueden sentir que *pertenecen* a la *realidad* de esa comunidad si quienes los rodean están dispuestos a responder seriamente a lo que esos miembros hacen y dicen; es decir, si son tratados como participantes legítimos en la *autoría* de aquella realidad, y no excluidos de ella de una manera u otra. Porque sólo entonces sentirán que la realidad en la que viven es de ellos tanto como de todos los demás. Sin embargo Shotter, advierte que participar de este tipo de diálogo no significa que se vaya a sentir una sensación total de armonía con quienes nos rodean, porque la conversación dialógica no supone acuerdo; más bien el diálogo requiere que haya lugar

suficiente para la coexistencia de perspectivas familiares, ambigüedades confusas y actitudes vigorosas y requiere que haya lugar para que surjan invenciones y opiniones diferentes. Para ello se puede ofrecer una oportunidad mutua de contribuir a la construcción de significados acordados, ya que cuando esta oportunidad está presente se puede tener la sensación de pertenecer aunque no se esté de acuerdo.

- *Intencionalidad compartida.* Toda conducta humana, incluyendo una conversación, es intencional. El ser humano es un agente intencionado; no puede actuar sin intención. Toda conducta está dirigida hacia algo o acerca de algo distinto de sí misma. Los terapeutas que procuren participar en un diálogo necesitan descubrir la intención de las acciones, los pensamientos o enunciados de los clientes, e interpretar conjuntamente sus significados a través de un proceso conversacional, en lugar de suponer que se sabe *a priori* cuál es la intención. Es importante que la intención del terapeuta sea compatible con el propósito de la conversación.

Es importante señalar que en congruencia con la esencia *colaborativa*, el terapeuta no es percibido como un agente de cambio en el sentido de que no proporciona el cambio a otra persona; el terapeuta únicamente es experto en crear un espacio que facilitará un proceso de relación y un diálogo colaborativo. Nuevas formas de entender la vida, las relaciones, los problemas, parecen ser una consecuencia natural de estas nuevas formas de hablar y escuchar (Anderson, 2004a; 2004c; 2004e).

La tarea del terapeuta es la de invitar al cliente a formar parte de un diálogo, en el que se forme un puente entre lo *ya dicho* (es decir, aquellas conversaciones acerca de la existencia y el efecto de los discursos, narrativas y convenciones culturales) y lo *todavía no dicho* (es decir, la novedad que ocurre en el diálogo); esto es, entre las narraciones familiares y las no familiares, y donde se generen nuevos sentidos, ideas y comprensiones creadoras; donde puedan establecerse oportunidades de autodeterminación, libertad y de distintas posibilidades (Anderson, 1999; 2004c; 2004 d).

Ambos, terapeuta y cliente se sumergen en este proceso de influencia mutua donde el cambio es la consecuencia natural del diálogo, y en donde el terapeuta está tan sujeto a cambiar como el cliente. Esto significa que las ideas u opiniones del terapeuta acerca del problema, acerca de una persona o situación, pueden cambiar o puede a raíz de ello, cambiar su conducta; pero también significa que su ética profesional, sus valores más profundos y apreciados quedan expuestos, cuestionados y sujetos a cambio⁸⁰ (Anderson 1999; 2004c; 2004e; 2004f).

Sin embargo, visto desde la postmodernidad, esta característica resulta una ventaja en tanto le exige, y al mismo tiempo le permite al terapeuta tomar conciencia de lo que sabe, cuestionar y reflexionar sobre ello, lo que le permitirá estimular y garantizar la emergencia de múltiples voces y perspectivas, y posibilitar una mayor flexibilidad para lidiar con las múltiples opiniones, a veces conflictivas, sobre las complejas situaciones vividas por los clientes (Anderson, 1999).

El nivel de reflexión⁸¹ que el terapeuta debe mantener a través del proceso *dialógico* dentro de la terapia, debe estar enfocado hacia algunos componentes que subsisten interrelacionados,

⁸⁰ Esta postura difiere marcadamente de la privacidad o el secreto usualmente asociados con el papel profesional.

⁸¹ Para Anderson (1999; citado en Beltrán, 2004) la noción de reflexionar es equivalente a "volverse sobre sí mismo", a que el terapeuta se haga consciente de sus prejuicios para poder ofrecerlos al cliente. Por otro lado, esta idea también se relaciona con hacer público el trabajo (antes utilizaba la palabra "transparente" para hablar de este proceso), es decir, compartir los diálogos y los monólogos internos con el cliente de tal forma que se posibilite la crítica y la retroalimentación.

simultáneos, superpuestos y secuenciales, todos ellos subordinados a la postura filosófica colaborativa (Anderson 1999):

- El terapeuta participa y mantiene un diálogo interno consigo mismo. Esto significa que el terapeuta hace lugar para el otro, dentro de su diálogo interno y que no entra con ideas y planes ya formados acerca del cliente, el problema o su solución.
- El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el cliente. Crea el espacio para un proceso dialógico externo (oral), invita a este, lo facilita.
- El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo. El proceso dialógico externo incrementa la capacidad del cliente para involucrarse en un diálogo interno, más que en un monólogo.
- Los clientes participan en diálogos externos entre sí. A medida que un individuo comienza a hablar de distinta manera con su terapeuta y consigo mismo, también comienza a hablar distinto con otros.
- El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio. Una conversación lleva a la otra. Los diálogos internos y externos que ocurren en el consultorio hacen que los clientes hablen de distinto modo consigo mismos y con otros fuera del consultorio. Esto es parte de la capacidad transformadora del diálogo y la narrativa.
- El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio. Al igual que el cliente, el terapeuta se lleva consigo las conversaciones y pensamientos que ocurren dentro del consultorio.

Finalmente, como resultado de la procuración de una relación más igualitaria, paulatinamente los significados de términos como terapia, terapéutico, intervenciones, tratamientos, etc., empezaron a lucir como estorbos ya que obstaculizan el intento de alejarse de las nociones de «patología» y «normalidad» y de la imagen del terapeuta como experto en las vidas ajenas. Desde este punto de vista el cliente es experto en las experiencias vitales que le han llevado a solicitar la terapia (en el contenido), en tanto el terapeuta lo es en participar con el cliente en un proceso dialógico de narrativa en primera persona (en el proceso). En cierto modo, los papeles del terapeuta y del cliente se invierten: es el cliente el que se convierte en maestro y el terapeuta procurará aprender más acerca de su historia. Esta convicción llega a tal punto que los terapeutas miembros del grupo de Galveston, renunciaron al título de terapeutas familiares y pasaron a llamarse, «consultores» o a describir lo que hacen como un «conversar con la gente». Un enfoque colaborativo procura crear un espacio y facilitar un proceso donde situaciones (o narrativas) problemáticas no trabajables, puedan ser transformadas en trabajables, con posibilidades; a partir de este proceso, los problemas comienzan a disolverse (Anderson, 1999).

d) Propuesta de trabajo terapéutico.

La principal intención de la postura colaborativa conversacional en terapia es la de mantener una conversación dialógica, de ir y venir, dar y recibir e intercambiar lo que el terapeuta y el cliente dicen, procurando que la historia del cliente ocupe el lugar central de la conversación y que el terapeuta constantemente aprenda de ella, escuche y trate de entenderla, desde el propio punto de vista del cliente (Anderson, 2004a; 2004e; 2004h).

Para que el terapeuta contribuya a que la conversación *fluya* dialógicamente, resulta importante acallar aquellas ideas sobre la forma en la que se puede abarcar la terapia, por ejemplo, no considerando el análisis de familias perturbadas, estudios de pautas interaccionales patógenas, búsquedas de ideas erróneas o ineficaces, o recurriendo a la aplicación de cuestionarios con preguntas a realizar, o pasos a seguir en el desarrollo de la terapia, o utilizando otras habilidades, contenidos, recursos o métodos por parte del terapeuta. Las prácticas colaborativas, por supuesto

incluyen aspectos pragmáticos y sociales como parte de su función “terapéutica”, pero estos están encaminados sólo a facilitar el diálogo. Desde este punto de vista los aspectos vinculados al proceso terapéutico y a las intervenciones, son simplemente herramientas que reflejan una postura, una manera de pensar sobre la gente, sobre el papel del terapeuta y sobre la tarea (Anderson, 1999; Anderson, 2004c; Beltrán, 2004).

Las conversaciones que se llevan a cabo empleando un enfoque colaborativo, no son lineales, pues tocan uno y otro tema, los temas se entrecruzan, algunos se expanden, otros se disipan y otros más llegan a reaparecer. Generalmente es imposible detenerse demasiado tiempo en una sola cosa. La participación en este tipo de conversación (en la cual uno intenta conocer y comprender a otro, oír la historia del cliente como él quiere contarla) supone que en este caso, el terapeuta está abierto a las nuevas experiencias y que la curiosidad que emerge espontáneamente en este proceso hará que tenga la libertad de explorar una infinitud de temas (Beltrán, 2004).

En una conversación colaborativa, no se utilizan hipótesis ni antes, ni durante, ni después de las sesiones, ya que esto le obstaculiza al terapeuta escuchar la historia del cliente sin prejuicios. No hay nada que pueda predecirse, ni establecerse antes de las sesiones. Las conversaciones son espontáneas, ocurren momento a momento y no pueden determinarse por anticipado; cada conversación es un trampolín para otras (Anderson llama a este proceso la *infinitud de lo no dicho*). Estas conversaciones, pueden parecer para un observador externo desorganizadas, fuera del control del terapeuta y dirigidas a ningún lado. Sin embargo, lo que se pregunte, las palabras que se escojan, y la intención que se tenga, serán parte del proceso dialógico natural; es decir, nada se define fuera del proceso terapéutico, sino entre la relación entre el terapeuta y el cliente (Anderson, 1999; Anderson, 2004c; 2004d; 2004e; Beltrán, 2004).

Tampoco los destinatarios del tratamiento se definen de antemano, ni al comienzo de la terapia, ni en algún otro momento de ella, sobre la base de modalidades teóricas, papeles sociales o estructuras como individuos, pareja, familia o sistema extenso. Esta participación no es predeterminada, arbitraria o estática; más bien, en cada momento se determina internamente, en la conversación local, quién ha de participar. Lo que decide si una persona se involucra o no en la terapia es su designación como miembro del sistema relacional que se ha constituido en torno de un problema (Anderson, 1999; Beltrán2004).

Anderson (1999; Anderson, 2001) menciona que entre las sesiones de terapia existen, características comunes en la forma de trabajar: por ejemplo, el tiempo asignado a la primera sesión suele ser de hora y media o más. Las sesiones subsecuentes, si es que las hay, suelen durar una hora, y puede transcurrir entre una y otra, un breve lapso o un periodo prolongado. El número de sesiones varía ampliamente, pero habitualmente se da entre 6 y 12 sesiones. Es común también que en las sesiones se encuentren otros profesionales o personas relacionadas con la situación que presentan los clientes, conformando así un equipo terapéutico. Con respecto al uso de la sala de observación detrás del espejo, se dice que es variable. Cuando se emplea, se suele preguntar a los clientes si quieren que el equipo esté en la sala o del otro lado del espejo; y al momento de las reflexiones en equipo también se les pregunta si quieren estar en la misma sala o del otro lado del espejo.

Tradicionalmente, se cree que las personas incluidas en el equipo detrás del espejo, pueden observar todo de una manera rápida y más “correcta”, constituyendo una especie de metanarrativa. Por ese motivo, sus comentarios y observaciones han tenido una jerarquía mayor a los sucesos dentro del espacio terapéutico. Sin embargo, una postura colaborativa no considera que un comentario o idea sea más importante que otras; más bien se considera fundamental fomentar la multiplicidad de puntos de vista. Los clientes, si lo desean pueden conocer y conversar directamente con los integrantes del equipo terapéutico detrás del espejo, para aclarar, extender o discutir las ideas expuestas (Anderson, 2004a).

Usualmente, las sesiones inician procurando que los clientes aclaren al terapeuta lo que consideran necesario que éste sepa, se invita a la exposición de los puntos de vista de los participantes otorgándole a cada uno un espacio a sus relatos y a las experiencias que les son familiares. Estos aspectos son considerados como básicos para lograr el diálogo (Anderson, 2004e). Las conversaciones se extienden hacia los miembros del equipo terapéutico situados detrás del espejo. Para ello, Anderson (2001), emplea la forma del trabajo de la Escuela de Tromsø denominado como el Equipo Reflexivo; en donde cada miembro del equipo terapéutico tiene la oportunidad de decir lo que desean con respecto a la situación del cliente, y luego regresan al otro lado del espejo, dejando atrás la voz de sus miembros para que el cliente y el terapeuta conversen de ello. Esta forma de proceder, surge como parte de la convicción de que los pensamientos se hagan más públicos, y que se rompan los límites artificiales impuestos por la teoría y la práctica profesionales, entre los miembros del equipo, el terapeuta y la familia. Después de un determinado tiempo en el que se han escuchado las distintas versiones, el terapeuta se reúne con el equipo y, en presencia de los clientes, desarrollan un intercambio de las ideas surgidas a partir de la conversación que el terapeuta sostuvo con ellos. Presentar las reflexiones de forma abierta ante/con el terapeuta y los clientes permite reconocerlos como colaboradores en el sistema terapéutico. Posteriormente, el terapeuta vuelve a conversar con los clientes y retoman los comentarios hechos por los miembros del equipo (Anderson le llama a este proceso “diálogo sobre los diálogos”; no usa la designación de “reflexivo” para el equipo, aunque sí habla de reflexión). En ocasiones estas dos fases (la de conversar con el equipo y volver con el cliente), se repiten (Beltrán, 2004).

Vale la pena resaltar que desde esta perspectiva más que hablar del desarrollo de la terapia como una serie de pasos a desarrollar, se pretende enfatizar el hecho de que el terapeuta co- construye el espacio terapéutico, junto con el cliente; y que utilizando una *postura colaborativa*, se favorecerá la construcción de nuevos significados hacia la disolución del problema⁸². Como se ha mencionado, la idea de una *postura colaborativa* no hace referencia a una técnica a utilizar dentro de la terapia, sino a una manera congruente de *ser, pensar y actuar* por parte del terapeuta. En este sentido, *ser colaborativo*, implica escuchar, interesarse, mantenerse con una actitud de no saber, y disposición para aprender de la historia del cliente (Anderson, 1999; 2004a; 2004 c; 2004d; Beltrán, 2004).

Así mismo, el terapeuta, procura autenticidad, naturalidad y espontaneidad sostenidas, lo que le encausará a adoptar una forma única en cada relación y discurso. Su principal preocupación no será su función como terapeuta, sino más bien, las *relaciones* que sostenga con los clientes. Los terapeutas son simplemente una parte de un sistema interactivo circular, o como afirmaba Gadamer (1988; citado en Anderson, 1999), parte del «círculo de sentido».

Así pues el terapeuta colaborativo procura, entre otras cosas, tener una actitud en la cuál todos se sientan incluidos en la conversación. Por ejemplo cuando se habla con más de una persona siempre se procura mirar a la cara a los otros, ya que el mantenerse en contacto con los demás posibilita al terapeuta darse cuenta cuando alguien quiere decir algo. Hay que tomar en cuenta que cada persona representa no a un individuo singular, sino a una compleja red de relaciones. También centrará especial atención por que cada participante en la conversación sienta que su versión es tan importante como las otras. Esto significa procurar una posición por parte del

⁸² De acuerdo con los objetivos del trabajo, en este apartado se contempla la forma en la que se va desarrollando la terapia a través de etapas o fases definidas. Sin embargo, en este caso, la idea de remitirse hacia la postura del terapeuta, encuentra razón cuando se considera que en esta co- construcción de la terapia, van implícitamente los significados del terapeuta, los cuáles le orientan a *actuar* (y a co-definir este proceso, o rumbo o dirección de la terapia) de determinada manera. Anderson (1999), considera que lo demás se define dentro del propio contexto terapéutico.

terapeuta de *multiparcialidad*, en la cuál se alía simultáneamente con todos los participantes. Un interés genuino proporciona y mantienen coherencia sobre las ideas expuestas. (Anderson, 1999; 2004d; Beltrán, 2004).

Además, se considera que comúnmente, cuando el terapeuta genera interés por las versiones de cada integrante de la familia, la actitud de *escucha* y *respeto* se propaga entre los participantes de la terapia; de esta manera, poco a poco el sentido y el significado de las conversaciones cambiarán en el caso de que en un principio los relatos se tornen defensivos, o agresivos (Beltrán, 2004). Por medio de las observaciones dentro del ámbito terapéutico, se descubrió que el *escuchar* atentamente (dando pausas, antes de hablar, dando tiempo al otro de terminar y dándosele a sí mismo para reflexionar), disminuye las correcciones, las interrupciones y las negaciones por parte de los integrantes de las familias; mostrándose entre ellos más interesados por escuchar y entender a cada persona, aunque cada una represente una versión distinta (Anderson, 2004d).

Contrario a lo que se pueda pensar, este proceso de escucha no es pasivo⁸³. El terapeuta ofrece comentarios, preguntas, reflexiones, indicaciones acerca del relato del cliente, todo ello movido por su propia curiosidad y con el fin de entender al cliente. La diferencia es que estas preguntas o comentarios no van dirigidos hacia una dirección u objetivo particular, y si buscan invitar, facilitar y sostener el diálogo. Una conversación de este tipo tampoco busca imponer directa o indirectamente nociones acerca de lo que el cliente debería de ser, lo que debería de hablar o como debería vivir (Anderson, 2004e).

Otra característica de un terapeuta *colaborativo*, es que actúa desde una posición de no saber, de aprendiz, con preguntas tentativas y sobre todo con la capacidad de moverse desde la incertidumbre; esto como otra forma congruente de reflejar una actitud igualitaria entre el terapeuta y el cliente dentro de la terapia. Esta posición alude a la actitud y creencia del terapeuta de que él no tiene acceso a una información privilegiada, que nunca podrá comprender plenamente a otra persona, que necesita mantenerse en un estado constante de ser informado por el otro y de aprender más sobre lo que se ha dicho o puede no haberse dicho. El experto de su propia vida es el cliente, por lo que se le trata con respeto y seriedad, sus ideas, actitudes y decisiones, incluyendo aquellas que formen parte del discurso cultural popular, folklórico y religioso. Por tanto, desde esta perspectiva es impensable que el terapeuta pretenda mantener un monopolio sobre la verdad o el conocimiento superior, puesto que simplemente cada uno trae su propia experiencia, pero ninguna es mejor que la otra. (Anderson, 2004a; 2004c; 2004d; 2004h; Beltrán, 2004).

Anderson (2004h), considera que es imposible predeterminar o predecir el resultado o las consecuencias de las conversaciones terapéuticas. Sin embargo, esta característica de *incertidumbre*, lejos de ser un obstáculo para el terapeuta, le sirve para abrir puertas para la creatividad y la libre exploración de varias posibilidades dentro de la conversación y, adicionalmente le concede la libertad y la comodidad de “no saberlo todo”; es decir, se elimina esa necesidad de ser el experto que diga como deben vivir los clientes, o para elegir las intervenciones

⁸³ Comúnmente antes de que el cliente participe en la terapia, los terapeutas ya tienen hipótesis, prejuicios y planes para desarrollar cierto método dentro de la terapia. En el transcurso de la terapia, los terapeutas mantienen un diálogo consigo mismos generalmente con la intención de confirmar o rechazar sus propias hipótesis; sin embargo, este diálogo interno evita que se sumerjan en la historia del cliente, privilegiando su propia visión por encima de la de éste último. Lo que se propone no es que el terapeuta cancele sus ideas, prejuicios o hipótesis, ya que esto es imposible, sino que ponga a disposición del cliente sus pensamientos con el afán de hacerlos públicos y para que él mismo decida si le son útiles en alguna medida. Esto hace posible entre otras cosas, que las jerarquías se disuelvan dentro del espacio terapéutico; aunque implícitamente el terapeuta tendrá que estar dispuesto a que sus comprensiones, prejuicios y valores (profesionales y personales) sean cuestionados, ignorados o cambiados (Anderson, 2004c; 2004d; 2004e).

y preguntas correctas o la mejor narrativa. Esto incrementa su libertad de imaginación y creatividad (Anderson, 2004a; 2004d).

Esta idea, acerca de la incertidumbre además incluye la voluntad del terapeuta de dudar de sus propios discursos dominantes profesionales y personales y que se mantenga consciente de ellos, además de procurar mantenerse abierto a un constante auto examen y a la posibilidad de ser examinado por los otros. Implica, también ser capaz de no entender demasiado rápido, de abandonar supuestos y estereotipos prematuros, y de no apreciar su conocimiento más que el del cliente. En otras palabras, el terapeuta no está seguro, ni protegido por su saber, más bien el terapeuta suele lucir vulnerable⁸⁴ (Anderson, 1999).

La relación dualista, jerárquica y autoritaria entre un experto –terapeuta- y un no experto –cliente-, es sustituida por una relación más horizontal, democrática e igualitaria que conforman la concepción de una sociedad colectiva entre personas con diferentes perspectivas y conocimientos sin que unos sean más importantes que otros. El terapeuta ya no es editor e intérprete de la historia del cliente, sino un co-autor más de las historias nuevas, generadas en el lenguaje y a través de la relación. Esto implica que las decisiones como la forma en la que los participantes pueden actuar, la definición de los límites, la elección de las metas, la selección de las personas que deben participar, la decisión de cuando y cómo hacerlo, se toman mutuamente entre el terapeuta y los clientes, de manera colaborativa y ocurriendo sesión por sesión, conversación por conversación. De esta manera, el cliente junto con el terapeuta pasan a ser compañeros en una conversación, en la que la pericia del cliente sobre sí mismo se combina con la experiencia del terapeuta y donde juntos se envuelven en un proceso compartido de exploración de los problemas y desarrollo de posibilidades; en este sentido, la terapia dejó de ser un «hablar a» y se convirtió en un «hablar con», por lo que la responsabilidad por la terapia y su resultado pasó a ser compartida (Anderson, 1999).

En vez de utilizar un lenguaje profesional, se propone aprender y utilizar el lenguaje de los clientes, dentro y fuera del espacio terapéutico. En los comentarios sobre las familias fuera de las sesiones, se procura incorporar sus propias descripciones e ideas, en sus palabras y frases, haciendo única la situación de cada individuo de la familia (Anderson, 2004d).

Anderson (1999), asegura que cuando el cliente guía la terapia, el tono y el ritmo de la historia son diferentes. Es imprescindible pues, que el terapeuta tenga también la habilidad de identificar aquellos relatos que son importantes para el cliente (por ejemplo, la reiteración del cliente hacia un tema en especial, la descripción detallada de alguna situación, el interés de mencionar a las personas significativas en la vida de los clientes, etc.), para hacer posible que el cliente lleve al terapeuta a donde es necesario ir.

Al mismo tiempo en que los esfuerzos se centran en aprender los significados del cliente, también se comienzan a desechar las opiniones *expertas*, como las clasificaciones, los diagnósticos y las explicaciones profesionales sobre cómo debería ser la gente, y como debería ser la terapia. Las ideas y acciones de intervención, emergen de las conversaciones terapéuticas locales; los clientes participan en su concepción y solamente aparecen coherentes y lógicas en el contexto de ese sistema. Y aunque esta sea la razón por la que algunos terapeutas han considerado esta forma de

⁸⁴ Esta concepción, difiere con lo que a menudo sucede con los profesionales que oyen lo que quieren oír y descartan el resto de los comentarios distintos a su propia forma de pensar; y aún en ocasiones cuando prestan atención a las versiones de otros, las descartan porque consideran que son poco interesantes, imposibles, o que son poco válidas o sospechosas ya que vienen de personas ofuscadas, y que están viendo las situaciones problemáticas desde un punto de vista subjetivo. (Anderson, 1999).

trabajar como inactiva, agobiante imperceptible y sin dirección, esta parte representa una característica de este enfoque hacia una terapia más humana (Anderson, 1999).

e) Posibilidades de acción terapéutica.

Una conversación colaborativa, no supone un momento específico donde se considere aplicar ciertas técnicas de intervención; pues se asume que el cambio ocurre momento a momento, al tiempo en que se desarrolla la conversación. El escenario para la colaboración se establece desde el contacto inicial y se pretende mantenerlo hasta el final de la terapia. La forma en la que el terapeuta hace las preguntas, representa un alejamiento de la tradicional práctica basadas en una metodología o generadas por técnicas preestablecidas; tampoco se tiene la idea de “aplicar” preguntas que en sí mismas sean la causa de que alguien cambie su manera de entender, abandone una idea o tenga una idea nueva. Más bien las preguntas que se sugieren, –al igual que los comentarios, declaraciones y gestos- son elementos de un proceso más general que ejemplifica la postura honesta y consecuente del terapeuta de no entender demasiado rápido, determinando así, el marco para el diálogo. Así, el interés por preguntar del terapeuta, es el de abrir una de tantas posibilidades dialógicas; pero hablar o no hablar de un tema específico, es decisión del cliente. (Anderson, 1999; 2004b; 2004c; 2004f).

Sin embargo, aunque el control de la conversación, la definición de los temas, la orientación hacia algún contenido o resultado específico y la responsabilidad sobre la dirección del cambio, recaen sobre el cliente, indudablemente al terapeuta le corresponde un papel dentro de este proceso conversacional, y en este sentido, es posible hablar de aquellas cosas que el terapeuta colaborativo *hace* de manera *intencional*⁸⁵, encaminadas a la búsqueda de un cambio. Anderson (1999), identifica seis cosas que caracterizan a los terapeutas que participan en conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas, y que pueden guiar la conversación y las relaciones:

1. Confiar y creer en los clientes.

Los clientes desean que se confíe en ellos y se les crea. Comúnmente los terapeutas oyen las historias, procurando descubrir las incongruencias del cliente, o los aspectos de la historia que no corresponden con lo que los terapeutas piensan; sin embargo desde esta perspectiva los terapeutas no son impulsados por la búsqueda de la verdad, sino por la necesidad de entender y confiar en la historia del cliente tal y como la cuenta (Anderson, 1999; 2004b; 2004f).

2. Hacer preguntas conversacionales.

Las preguntas constituyen el núcleo de cualquier entrevista terapéutica. Las preguntas comunican algo sobre quien pregunta y lo que piensa (en este caso comunican algo sobre el terapeuta); de esta manera también así se participa en la construcción de las respuestas. Las preguntas que el terapeuta elige, influyen sobre la selección y construcción de la persona que encontramos en la terapia, y la historia que esa persona nos cuenta (Anderson, 1999; 2004c).

El tipo de preguntas que se proponen para lograr una relación colaborativa, han sido denominadas por Anderson (1999), como *preguntas conversacionales*. Tales preguntas tienen como principal característica la de provenir desde dentro de las conversaciones locales y específicas, de

⁸⁵ De acuerdo a Anderson (1999), toda conducta humana es intencional y se sitúa en una realidad socio-histórica producida, reproducida y cambiada por el lenguaje. Una postura terapéutica como la colaborativa que se asume como no intervencionista y no jerárquica, no es necesariamente pasiva o inocente. No significa que todo vale, que el terapeuta está a la deriva o no influye. El terapeuta es activo pero no directivo, siempre influye al cliente y del mismo modo, el cliente siempre influye en el terapeuta (Anderson, 2004b; 2004f).

experiencias en primera persona que permiten por lo menos de una manera provisoria, entender los esfuerzos del cliente; por tanto se trata de preguntas que no están estructuradas de antemano. Otra característica es que no tienen la intención de confirmar hipótesis, buscar realidades, intenciones o significados escondidos o perseguir supuestos ocultos (2004c). El propósito es facilitar un proceso en el que se ayude a que el cliente cuente, clarifique y amplifique una nueva historia; abrir nuevas avenidas para explorar lo que se sabe y lo que no se sabe, que ayuden a que el terapeuta aprenda sobre lo dicho *versus* lo todavía no dicho. El objetivo del terapeuta en una conversación colaborativa, es la de *mantenerse próximo a la experiencia inmediata del cliente* (Anderson, 1999; Beltrán, 2004).

Anderson (1999), distingue dos tipos de preguntas, que se refieren al modo en como el terapeuta indaga: las preguntas de contenido, las cuáles buscan datos e información y las preguntas de proceso, las cuáles facilitan el diálogo. Estas últimas se utilizan a manera de indagación compartida, y buscan, no una clase especial de información, sino intentar mantenerse cercana a la comprensión del momento, trabajar dentro de ese parámetro y que el terapeuta pueda salirse poco a poco haciendo pequeños desplazamientos en la conversación, lo que permite más movimiento y abre más potencialidades (Anderson, 1999; 2004a).

Las preguntas con una intención colaborativa, no son preguntas que requieran respuesta o comentarios que orienten hacia una dirección particular; tampoco se sugieren ideas ni compendios de la verdad. En cambio son herramientas que se usan para aprender más acerca de la historia del cliente, darle la posibilidad de corregir aquellos «malos entendidos», clarificar o expandir lo que acaba de decir. Las preguntas que el terapeuta hace, están orientadas más bien, por el interés de aprender los significados del cliente y así entender de qué está hablando y que quiere que el terapeuta oiga (Anderson, 2004f).

Sobre si una pregunta es correcta o no, no se puede saber antes de tiempo; no se define por ser inteligente o sabia. No hay una guía de preguntas⁸⁶. Las preguntas correctas son las que surgen cuando el terapeuta se sumerge en el mundo del cliente y presta atención cuidadosa y se interesa en aprender más en lo que le preocupa o le hace sentir mal al cliente. Es posible hacer cualquier pregunta, comentario, hablar de cualquier cosa. Lo importante, sin embargo, es la postura desde la que se hace -la manera, el tono y la regulación de los tiempos-. Estos comentarios y preguntas, deben ofrecerse de una manera tentativa⁸⁷, curiosa, que comunique un interés genuino⁸⁸ por entender correctamente. En una conversación de tipo colaborativa, resulta útil este estilo tentativo para preguntar, comentar, pensar en voz alta, cotejar lo que el terapeuta cree entender y sugerir ideas que a menudo quedan inconclusas (Anderson, 1999; Beltrán, 2004).

Como ejemplo, Anderson y Goolishian (1995), sugiere iniciar la conversación planteando preguntas como las siguientes:

*¿Cómo les gustaría a ustedes utilizar esta reunión?, ¿Cómo deberíamos usar este encuentro?, ¿Para qué deberíamos usarlo? ¿Qué les gustaría que supiéramos de ustedes?
¿Qué es lo que esperan de la terapia? ¿Cuál es su dilema?*

⁸⁶ Andersen (2001) considera que la responsabilidad del terapeuta consiste en hacer contribuciones que posibiliten el cambio. No obstante de qué tipo de cambio se trate y cómo y cuándo suceda no son su responsabilidad. No cree que los terapeutas tengan la responsabilidad ética de orientarse hacia los resultados, pero si de otras responsabilidades éticas como la de no lastimar a la gente (Beltrán, 2004)

⁸⁷ Ser tentativo no es lo mismo que ser impreciso, sino abierto a la otra persona y dar espacio a su participación.

⁸⁸ Cuando el terapeuta pregunta por los puntos de vista acerca del problema, su causa, su localización y su solución, cuando indaga acerca de las expectativas de los clientes hacia la terapia y el terapeuta y cuando este último permanece abierto a la base ideológica de la otra persona –su realidad, sus creencias y sus experiencias-, se dice que el terapeuta se interesa genuinamente por el mundo del cliente (Anderson, 1999).

Con estas preguntas no se esperan respuestas determinadas, sino representan una forma de empezar el diálogo (Anderson, 2004e). Además, estas preguntas se relacionan con la forma en la que el cliente propone que sea la modalidad que deba darse a las conversaciones. También se suele preguntar sobre:

¿Cuál es la historia de la idea de venir hoy aquí? ¿Cuales son sus expectativas de la supervisión y de mí? ¿Cuál es la historia que está detrás de esta reunión? ¿De quién fue la idea de este encuentro?, y ¿cómo reaccionó usted ante esta idea? ¿Que es lo que espera aprender?

Con estas preguntas se busca comprender hasta qué punto los presentes están de acuerdo en asistir, además de que las respuestas a ellas permiten que los miembros de la familia describan su forma de ver la situación (sus narraciones o historias), posibilitando el planteamiento de otras preguntas dirigidas hacia la co-creación de significados nuevos y útiles para el cambio. Al mismo tiempo, puede ayudar a comprender a quiénes debería dársele la oportunidad de hablar y a quiénes la libertad de estar presentes en silencio (Anderson, 1999).

Anderson (1999; 2004b; 2004e) sugiere que en el transcurso de las sesiones, el terapeuta (en este intento de comprender la vida de los clientes) emplee preguntas para *recontar* la experiencia inmediata y que al mismo tiempo le eviten caer en la trampa de suponer que ha entendido. Por ejemplo:

¿Lo que usted dice es que...? ¿Quiere decir que...? Hace un rato usted dijo que... ¿eso es lo que quiso decir? ¿Pude entender bien lo que me quiso decir?

En el mismo sentido, el terapeuta también puede recurrir a realizar resúmenes acerca de lo dicho, como una manera de asegurarse de que ha oído bien lo que lo que el cliente ha dicho (Anderson, 2004b).

Cada pregunta que haga el terapeuta, lleva a otra, y en un sentido más general esto conduce hacia una elaboración *nueva* de descripciones y explicaciones. Lo que el cliente le diga al terapeuta, será la respuesta para la que deberá encontrar la pregunta siguiente. De esta manera, las preguntas resultan del acontecimiento dialógico inmediato, la narrativa en desarrollo informa sobre la siguiente pregunta, y la narrativa se construye a partir de las preguntas que le son dirigidas. En este proceso local y continuo de preguntas y respuestas, de recontar y redescibir, las posibilidades para la comprensión, el significado y el cambio, son abiertas e infinitas (Anderson, 1999; 2004b; 2004 c; 2004f).

3. Escuchar y responder.

El papel que tradicionalmente tiene la escucha es la de lograr información clínica. Se trata de un proceso pasivo en esencia; la parte *activa*, ocurre en la cabeza del que escucha a medida en que lo oído es silenciosamente clasificado y comprendido. El objetivo es descubrir los sentimientos, pensamientos y significados ocultos bajo las palabras (Anderson, 2004c).

Anderson (1995) en cambio, señala que no hay nada *detrás* o *debajo* de las palabras sino que todo está *en* las palabras. Lo que importa es cómo se sintió el cliente en la conversación y si se sintió escuchado o no. Para ello es necesario que el terapeuta evite priorizar su diálogo interno sobre lo que cree que los clientes quisieron decir con sus palabras.

Anderson (1999; 2004c), define *escuchar* como atender a, interactuar con, responder a, y tratar de aprender acerca de la historia del cliente y su importancia percibida. *Oír*, significa desde este ámbito un proceso que implica una elaboración de comprensiones, un esfuerzo por alcanzar un significado compartido, que ocurre cuando dos personas o más intentan llegar a una comprensión

mutua de algo, de tal manera que no se dé por sentadas las situaciones cotidianas (para los terapeutas), ya que es ahí donde se pierden aquellas posibilidades de desarrollar un relato alternativo al problema. Por ejemplo:

¿A que se refiere usted cuando habla de “melancolía”? Aquello que ha llamado “inseguridad” ¿le afecta? ¿Qué significado tiene para ustedes aquello que llaman “libertad”? ¿Que de todo aquello que hemos hablado es más importante para ustedes?

Por el contrario, cuando un terapeuta no escucha activamente y no responde a lo que oye, corre el riesgo de apresurarse demasiado en formular preguntas, ofrecer comentarios, hacer suposiciones y dar sugerencias, todo lo cuál puede hacer que el cliente no se sienta escuchado. En este sentido, el terapeuta debe prestar especial atención y cuidado a las historias que contienen fuertes cargas de emoción, valor y cultura, ya que generalmente representan una mayor dificultad para escuchar y oír; por ejemplo, la homosexualidad, el incesto, el machismo-feminismo, la violencia en contra de los niños, etc. (Anderson, 1999; 2004b).

Por otro lado, en el proceso conversacional los clientes dan muchas señales de por donde ir; entrenar la sensibilidad para poder ver u oír esas señales permite observar lo que una persona expresa con la voz o los movimientos o las emociones, escuchar es también ver. Así podemos encontrar preguntas que hacer (Beltrán, 2004). Por ejemplo:

Si observa esta o aquella palabra ¿qué es lo que ve? Si sus lágrimas pudieran hablar ¿cuáles serían sus palabras?

4. Mantener la coherencia.

El terapeuta debe comprometerse auténticamente a abrirse a la historia de las otras personas. Esto implica trabajar con la realidad del cliente, su lenguaje, su vocabulario, sus metáforas, etc. Esta inmersión en la historia del cliente, este proceso de dejarse guiar por la narrativa del cliente, es lo que permite al terapeuta mantener la coherencia. En otras palabras, cuando no se sabe y se trata de aprender, se mantiene la coherencia. Y de la misma manera, la coherencia le da espacio al cliente para que se movilice y no tenga que consumir energía para promover, proteger o convencer al terapeuta de su punto de vista. Mantener la coherencia ayuda a reducir el riesgo de que la voz del terapeuta domine y dé forma a la historia contada, y así cierre el paso de la versión del cliente y al desarrollo de futuras versiones más útiles. Esto requiere que el discurso de la terapia no se ubique dentro de una cultura o un lenguaje de descripciones y metáforas externas, tales como la teoría psicológica o los modelos familiares, sino en la experiencia propia de la conversación presente (Anderson, 1999; 2004b).

5. Mantener la sincronía.

Este punto se relaciona con los tiempos en la terapia; requiere avanzar al ritmo del cliente. Metafóricamente, se llega más rápido caminando a lado del cliente que empujándolo desde atrás o tironeando desde adelante. Implica una actitud naturalmente paciente del terapeuta, resultado del interés y valor que se les concede a las versiones del cliente (Anderson, 1999; 2004c).

6. Honrar la historia del cliente.

Los clientes buscan que se les tome en serio y que se les convalide. Shotter (1995; citado en Anderson, 1999), destaca la importancia de que las personas puedan dar voz a su propia posición hacia quienes los rodean y sea tomada en serio con una respuesta activa; esto indudablemente reditúa en una mayor cooperación y comprensión mutua de los temas que el cliente trae consigo.

7. Ejercicio “Como si” (“as if”).

Además de las preguntas colaborativas, Anderson (1999; 2004g) propone este ejercicio, que tiene el propósito de promover un diálogo interior y exterior, ofrecer la oportunidad de tomar conciencia de lo que los diversos miembros de un sistema sienten y piensan acerca de una misma información o un mismo suceso; de comprender la diversidad de las percepciones y puntos de vista; de discutir en un foro más público que privado, de apreciar la influencia del lenguaje profesional; de tener una experiencia directa de la generación de significaciones y el cambio de perspectivas, y de observar los estilos y clases de preguntas y comentarios que invitan a otros a la conversación y aquellos que la impiden. Busca la riqueza de las diferentes voces, que frecuentemente son contradictorias entre sí; todo ello para ayudar a los participantes a encarar las dificultades, los problemas, las preocupaciones, los conflictos o cuestiones que presentan en la terapia. El ejercicio consta de cuatro procesos que se ajustan al contexto de la consulta, a la situación, a los objetivos del cliente y a los objetivos y tamaño del grupo⁸⁹: *presentación, escucha, reflexiones y discusión.*

- *Presentación.* Se le pide al cliente que defina una lista de personajes y una situación para desarrollar un relato (esta será la historia del cliente). También puede mencionar sus objetivos y sus expectativas hacia los demás y de lo que pasará al exponer su situación. A los miembros del equipo terapéutico (participantes presentes dentro del espacio terapéutico) se les pide, 1) que escuchen la historia «como si» fueran una de las personas de la lista, 2) que se dividan en grupos (dependiendo del número de integrantes del equipo terapéutico), y 3) que permitan al cliente decir a los demás lo que piensa que necesitan saber, dejando para el final de las preguntas, reflexiones, comentarios o sugerencias que se les ocurran. Se le concede un momento adecuado al grupo, para que se sitúe mentalmente de acuerdo con la posición «como si» que hayan elegido. Después de ello, se le pide al cliente hablar sobre tres puntos y que piense que los personajes de su historia están presentes escuchando:

1) *Cuéntanos, ¿Por qué elegiste esta situación? ¿Representa un tipo particular de dificultad clínica, es un atolladero de la terapia, es un problema familiar?*

2) *Cuéntanos, ¿Cuál es tu esperanza, tus metas? ¿Qué esperas de la consulta? ¿tienes alguna pregunta específica que quisieras que contestáramos? ¿Con que quieres que te ayudemos?*

3) *Cuéntanos lo que a ti te parece que nosotros debemos de saber ¿Cuál es tu historia? ¿Qué te parece que es importante que sepamos para que podamos responder a tus expectativas?*

Estas preguntas combinadas con la silenciosa posición «como si» de los demás, permiten que el cliente tome la iniciativa con lo que a él le parece importante, no lo que les pueda parecer importante a los otros.

- *Reflexiones de los que escuchan «como si».* Una vez que el cliente termina su historia, se les pide a los otros que mantengan sus posiciones «como si», y que desde esas posiciones compartan, cada uno con su grupo, sus pensamientos y sus experiencias sobre la historia, mientras que el cliente visita a cada grupo y escucha en silencio las opiniones. Los que escuchan desde las posiciones «como si», representan la multiplicidad de voces interiores que un individuo puede tener en un momento determinado. Cada voz representa una perspectiva, a veces armoniosa y otras veces conflictiva. El ejercicio depende de la imaginación de los participantes, puesto que sólo conocen a los protagonistas de la historia a partir de las descripciones del cliente y sólo conocen el contenido de la historia tal y como él la presenta. De esta manera, los participantes no necesitan estar en posesión del individuo; el contenido es simplemente un vehículo para el proceso. Una vez que los grupos tienen suficiente tiempo para compartir sus reflexiones, se le pide

⁸⁹ Anderson (2004g) considera que este ejercicio puede ser practicado y confeccionado para cualquier número de participantes; desde grupos de dos estudiantes hasta grupos de conferencias.

a uno de los integrantes de cada grupo que actúe como vocero del «como si» colectivo, compartiendo la multiparcialidad de las reflexiones con el resto de los presentes. Si es posible, el terapeuta anota esas palabras y frases en un pizarrón, para que todos lo puedan ver. Esto destaca el hecho de que el terapeuta escucha cuidadosamente los comentarios de cada persona y los considera importantes. Además permite que los demás se centren en la conversación, en vez de tomar notas.

- *Reflexiones sobre las reflexiones.* Se le pide al cliente que reflexione sobre las ideas, comentarios, preguntas y sugerencias de quienes ha escuchado desde las posiciones «como si». Después todos los participantes comparten sus reflexiones sobre las reflexiones de los otros y las del cliente.

- *Discusión de los participantes.* Se les pide a todos que compartan sus experiencias acerca del proceso de la consulta (centrando las opiniones en el desarrollo del ejercicio “Como si”).

Anderson (1999; 2004b; 2004g), considera que la terapia se convierte, a través de este ejercicio, en una invitación a una conversación donde se es respetado, donde se procura oír y comprender a los demás, y donde la riqueza de las diversas voces presentes o pasadas, se mueven hacia un consenso. Quienes participan en este ejercicio, tienen la experiencia de «hacer lugar para el otro», y de su importancia para el diálogo. La escucha silenciosa permite que cada miembro se oiga de modo diferente que cuando todos hablan y escuchan simultáneamente. Imposibilitados de preguntar, opinar o sugerir, los que están en posición «como si» sienten la diferencia entre escuchar lo que el terapeuta quiere que oigan y lo que ellos piensan lo que deberían oír. Entienden que apresurarse para tratar de comprender, puede impedir el acceder a la experiencia de la otra persona. A su vez, el terapeuta que se desplaza silenciosamente de uno a otro grupo «como si», tiene la oportunidad de escuchar más completamente, porque no necesita aclarar o defender sus puntos de vista y sus acciones. Finalmente, la experiencia de compartir las voces «como si» con el grupo total hace que los miembros comprendan qué difícil es relatar conversaciones previas de manera tal que preserven su riqueza. Los participantes ganan conciencia de la multiplicidad de voces propias que cada individuo puede contener, y que esas voces pueden armonizar o no. Además los participantes tienen la experiencia de acceder a sus pensamientos interiores y traerlos a la conversación explícita (Anderson, 2004a; 2004b; 2004 f).

f) Perspectivas del autor acerca de su trabajo.

Es el pensamiento postmoderno, el punto de partida del trabajo actual de Harlene Anderson. Este tipo de terapia representa un cambio ideológico que está transformándose lentamente desde hace más de veinte años y sus implicaciones van más allá del ámbito terapéutico. Debido a la autocrítica interna y el ejercicio de reflexión que se propone, se posibilita un cambio continuo en tales principios; considera por tanto que hay que fomentar los diálogos que posibiliten estas transformaciones, pues definitivamente hay algo más allá de esta perspectiva. Es decir, este tipo de pensamiento corre los mismos riesgos que cualquier otro producto del discurso, la historia o la cultura. En el acto mismo de proponer una terapia postmodernista, se corre el riesgo de caer otra vez en el empirismo, de instituir otra metáfora axiomática para la terapia, de promover ciertos pensamientos y acciones y de prohibir otros; sin embargo estos riesgos pueden verse disminuidos en gran medida, si no se pretende encontrar la *verdad*, si en lugar de ello, asumimos que nuestras descripciones y explicaciones son parte de nuestra experiencia propia y que son herramientas lingüísticas que están en constante cambio. Anderson (1999), considera que sus ideas en un futuro cambiarán, como ha ocurrido en el pasado y que por tanto, se mantiene abierta a nuevas posibilidades dialógicas. Mientras tanto, los equipos de trabajo continúan explorando y extendiendo las vastas posibilidades para la terapia, la educación, la investigación, la consulta organizacional y la medicina así como en otras circunstancias sociales y culturales complejas (Anderson, 1999; 2004c).

5. Equipo reflexivo de Tom Andersen

a) Contexto de desarrollo del enfoque.

Tom Andersen (1994, 2001b), principal pionero y representante de esta forma de trabajo tiene formación médica y psiquiátrica, lo que le llevó a sostener durante mucho tiempo una visión biológica del yo. Cuando trabajó en psicoterapia individual se inclinó hacia una visión más psicológica que le dio una nueva e interesante comprensión de los problemas, sin embargo estas contribuciones no provocaban una disminución considerable en los problemas de sus clientes, por lo que fue atraído por la terapia familiar.

Andersen (1994), sostiene que el desarrollo de su trabajo es producto de las ideas y experiencias acumuladas con su equipo de trabajo y que muchas de estas ideas surgieron intuitivamente. Refiere que los conceptos y formulaciones utilizados no eran nuevos, por lo que se permitieron tomar sólo unas partes y discutir otras, así como darse la libertad de comprender los escritos de otros autores y de ellos mismos, a su modo (Andersen, 1994).

Él cita como fecha de partida el año de 1974, para este entonces, el equipo de Tromsø, en Noruega, tenía reuniones informales, y ya estaban influidos por las ideas de totalidad y relación, en la búsqueda de nuevos modelos de trabajo. Sus principales referencias teóricas fueron Jay Haley, Salvador Minuchin y Paul Watzlawick. En este período cibernético o constructivista, su trabajo y su visión del yo, era una visión todavía modernista, consideraba a la persona como parte de un todo, capaz de hacer evaluaciones racionales de su posición y la de otros (Andersen, 1994, 1996). Según relata Andersen (1994), avanzaban con dificultad porque la posición de expertos los hizo sentirse incómodos, por lo que el interés por buscar otro status para el terapeuta despertó.

En 1978, Andersen (1994) tomó el cargo de profesor de psiquiatría social en la Universidad de Tromsø, este hecho dio pie a dos formas de trabajo. La primera fue la organización formal de siete profesionales que colaboraban con la "primera línea"⁹⁰, cuyo propósito era impedir la internación de pacientes psiquiátricos, que correspondería, en un hospital psiquiátrico de segunda línea. La otra fue la participación en un programa educacional del mismo grupo de dos años en "terapia familiar sistémica"⁹¹.

Cuando trabajaban en colaboración con la primera línea, invitaban a profesionales como médicos clínicos, trabajadoras sociales y enfermeras, entre otros, para conformarse como miembros del equipo. Si era necesaria la internación de un caso, estos profesionales daban los pasos correspondientes. De esta manera, Andersen y sus colaboradores se dieron cuenta que la internación bajó en un 40% comparada con el año anterior al proyecto sistémico. Los especialistas de la primera línea aprendieron a qué hacer y qué no hacer, sin embargo, al solicitar fondos a las autoridades para este mismo proyecto rechazaron la petición y pronto volvieron a las prácticas tradicionales⁹². De esta gran experiencia, Andersen y su equipo aprendieron las ventajas del hecho de incluirse junto con otros profesionales en el sistema terapéutico, así como comprender que las ideas que mejor crecen son las que emanan del sistema mismo. Esto dió pie a que esta *psiquiatría*

⁹⁰ Se le llama primera línea en Noruega al primer nivel de atención de servicios médicos, que correspondería a la atención de las comunas. Los nombres de los profesionales que trabajaron con el primer grupo son: Siri Blesvik, Birgit Eliassen, Anne Hertzberg, Aina Skorpen, Vidje Hansen, Odd Nilssen y Tom Andersen (Andersen, 1994)

⁹¹ Organizado por la Asociación Psiquiátrica de Noruega, dirigido por Philippe Caillé y colegas como Charlotte Bühl y Håkon Hårveit (Andersen, 1994).

⁹² Este rechazo fue porque principalmente se consultó a los psiquiatras, autoridades del hospital (Andersen, 1994)

basada en la comunidad se transformara en una convicción, por lo que a partir de ahí decidieron seguir otros caminos (Andersen, 1994).

El programa educacional en terapia familiar sistémico dió la oportunidad a Andersen y su equipo de contactarse con diversas personalidades en el campo de la terapia familiar como Lynn Hoffman y Peggy Penn del Instituto Ackerman, Luigi Bóscolo y Gianfranco Cechin de Milán, y Phillipa Seligman y Brayan Cade de Cardiff. Sin embargo fue el enfoque Milanés el que más llamó su atención, particularmente el proceso de entrevista, por lo que les permitió tomar distancia de los estilos estructurales y estratégicos. El grupo inicial se disolvió lentamente, continuando cada uno por su parte. No obstante, se reunieron más tarde, durante los años de 1984 a 1987 en los meses de junio para difundir su pensamiento. Así, organizaron seminarios en lugares remotos de Noruega, invitando a docentes de distintas partes del mundo como Nueva York, Canadá, Milán, Bélgica y Roma entre otras (Andersen, 1994).

En enero de 1984, algunos de los participantes de estos seminarios promovieron la idea del trabajo en equipo, por lo que formaron dos. En el que se incluía Tom Andersen, estaba formado por médicos jóvenes, un psicólogo y un trabajador social, trabajaban a la manera de Milán; y el otro equipo estaba formado por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. La principal influencia en esta época fue la escuela de Milán la cuál dió más importancia al interrogatorio que a una intervención final. Andersen (1994), afirma que lo que más llamó su atención fue la forma de hacer preguntas o intervenciones; la misma impresión a la importancia de hacer preguntas lo observaron del equipo de Ackerman. A través de las preguntas trataban de buscar diferencias alrededor de una situación, haciendo comparaciones y relaciones. Algunos elementos del enfoque tradicional del equipo milanés no tenían afinidad con el pensamiento de Andersen; por ejemplo, cuando el entrevistador no transmitía las ideas al equipo, o cuando ponerse de acuerdo en una intervención representaba una dificultad, ya que cada miembro defendía las ideas propias. Por lo que él se preguntaba si sería útil que los consultantes escucharan cómo el equipo trataba de encontrar nuevas rutas. Andersen comenta que su falta de coraje no le permitió defender sus ideas (idem).

Fue hasta marzo de 1985, cuando a pesar de las preguntas tan optimistas, en una familia no se obtenían resultados. Entonces se dieron cuenta que en la oficina del equipo había un micrófono conectado con bocinas en el lugar donde se encontraba la familia y no les llevo mucho tiempo decidir preguntar a la familia si querían escuchar algunas ideas que podían ayudarles, a lo que la familia respondió positivamente. El equipamiento permitía obscurecer el lugar donde se encontraba la familia y encender la parte en la que se encontraba el equipo terapéutico. Fue entonces como surgieron las ideas del equipo, en un principio titubeante, sin embargo, alguien habló de fortaleza, resistencia, otro sobre la lucha contra el destino y así se prosiguió la discusión sobre los diversos caminos a seguir. Cuando se encendieron las luces, descubrieron a las personas, en un principio pensativas, que al poco tiempo comenzaron hablarse con optimismo. Los resultados eran muy distintos del trabajo habitual. Esta práctica dio mas libertad y responsabilidad a ambas partes, a la familia y al equipo. Esta nueva forma del trabajo es a lo que se llamó grupo reflexivo, por lo que pensaron en la palabra en francés *réflexion* que estaba cerca del significado de la noruega "*refleksjon*", dando a entender que: "algo es oído, aprendido y pensado antes de dar una respuesta" (Andersen, 1994).

Otras de las influencias en pensamiento de Andersen (1994, 2001b), fueron los escritos de Gregory Bateson, y su idea de: *la diferencia que hace una diferencia*. Llegando a la conclusión que el hombre describe su entorno en relación con las diferencias que ve. De esta manera los del grupo de TromsØ, empezaron a cuestionar sus propios conceptos al dar sus opiniones, es decir sabían que la comprensión sobre la situación de la familia tenía mucho que ver con sus preconcepciones, así como la oportunidad de ofrecer otras diferencias (*mapas del mismo territorio*), a las que no se prestaban atención. Fue por lo que se empezaron alejar de las hipótesis y de las teorizaciones acerca de las personas, las familias, las relaciones y los problemas, limitandose únicamente a recibir información de la familia. Fue a partir de este hecho por ambas partes lo que dio a su práctica una forma diferente de hacer terapia.

Por otro lado, Andersen (1994) siguió influyéndose particularmente por Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, para desarrollar su idea de *apertura*, que incluye aspectos de la conversación que dan la oportunidad de conocer la forma en la que la familia organiza su sistema de pensamiento y desde donde se pueden abrir nuevas posibilidades. Así mismo retoma la noción de Cecchin de *neutralidad* vista como un estado de *curiosidad* por parte del terapeuta.

Dada su formación biológica, recurrió a algunas metáforas explicativas congruentes con este tipo de pensamiento. Una de las principales es la que retoma de Bülw-Hansen (Andersen, 1994).

Aadel Bülw-Hansen, fisioterapeuta noruega, desarrolló un método para relajar la tensión muscular, concentrándose en la respiración y en los movimientos del cuerpo como aspectos inseparables. Así el efecto de la inhalación se puede detectar hasta la punta de los dedos del pie. Cuando una persona limita sus expresiones, también lo hace con el aire que exhala. Así, si una persona no se siente cómoda para hablar, restringirá su exhalación y limitará su inhalación o reducirá su inspiración (*idem*). Gudrum Øvreberg, alumna de Bülw-Hansen junto con esta última han tenido gran influencia en la concepción que Andersen tiene del *fluir* del lenguaje, los signos, las pautas, etc (*idem*). Bülw-Hansen, sostiene que otra forma en que los movimientos inhalatorios se inhiben es mediante el uso de los músculos que tienen una función flexora. Un aumento en la actividad de estos actuará sobre el pecho y sus movimientos se limitarán. Algunos músculos que se encuentran en la cara, lengua y cuello también son flexores y de la misma manera tienen efecto sobre los movimientos del pecho. Al masajear los músculos flexores se puede inducir el dolor y éste a su vez estimula la extensión de esa parte en el cuerpo que a su vez estimula la inhalación; si esto continúa, el pecho se llena según su flexibilidad, por lo que la fase exhalatoria reducirá la tensión del músculo. Si se mantiene la extensión, la exhalación entonces se hará más profunda y la tensión del cuerpo se reducirá. Seguir la respiración durante el masaje es de suma importancia, así un detenimiento en los movimientos del pecho indica que el masaje debe parar. Por lo que la estimulación (pellizco) debe ser lo suficientemente fuerte para provocar la respuesta respiratoria requerida (dolor). Andersen sugiere aquí, una variación de la idea de Bateson:

“Hay tres tipos de diferencias pero sólo una de ellas causa una diferencia, la apropiadamente diferente” (Andersen, 1994, p. 41).

En la práctica terapéutica, la diferencia tiene que ser lo *suficientemente o apropiadamente inusual*, si la gente esta expuesta a lo usual, lo inusual puede producir un cambio (Andersen, 1994, 2001b, 2004).

Andersen (1994), también cita a los constructivistas Humberto Maturana y Francisco Varela, que sostienen que una persona está determinada biológicamente, pero que sus estructuras cambian de forma continua. Las células permanentemente se reconstruyen, proceso que le permite adaptarse al medio que cambia con el tiempo; la célula mantiene sus funciones y éstas pueden ampliarse para adaptarse a los cambios del medio. La interpretación que Andersen da a esta idea es que, una persona en cierto momento puede ser una de tantas maneras posibles que hay en su repertorio, no obstante puede cambiar a lo largo del tiempo aislándose y protegiéndose o bien desintegrándose (lo que sería una perturbación demasiado diferente). También influyó otra idea de Humberto Maturana acerca de que la *interacción instructiva* en la conversación terapéutica es imposible y lo único que se puede ofrecer y existir entre el cliente y el terapeuta es el *interés mutuo*. La idea de realidad de Ernst von Glasersfeld fue otras de las influencias en el enfoque reflexivo. Según el constructivismo radical, existe *la realidad* ontológica, sin embargo el ser humano no puede acceder a una representación verdadera de ella. La idea constructivista de *multiverso* del mismo von Glasersfeld y otros como, los ya mencionados H. Maturana y Francisco Varela, además de Steve Segal, y von Foerster; son congruentes con las ideas de Bateson (Andersen, 1994).

Heinz von Foerster y su idea de *sistema de observación* es otra de las influencias en el pensamiento de Andersen. Señala que cuando una persona se vuelve menos atenta y mas reservada, da signos de preservar su integridad e indica que la conversación ha sido demasiado

inusual, por lo que se debe estar atento a estos signos y proceder lentamente para observar sus respuestas a los comentarios dados en terapia. “*Al observar sus respuestas a mi observación puedo transformarme indirectamente en un observador de mi propia observación*” (Andersen, 1994, p.43). Lo que se dice y se hace, determina la manera en la que se abre la conversación, y su respuesta corresponderá a una de entre su repertorio, por lo que esta persona puede ser muchas personas -con características básicas que hacen a esa persona- o bien que todas estas respuestas o personas son la misma persona.

Por otra parte, aunque Andersen (2001b), no define bien en qué fecha se inicia su etapa postmodernista, señala que sucedió cuando se interesó más en los significados que los clientes atribuían al cómo y al qué, de los problemas y las soluciones, así como el uso del lenguaje. A esta nueva etapa le llama, período hermenéutico o constructor social, donde sostiene una versión postmodernista del yo, en la que el yo se constituye a través del lenguaje y en las conversaciones, y concibe a las personas como creadoras de significados por medio del lenguaje.

Así, Andersen (2001b) se ha visto influenciado por Kenneth J. Gergen, y su idea de que el ser humano está dentro del lenguaje, el cuál le provee de un conocimiento general (prejuicio), que lo puede limitar y al mismo tiempo hace posible su comprensión y sosteniendo que las personas son creadoras de significado a través de este lenguaje.

Otra influencia en Andersen, la constituye el sociólogo noruego Stein Bråten y su idea de conversación interna. Según éste, la persona se encuentra dividida en dos partes *el yo* y *el otro virtual*, que sería como un diálogo interno. Andersen también se influyó del pensamiento de Harry Goolishian y su idea que el terapeuta debe escuchar lo que realmente las personas dicen y no lo que el terapeuta piensa que en *realidad* ellas quieren decir⁹³. Retoma además, la idea del *sistema de significado* de Goolishian y Anderson, definiendo al sistema terapéutico como “*un sistema de significado, un grupo de personas que se conectan alrededor de la idea de hacer algo ante cierta situación*” (Andersen, 1994; p.57).

Algunos filósofos alemanes como Martín Heidegger y Hans George Gadamer también han influido en el enfoque reflexivo, cuando Andersen (1995, 2001b, 2004), habla de *prejuicios*. Heidegger llama *precomprensiones* a aquellas formas que nos permiten conocer el mundo y que se caracterizan por estar influenciados por la forma en que comprendemos el mundo⁹⁴.

En el trabajo de Andersen (2004), también se hace mención de filósofos como Ludwig Wittgenstein, Jacques Derrida, Michael Bajtin y, el filósofo y constructivista social Lev Vygotsky entre los más importantes. Apoyándose en estos filósofos, sostiene cinco supuestos: 1) el lenguaje incluye todas las expresiones (incluyendo actividades corporales); 2) cada expresión conlleva a un significado; 3) las expresiones vienen primero luego las ideas; 4) el lenguaje es formativo e informativo; y 5) el lenguaje embruja⁹⁵.

b) Premisas del autor acerca de los problemas psicoterapéuticos.

Según Andersen (1994), cuando una persona describe a otra, forma parte de un sistema de observación y esta descripción está determinada por el sistema de observación. El observador o persona que describe, limita lo que diga o haga según su comprensión de lo que describe. Sin embargo, lo que se describe es tan rico que el observador no puede prestarle atención a todo lo

⁹³ A esto, y a sólo formular comentarios sobre lo que el terapeuta ve, es decir no trascender a la conversación interna, es a lo que le llama Andersen ejercicio ético en terapia. De la misma manera el estar dispuesto a recibir, responder, así como devolver también es un ejercicio ético. Andersen no recurre demasiado a términos como *ético* o *antiético*; prefiere hablar de *cortesía* (Andersen y Rivera, 2001a).

⁹⁴ Algo parecido a lo que Bateson llamó epistemología y quien afirmó que el hombre no puede no tener una epistemología, es decir una determinada forma de concebir al mundo (Keeney, 2001)

⁹⁵ Es decir el lenguaje es tan poderoso que influye en la comprensión del hombre.

que ve. Es decir, el acto de describir o establecer diferencias tiene que ver con los intereses, historia y conocimientos del que describe. Probablemente de una situación se obtengan descripciones diferentes lo que lleva por lo tanto a explicaciones diferentes.

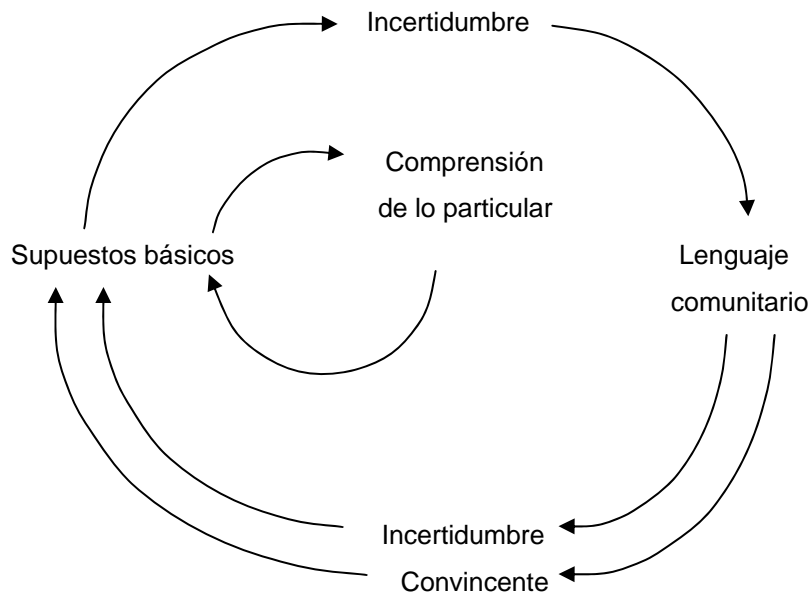
Cada persona da su percepción según la situación a la que ella pertenece y que conforma la realidad de la persona. Por lo tanto cualquier descripción o explicación depende del que describe y cada persona tendrá su propia versión. Cada uno de los miembros de la familia defiende su propia versión o descripción del problema, por consiguiente cada uno de ellos da una explicación del problema y tendrá una forma diferente de resolverlo. Y si no existe dialogo o conversación, los significados no se modifican. Es decir las conversaciones se paran cuando los significados de las personas son demasiado distintos.

Andersen (2001b), siguiendo a Anderson, Goolishian y a Winderman habla del sistema creado por el problema, “*Un problema crea un sistema de significados*; no el sistema el que crea el problema” (Andersen, 2001b, p. 209).

Las personas nos señalaran los problemas, que definen como algo que no pueden dejar y que piensan que tienen que cambiar. Pero cuando las personas tienden a validar sus propios significados por encima de otros, tienden a escucharse a sí mismas en vez de escuchar los significados de los demás. Según Andersen: “Vemos al sistema del problema creado como un escenario en el que muchas versiones pueden escucharse. Cada una de ellas tiene una tendencia a quedarse prendida de una descripción del problema, tiene una *explicación* para el mismo y, por tanto y naturalmente, tiene un significado sobre como resolverlo” (Andersen, 1994, p. 56).

Las personas que se sienten estancadas en lo que definen como situaciones problemáticas se acostumbran a hacerse la misma pregunta recurrentemente. Si tomamos en cuenta que el lenguaje es regulado y formado por la comunidad a la que se pertenece, entenderemos porque generalmente los individuos aceptan sólo una forma monopolica de comprender sus supuestos, por lo que en terapia, se deben incluir varias formas de lenguaje así como utilizar preguntas apropiadamente inusuales para crear nuevas descripciones (Andersen, 2004).

La comunidad a la que pertenecemos puede contribuir en mucho a la incertidumbre o bien a la convicción, que se ilustra en el siguiente esquema (Andersen, 2004):



El papel del lenguaje de las personas es regulado por el lenguaje de la comunidad

Un miembro de la comunidad podría estar inseguro sobre los supuestos básicos que ella le ofrece y puede enviar su incertidumbre de vuelta a la comunidad. Una comunidad autoritaria es muy probable que rechace la incertidumbre e introduzca aún una convicción más fuerte. La comunidad que es incierta tiende a aceptar y discutir esa incertidumbre.

Según Andersen (2004) las propias descripciones de lo que es la realidad pueden ser engañosas. Esto es debido a que el ser humano no se relaciona con la realidad sino a través de las *descripciones* de esa misma realidad. Para Andersen, las conversaciones definidas como problemáticas se convierten en indagaciones de lo que puede oírse y verse de esas situaciones. Andersen, siguiendo a Wittgenstein subraya: “*Estar en la vida es estar dentro del lenguaje*”, por lo que comenta en la conversación con los clientes, una parte interesante es hablar dentro del lenguaje en el que están, ya que el lenguaje, dentro el que se encuentran las personas, plantea limitaciones o bien posibilidades a sus capacidades de comprensión.

c) Premisas del autor orientadas al cambio.

A raíz de la influencia del construccionismo social y de las experiencias de trabajo práctico del llamado *proceso reflexivo*, además de los años de colaboración con fisioterapeutas noruegos, Andersen (2004), cita los siguientes supuestos básicos:

1. El lenguaje comprende todo tipo de expresiones incluyendo actividades corporales. Las palabras habladas son un tipo de lenguaje; la danza, otro; el canto, un tercero, el escribir es un cuarto lenguaje; el golpear, un quinto. Cuando estas expresiones culturales ocurren en presencia de otros, el lenguaje se convierte en una actividad social.
2. Cada expresión conlleva a un significado. El significado está en la expresión, en la palabra, no debajo o detrás. La expresión ofrece un significado cuando la persona que la recibe recuerda o hasta revive algo que antes ha experimentado. No hay que olvidar que las palabras se relacionan con otras palabras en nuestro repertorio.
3. Las expresiones vienen primero, luego las ideas Harry Goolishian decía: «¡Necesitamos hablar para saber qué pensamos!».
4. El lenguaje es *informativo* y *formativo*. Cuando una persona se expresa, dice algo sobre ella misma, tanto así misma como a los demás; las expresiones son informativas. Además, cuando se expresa, se forma a sí misma; no hace algo amablemente porque es amable sino que al hacer algo amablemente se vuelve amable.
5. El lenguaje embruja (*bewitches*). Las expresiones son tan poderosas que influyen en nuestra comprensión y pueden cambiar nuestros supuestos básicos. Si uno dice una y otra vez (también a sí mismo) que: «tiene mucha agresión dentro», puede llegar a creer que la agresión existe como una cosa o una estructura. Uno puede estar *embruja*do para creer que la agresión es estática y es algo que *uno tiene*, o *que es algo que uno lleva en su interior*. Otra forma de expresar lo mismo podría ser: «se enojó cuando estuvo expuesto a esto o aquello». Esta expresión nos *embruja*rá para creer que los seres humanos se enojan en ciertos momentos, en ciertos contextos. Nadie es violento pero *podemos volvernos* violentos. Es importante notar que, de acuerdo con estos supuestos sobre el lenguaje, uno *no puede evitar* estar embruja

por su propio lenguaje y nos podemos preguntar si puede haber otro lenguaje que nos embruje y cómo podemos encontrarlo.

Andersen (2004), considera que la comunidad a la que se pertenece regula un determinado tipo de lenguaje. Este se hace reflexivo, cuando la comunidad está dispuesta a incluir varias formas de lenguaje; cuando esta abierta a los diferentes supuestos y da pie a las diferentes formas de pensar o a la incertidumbre. Pero cuando hace lo opuesto, es decir, excluir algunos lenguajes excepto el correcto, esta comunidad tendrá más probabilidades de rechazar la incertidumbre e introducirá una forma de pensar más fuerte.

Andersen señala que ahora se centra más en la conversación y en el lenguaje, así como en la creación de significados. Señala que hay que trabajar:

“con lo que podemos ver, escuchar, tocar o sentir. Los seres humanos no somos tablas rasas. Hemos nacido con la habilidad para conectarnos con otras personas y para hacerlo es que generamos más maneras de poder conectarnos. Justamente, uno de los dramas más grandes de la humanidad es la desconexión entre la gente” (Andersen y Talberg; En Navarra, 2003).

Son las personas quienes realmente saben de qué pueden hablar; no hablan de algo que ya existe en ellos sino de algo que va a ser o estar en ellos. Para Andersen: “el acto de expresarse es el acto de constitución del propio yo” (Andersen, 2001b. p. 208). Según Andersen, una persona busca las palabras precisas y al usarlas se está transformado y constituyendo su propio yo, y esto para él, son momentos casi sagrados; y la tarea del terapeuta es ser audiencia o un testigo (Andersen, 1996; Andersen y Rivera, 2001). Para Andersen, el ser humano se conecta con otros a través de vínculos, diferentes tipos de expresión (palabras, miradas, gestos, movimientos, toques, etc.). Señala que cuando las palabras no pueden ser usadas, el terapeuta debe entrenarse en recibir otra clase de expresiones (Andersen y Rivera, 2001).

Ahora bien, en el encuentro terapéutico, tienen lugar tres conversaciones paralelas: dos conversaciones internas y una externa. Las dos conversaciones internas tienen por lo menos dos propósitos tratar o comprender las ideas que se intercambian (contenido de la conversación externa) y promover la participación de la persona en la conversación externa para una mejor conversación. El terapeuta tiene que llevar a cabo estas conversaciones, sin que se vea afectada la integridad de las personas. La conversación interna es como se estuviera hablando la persona a sí misma. Andersen sostiene que cada vez que abordemos una conversación terapéutica, el terapeuta se debe preguntar si ésta es lo suficientemente lenta para que ambas partes tengan tiempo suficiente para las conversaciones internas (Andersen, 1994).

Para Andersen (1994), es importante considerar todas las conversaciones porque las relaciones que se dan en el proceso terapéutico, comprenden el sentir, conocer y el actuar, que a su vez constituyen el proceso interno considerado como un ciclo. El proceso interno sirve para preservar la integridad de la persona, sin embargo también sirve para expandir cada uno de sus elementos, es decir, el sentir, el conocer y el actuar. Cada uno de los integrantes, en el encuentro terapéutico, tiene su propio proceso interno, que forma parte de otro proceso recursivo más amplio formado por las demás personas participantes de la terapia. Andersen, siguiendo a Bateson señala, que mientras una persona escucha, inevitablemente habla consigo misma en un «diálogo interno», de esta manera, el tema tratado se aborda desde dos perspectivas: diálogo interno y diálogo externo, así al cambiar alternativamente entre el diálogo interno y el externo fácilmente surgen nuevas ideas. Además señala Andersen, en presencia de *otro interesado* que oye y ve, da pie a la validación de la persona (Andersen, 2001b).

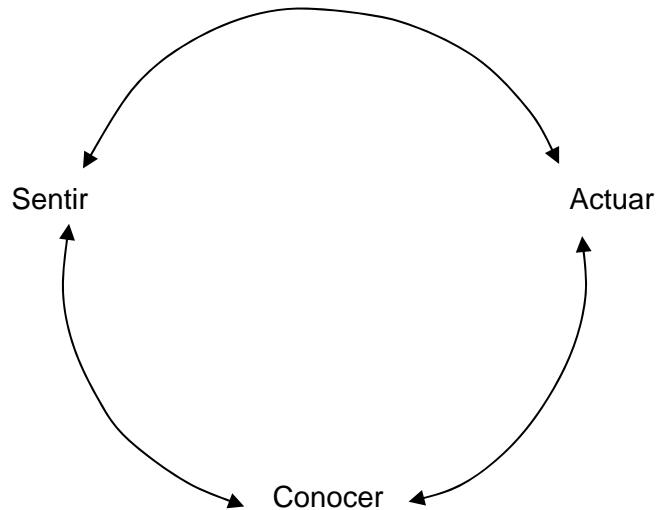


Diagrama que indica el ciclo continuo del proceso interno (conversación interna)

Andersen (2004), también señala que la realidad del hombre se puede dividir en tres partes:

- a) La que es inmutable, no cambia y sabemos que existe. Una montaña, podemos explicar su composición, estructura, etc.
- b) La realidad que cambia con el tiempo y el contexto. Un niño puede estar feliz ahora y estar triste en otro momento.
- c) Y la tercera, la realidad que puede el hombre experimentar en su cuerpo. Se sabe que está ahí pero no se comprende. El dolor que sufre otra persona.

A partir de estas ideas, Andersen (1994), sostiene que existen dos tipos de cambio, el primer cambio tiene que ver con la actuación (conducta) resultado de imposiciones o consejos externos aquí la persona puede experimentar amenazada su integridad. Las instrucciones limitan el repertorio de conductas y por tanto el sentir y el conocer.

El segundo cambio se origina desde adentro, cuando se amplían las premisas de actuar (conducta) y los aspectos de sentir y conocer. Este cambio ocurre cuando existe libertad en el intercambio de ideas. El intercambio de ideas puede generar nuevas conductas y formas deferentes de sentir y conocer. Andersen también sostiene que este cambio amplía o renueva lo que antes existía “Uno solo puede cambiar así mismo. El otro puede aprender sólo por voluntad propia. El cambio proviene desde adentro y es una ampliación de lo que ya estaba; se relaciona sobre todo con las impresiones recibidas y, a las cuales uno responde” (Andersen, 2004; p.15).

Conversación externa

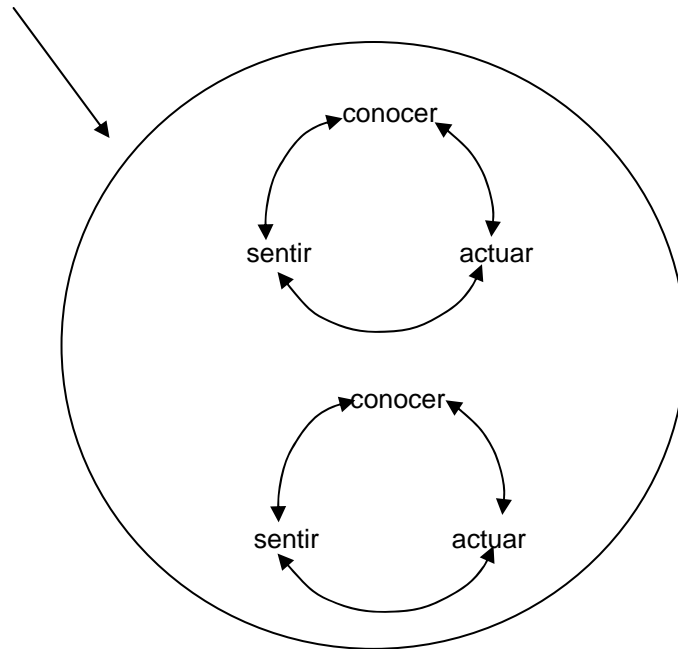


Diagrama que representa la conversación entre dos personas, donde se esquematiza la conversación externa y las dos conversaciones internas que están teniendo lugar.

Es importante que los que vienen a terapia tengan la libertad de decir *no* a la forma, al contexto o al contenido de la conversación, o bien a estos tres elementos. También es importante permitir conversar acerca de la conversación que está teniendo lugar (Andersen, 1994). Las conversaciones que se dan dentro de terapia proporcionan una rica fuente de información para el intercambio de descripciones. Dichas descripciones dan una nueva luz a las viejas descripciones, y proporcionan la base para que la persona pueda escoger cómo manejar situaciones estancadas o responder a nuevas situaciones previstas o no.

Una situación deseable para Andersen es provocar una relación de camaradería para que la conversación pueda sobrevivir. Esta relación se asemeja al ciclo respiratorio, que requiere de dos pausas, una antes de inhalar y una antes de exhalar, al igual que las conversaciones de camaradería antes de que la persona hable (para pensar acerca de la conversación y escoger las palabras para expresarse) y antes de que la persona escuche (para que se pregunte qué fue apropiadamente o demasiado poco inusual). Andersen también comenta que en terapia es un signo bueno, si una exhalación se da como un suspiro, esto se puede lograr a través de preguntas adecuadamente inusuales (Andersen, 2005c), de la misma manera para que se produzca un cambio las conversaciones deben ser diferentes, pero no demasiado, de lo habitual. También hay que tener presente que: *“Una conversación debería ser un esfuerzo por incluir lo que las personas que participan en ella dicen, piensan y escuchan, y que contemple además, la velocidad y el ritmo de estas frases”* (Andersen, 1994, p. 53)

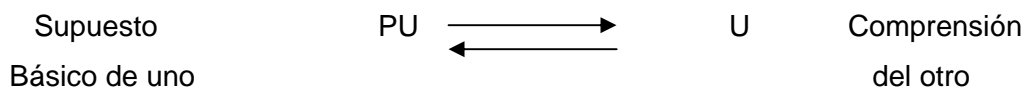
La colaboración es un punto importante para Andersen (2001a), sostiene que la terapia no es una técnica, sino “un arte humana”. Es una forma en la que le terapeuta participa en relaciones con sus

clientes⁹⁶; para él, la terapia es una relación heterárquica (igualitaria), característica de los procesos reflexivos en donde ambas partes colaboran (Andersen, 2001b).

Según Andersen es más seguro utilizar sólo preguntas, ya que los consejos e interpretaciones pueden transformarse en perturbaciones que provoquen que la gente vea amenazada su integridad; aunque existen excepciones a esta regla, cuando para las personas consultantes sería demasiado inusual que no se diera interpretaciones. Las preguntas apropiadamente inusuales (que dan posibilidad de más de dos respuestas: sí y no) que no se hacen las personas a sí mismas abren más posibilidades (Andersen, 1996).

Las personas que se sienten estancadas saben sobre qué les gustaría discutir, por lo que éstas guiarán la conversación hacia lo que consideran más importante, siempre y cuando no vean amenazada su integridad. Según Andersen se debe continuar hablando, y por tanto preguntando, acerca de lo que las personas acaban de decir; y buscar las partes más importantes –*aperturas*–, así como observar signos en las personas, que indiquen si se está siendo apropiadamente inusual o demasiado inusual. Para esto, en terapia hay que escuchar las palabras que usan y observar los movimientos corporales que siguen a sus palabras; así como también pedir aclaración de las palabras, historia o circunstancias del contexto, o bien preguntar qué puede ocurrir si hubiera cambios en los actos de las situaciones.

Según Andersen, un prejuicio o precomprensión: “*se compone de diversos tipos de conocimiento que provienen de la cultura y la tradición en la que vivimos y de las experiencias personales de nuestra vida*”(Andersen, 2001b; p.201). Cuando vemos y oímos a una persona decir algo que nunca se había experimentado, esta experiencia puede cambiar y retroalimentar las precomprensiones; esto se puede esquematizar de la siguiente manera (Andersen, 1995; 2004):



A este proceso se le denomina círculo hermenéutico.

Andersen (1994), asegura que cada acto de descripción deja fuera muchas otras posibilidades, y de ninguna manera puede decirse que una realidad sea mejor que otra, por lo que todas son igualmente válidas. En el trabajo clínico se deben buscar y aceptar todas las descripciones, perspectivas o voces de la situación presentada como problemática y promover la búsqueda de una descripción, la adecuadamente inusual, que origine la diferencia (Andersen, 1994, 2002, 2005b).

Cuando se realizan preguntas suficientemente inusuales se participa en un proceso de crear nuevas descripciones del problema definido, porque cuando las personas se encuentran en situaciones problemáticas se hacen la misma pregunta una y otra vez. Por lo que el terapeuta deberá originar nuevas preguntas para que las personas comiencen a hacerse también nuevas preguntas; la estructura del equipo reflexivo ofrece estas posibilidades. Algo importante que no hay que olvidar es hablar el lenguaje específico dentro del cuál se encuentra el cliente ya que éste además de plantear limitaciones también plantea posibilidades a la capacidad de comprensión (Andersen, 2001b).

⁹⁶ Para Andersen el término terapia no resulta de su agrado, él lo definiría más como un tipo de relación (Andersen y Rivera, 2001).

Para Andersen (2001b), el mejor método para alcanzar lo no visto y lo no oído es abordar los diversos detalles meticulosamente de esa situación. Según Andersen: “En esas charlas casi siempre surgen matices, detalles de las palabras, de la lengua, que contribuyen a modificar las descripciones, las comprensiones y los significados que el lenguaje pretende clarificar” (Andersen, 1996, p.87).

Andersen (1996), sostiene que para el terapeuta las preguntas más útiles, son aquellas relacionadas con lo que las personas acaban de decir, así que tiene que interesarse por los significados que los clientes atribuyen al *como* y al *que* (Andersen, 2001b). Cuando las personas logran ver u oír algo nuevo, a través de las preguntas, puede surgir una nueva comprensión de la situación; así como nuevas formas de manejarla, de modo tal que cuando las personas hablan diferente, pueden empezar a pensar de una manera diferente y así actuar y vivir, por lo tanto, de una manera diferente (Andersen, 2001b; 2005a).

d) Propuesta de trabajo terapéutico.

La tarea del terapeuta es establecer un diálogo para comprender cómo las personas dieron origen a sus descripciones y explicaciones. Las herramientas que son más útiles para establecer nuevas distinciones, son las preguntas que aún no se han formulado, es decir preguntas apropiadamente inusuales. El equipo reflexivo proporciona una estructura que favorece la utilización de estas preguntas dando origen a nuevas distinciones.

El primer contacto es por una llamada telefónica, una carta o un profesional que ya tuvo contacto con la familia. Si éste, es por teléfono se puede discutir sobre qué personas podrían estar en el primer momento de la entrevista. En ciertas ocasiones existen otras personas que pueden ayudar a entender el problema; si esto existe podrían asistir a la reunión si lo considera apropiado. (Andersen, 1996).

Si en la primera reunión hubiera profesionales que conocieran algunos antecedentes u opiniones acerca de la situación de los clientes, se les pedirá que den toda la información, se les pregunta si esta información la quieren dar antes de la reunión con los clientes o delante de ellos; se les informa que se prefiere lo segundo, sin embargo ellos deben elegir la forma más cómoda. De la misma manera, tienen la opción de elegir estar en posición de escuchar u observar o bien con los miembros de la familia. Es importante señalar que sólo habrá un entrevistador (esto porque puede que dos entrevistadores hagan dos entrevistas distintas). Si elige el profesional estar con la familia es conveniente detener la conversación para dialogar con él, de vez en cuando, si así se requiere y sólo si se siente cómodo. Si acepta estar con el equipo, los que dialogan tendrán que concentrarse entre sí y verse a los ojos al hacer las reflexiones o preguntas, debido a que si se mira al cliente, se incluiría en la conversación y, se estaría privando su posición de escucha. De antemano se designa al entrevistador, quien puede estar con otra persona integrante del equipo (éste puede ser un profesional). A los miembros de la familia se les informa de otras posibilidades: como hablar sólo con el entrevistador o con dos (entrevistador y profesional y/o miembro del equipo) o con el entrevistador más el equipo. También se les comenta qué decisiones tomó el profesional, si se trabajará con un equipo se les comunica a la familia la función. Se les explica, que cuando las personas siguen una conversación (como participantes u oyentes) generan ideas que se ponen a discusión (Andersen, 1996).

Al comenzar la sesión, primeramente, la familia (una persona o más) es entrevistada por un terapeuta (entrevistador), puede que esté presente el profesional o profesionales, a quienes se llamarán sistema de entrevistas (o sistema fijo), considerado como un sistema autónomo. El equipo reflexivo se encuentra, regularmente, atrás de un espejo unidireccional, compuesto por tres

personas. Cabe aclarar que el espejo no es necesario y que el número de miembros de este equipo no siempre es el mismo.

El sistema de entrevistas define de qué se habla y cómo se habla. El equipo reflexivo, que en un primer momento escucha, no da instrucciones sobre qué y cómo el sistema de entrevistas va a hablar. El equipo escucha al sistema de entrevistas, cada miembro del equipo debe guardar silencio, es decir no hablar entre ellos y preguntarse a sí mismos: ¿De qué manera la situación presentada puede ser descrita o presentada de otra manera? Si los significados de la familia son adecuadamente diferentes, puede introducirse entonces nuevos significados. Cuando las personas tienen significados demasiado diferentes, comenta Andersen, no se alienta a seguir conversando entre ellos (Andersen, 1996).

Después de que termine el sistema de entrevistas su conversación. Se les pregunta si desean escuchar algunas ideas de los miembros del equipo al otro lado del espejo (o si al equipo le agradaría tener una discusión sobre la conversación que se tuvo lugar), si la familia accede, se procede a encender la luz. Se subrayará que cada miembro del equipo tendrá su propia versión y que no existirá ni una versión final u objetiva. Si los miembros de la familia no acceden se les puede dejar solos para que discutan las opciones y que elijan la forma en que se sientan más cómodos. Después de que la familia haya elegido la forma, se le pide permiso para filmar. Posteriormente, los miembros del equipo comienzan a hablar entre sí acerca de la situación presentada y darán sus ideas y preguntas, esto mientras el sistema de entrevistas escucha. Cada miembro dará una versión de lo que define como problemático, si sus versiones no son muy diferentes servirán como perspectivas mutuas y las otras versiones crearán nuevas descripciones a medida que los integrantes del equipo reflexivo se hablan entre sí haciéndose preguntas. Este proceso da al sistema de entrevistas la oportunidad de entablar un dialogo en la medida en que escuchan las versiones que exponen los miembros del equipo reflexivo. Cuando termina el equipo de dar sus reflexiones, entonces aquellos que conforman el sistema de entrevistas, conversan entre sí sobre las ideas que surgieron de esas reflexiones. El entrevistador evita dar opiniones o consejos y hace preguntas, (es decir, se evita una interacción instructiva), y comienza por hacer preguntas abiertas como:

¿Existe algo de lo que escucharon sobre lo que les gustaría dar un comentario o hablar?

Este tipo de preguntas se hace a cada uno de ellos para que todos tengan la oportunidad de hablar. Las ideas presentadas por los miembros de la familia darán la oportunidad al entrevistador de hacer preguntas. La *curiosidad* es un elemento importante para establecer diferencias (Andersen, 1996).

¿Qué hubiera pasado, si se hubieran hecho las preguntas que no se hicieron? ¿Qué explicaciones hubieran tenido lugar si se hubieran dado las descripciones que no se dieron?, ¿Qué otros elementos útiles podrían dar estas otras posibilidades?

Configuraciones o formas posibles del equipo reflexivo.

Es importante señalar que no existe una única forma de organizar el equipo reflexivo, existen muchas y variadas formas y estas dependerán de las necesidades prácticas. Algunas de las configuraciones del equipo son una persona (entrevistador) o hasta incluso cinco (el entrevistador y otros cuatro miembros del equipo). El equipo que escucha la conversación del sistema de entrevista y que luego conversa consigo mismo es a lo que Andersen llama equipo reflexivo (Andersen, 1994).

Si existe una única persona, puede salir al aire y ordenar sus ideas. Si existen dos personas, una será el entrevistador y la otra será el equipo que podrá a menudo sentarse con el sistema de

entrevistas. Cuando comiencen a darse las reflexiones, entonces se reunirán. Cuando hay más de dos personas además del entrevistador, por lo general se sentarán detrás del espejo y también podrán sentarse en la sala de entrevistas.

Según Andersen (1994), no hay reglas generales acerca de cómo llevar a cabo el trabajo terapéutico, más bien existen normas sobre qué no se debe hacer. La primera es que el equipo debe basarse en algo de lo hablado durante la conversación y no acerca de otro contexto. La segunda es que los miembros del equipo no deben transmitir connotaciones negativas, porque el oyente así lo puede percibir, es decir, en lugar de decir: “«No entiendo por qué no intentan...», decir,...: «Me pregunto que pasaría si...»” (Andersen, 1996, p.83). La tercera es que cuando el equipo reflexione se miren entre sí, esto da libertad a las personas de *no escuchar, si ellos no lo desean* (Andersen, 1996).

e) Posibilidades de acción terapéutica.

El terapeuta a través de la entrevista podrá observar signos que puedan indicar si lo que dijo fue demasiado inusual, provocando que la persona no esté de acuerdo o no se sienta cómoda con lo que se dijo. Estos signos pueden verse en la contención de la respiración, respiración difícil, y pueden observarse músculos flexores como: cerrar las manos, brazos cruzados, fruncir el ceño, cara arrugada, etc. Esto también se puede observar en la tensión del entrevistador, ya que se disminuye el flujo de la conversación por la falta de respuesta, por lo que el terapeuta tiene que ser sensible a su propio cuerpo. El terapeuta tendrá que sensibilizarse a estos signos y confiar en su intuición⁹⁷ (Andersen, 1996).

Otra señal que suele ser indicativa de esto, es cuando la persona se vuelve menos atenta, más pensativa o cuando las respuestas son más reservadas, por lo que el terapeuta tiene que ser muy sensible a estos signos, ya que para continuar la conversación se debe respetar la integridad de las personas y que se sientan en camaradería.

Al empezar la entrevista, qué tipo de preguntas hacer y por qué

Tanto el entrevistador como el equipo deben tener ya preguntas en mente como:

¿Por qué la familia está interesada en la reunión? ¿Con quién se habló antes? ¿Quién fue la segunda persona con la que se habló? ¿A quien le gusto la idea de venir? ¿Quién tuvo dudas? ¿Quién otro hubiera hecho la sugerencia de la reunión?

Estas preguntas se hacen con el objetivo de conocer quienes tuvieron más dudas (personas que quieren conservar el sistema), ya que probablemente ellas sean las que den los primeros signos de ver amenazada su integridad. Por lo que en un principio debe dárseles más atención durante el encuentro. También es útil que a todos los miembros de la familia se les de la oportunidad de explicar el tema de su interés, así como su compromiso con el encuentro.

⁹⁷ Para Andersen, la intuición es un elemento importante en terapia comenta: Como estoy abierto y soy sensible a lo que veo, oigo, paladeo y huelo, puedo también recibir «respuestas» a esos contactos con el exterior, me dice sobre qué debo concentrarme y sobre qué no debo. Este estar abierto y sensible a los contactos con la «vida exterior» y al mismo tiempo estar abierto y sensible a las respuestas de la «vida interior» es a lo que llamo «intuición» (Andersen, 1996, p. 78)

Preguntas que invitan a la colaboración. Elección del formato

Es importante preguntar a la familia al inicio de la entrevista:

¿De qué forma le gustaría utilizar la sesión? ¿Qué temas les gustaría discutir? ¿Cómo se sentiría cómoda?

Esta última pregunta se realiza para que puedan elegir el formato más apropiado, que se encuentra explicado en el rubro anterior. También, es útil dar a conocer que la misma conversación puede ser objeto de discusión, ya sea por el contenido, forma o contexto de la conversación.

Lo primero que las personas dicen, con frecuencia es lo que contiene la información más relevante. El entrevistador escuchará cuidadosamente lo que se diga; tendrá diferentes opciones de apertura, para iniciar la conversación. Esta apertura o aperturas, dará(n) al entrevistador la pauta para organizar el esquema de pensamiento y/o conductas de la familia. Para Anderson, las aperturas son incitaciones que invitan continuar el diálogo. Por ejemplo si se dice: “*mi hijo es muy independiente*”, habría que indagar entonces qué significa para la familia la palabra *independiente*. Andersen (2005a), pregunta si el término (p.e. *independiente*), es *chico* o *grande*, una vez que responden entonces propone que caminen hacia adentro de la palabra⁹⁸, y los clientes digan lo que pueden ver y escuchar. “Siempre prefiero quedarme un rato en aquello que parece ser significativo para la gente y luego meterme adentro” (p.4). Para Andersen, este tipo de trabajo es muy rico, porque en sí las palabras son ricas.

Existe una regla importante para no elegir una apertura y es cuando el entrevistador la considera desagradable; esto puede ser guiado por su intuición. La apertura elegida puede ser aquella que provoque la curiosidad en él. Y como ya se mencionó, las preguntas elegidas deben ser aquellas que sean apropiadamente inusuales:

Preguntas apropiadamente inusuales

Las preguntas apropiadamente inusuales que se pueden hacer para una apertura son muchas. Estas preguntas están relacionadas con descripciones, y explicaciones, así como lo que se puede imaginar que pasaría si ocurre un cambio. Ejemplos de las preguntas son las siguientes (Andersen, 1994, p. 70).

a) Preguntas sobre descripciones.

- en comparación con:

¿Cómo está ahora comparado con entonces? (diferencia a lo largo del tiempo, cambios)

¿A quién le gustó más? / ¿Quién estaba más preocupado? (al describir el fenómeno como parte de una relación)

¿Encontrarse con qué nieto hace al abuelo más feliz? (al comparar relaciones)

¿Quién hizo qué? / ¿Quién ayudo más? (al comparar las soluciones que se intentaron), etcétera.

⁹⁸ Andersen comenta que puede ver en las caras de la gente cuando una palabra que está usando es importante, y es cuando él pide a la gente que examine la palabra y diga si hay más palabras dentro de esa palabra (Andersen, 2005a).

- en relación con:

¿Cuáles fueron las circunstancias? / ¿Quién participó? / ¿Quién de los presentes no participó? etc.

- diferente de:

¿Cuándo comenzó? / ¿Cuándo empeoró? / ¿Cuándo disminuyó? (diferencias antes y después de un momento determinado), etcétera.

b) Preguntas para sonsacar explicaciones.

Al evocar diferencias, uno puede preguntar: ¿cómo puede explicar eso? ¿cómo puede entenderse? ¿Cómo pudo haber ocurrido en ese momento? Las preguntas para sonsacar explicaciones que no pueden contestarse, también pueden ser muy buenas preguntas en el sentido de que crean curiosidad cuestionadora y fomentan la búsqueda de respuestas.

...Cuando uno está tratado con la historia se da cuenta de que hay saltos ya sea de bien para mal o de mal para bien, uno puede pensar: ¿Cuál es la diferencia que hizo la diferencia para mal, o por el contrario, para bien?...

c) Preguntas sobre las distintas conversaciones.

Las descripciones dobles o múltiples son extremadamente útiles para salir de una situación difícil. Aparecen a través de los intercambios de ideas sobre las descripciones. El problema surge cuando se frena el flujo de intercambio. Por lo tanto, las preguntas sobre conversaciones pasadas, presentes y posiblemente futuras son en sí mismas significativas. Por ejemplo, preguntas como las siguientes:

¿Quién habló con quién sobre qué tema y de qué manera?

¿Qué significado tienen estos temas y qué significan las soluciones del problema?

¿Hasta qué punto los significados son compatibles?

¿Quiénes pueden en este momento hablar entre sí sobre estos temas?

¿Quiénes no pueden hacerlo? ¿Cómo puede explicarse?

Si son difíciles de responder las preguntas sobre diferencias, entonces pueden hacerse preguntas sobre similitudes.

Descripciones y explicaciones alternativas.

Andersen (1994), apoyándose en Peggy Penn, habla acerca de las conversaciones a futuro. Los actos están relacionados con las premisas y un cambio de acto puede desafiarlas premisas o bien cambiarlas:

“Me di cuenta de que usted hizo las cosas en esta secuencia. ¿Si cambiara la secuencia tal o cual, qué ocurriría? (Introducción y verificación de posibilidad de cambio). ...¿Si usted actuara de esta manera en lugar de aquella, qué problemas podría causar? (Introducción de dilemas: el intentar una nueva solución también creará otro problema)”.

Si alguien comenzara a hablar sobre esto quién sería? Usted mencionó que tenía un cierto dilema, puede haber otra persona con quien discutirlo? ¿Sería un amigo, un familiar o alguien cercano a usted que ahora está muerto? ...¿Sobre qué tema le resultaría más natural comenzar la conversación? ¿Cómo se debería iniciar: a través de escribir algo, de hacer una llamada, de ir al cementerio?, etcétera” (p.74)

Estas preguntas también deben ser adecuadamente inusuales porque de no ser así perturbarían demasiado y afectarían la integridad de las personas. Si estas preguntas se continúan rechazando, se le podría preguntar qué espacio se le da a un futuro determinado y qué a uno no determinado, por ejemplo:

“¿Hasta qué punto podemos decir que es predeterminado? ¿Está totalmente predeterminado o existe una pequeña posibilidad de que usted determine algo?

¿Quién o qué lo determina: el destino, una fuerza, etcétera? ¿Piensa que siempre va a ser así? Si eso cambiara ¿Cuándo sería más probable? ¿Quién es el que más confía en que eso va a ocurrir? ¿A quién le va a tomar más tiempo aceptarlo?, etcétera” (Andersen, 1994, p.74).

También señala, que cuando el terapeuta tenga dificultades para comprender los significados, se dé la oportunidad de discutir con los clientes de dónde surgen los significados y preguntar si están dispuestos a discutir, si hay más que escuchar y ver, e incluir todas las perspectivas posibles. Para Andersen, los clientes se convierten en supervisores en las llamadas *posconversaciones*, en donde ellos con el terapeuta y/o un participante externo se reúnen para conversar sobre el trabajo o proceso realizado en terapia (Andersen, 2004).

Por último, otros aspectos que señala Andersen (2004) que se deben tener en cuenta en terapia son:

- a) Permitir hablar sólo a quienes deseen hacerlo.
- b) No obligar hablar a las personas que no quieran hacerlo.
- c) Para la familia o cliente(s) es más fácil recibir preguntas que significados y opiniones; ellos mismos podrán encontrar las respuestas.
- d) El terapeuta podrá preguntar acerca de lo que ha escuchado, pero no necesariamente de lo que ha visto porque puede ser que lo que haya visto, no sea algo de lo que el cliente quiera hablar.

f) Perspectivas del autor acerca de su trabajo.

Andersen es profesor de Psiquiatría Social en la Universidad de Tromsø. Ha realizado su práctica profesional en Noruega, además de impartir talleres a personas interesadas en su enfoque alrededor del mundo. Andersen comenta que su forma de trabajo tiene que ver más con su forma emocional de ver al mundo, así como producto de sus propias experiencias personales, que lo llevaron a sentirse cómodo cuando empezó a trabajar así (Andersen,2005a).

Actualmente, está influenciado por la filosofía postmodernista especialmente con aquellas corrientes que tienen que ver con el lenguaje, la conversación, la descripción, el significado, la comprensión y la expresión. Los principales autores que influyen en el pensamiento reciente de Andersen son: Martín Heidegger, Hans George Gadamer, Jacques Derrida, Mijail Bajtin, E. Sampson, el construccionista social Kenneth Gergen y, el filósofo y constructivista social Vigotsky (Andersen, 2004). Sin embargo no deja de utilizar algunos de sus conceptos pioneros como: curiosidad, significado, explicación, descripción, entre otros. Esto tiene que ver mucho con la transición en terapia de una forma autoritaria a una más colaborativa.

El equipo reflexivo ha sido utilizado en el tratamiento de personas con problemas psiquiátricos graves en situación de crisis. La utilización de este enfoque también llamado dialogo abierto (DA), con algunas variantes, ha bajado la incidencia de la esquizofrenia, en personas con primer episodio psicótico, asimismo ha permitido un tratamiento domiciliario en lugar de internación (Seikkula y otros, 2001).

Andersen (2004), también señala que para él, la terapia es una colaboración al igual como lo es la investigación, y la supervisión en la enseñanza terapéutica. Comenta que en una colaboración se debe hacer lo posible por estar *dentro* del lenguaje de la persona con la que se conversa. Así mismo, sugiere que los terapeutas reflexivos vean y escuchen a cada instante de la conversación lo que es posible obtener, para que las impresiones del momento puedan reducirse al mínimo evitando de esa manera el caos. Propone ser sensibles a las respuestas y observar qué palabras conmueven a los clientes de lo que ellos mismos dicen o dice el terapeuta. También ser cuidadosos en la utilización de las metáforas. Se debe tener presente que uno selecciona parte de lo que ve y escucha, es decir hace distinciones para hacer una imagen del momento, o darle significado. Cuando esto ocurre inevitablemente excluye varios aspectos, por lo que sería útil que el terapeuta se preguntara: *¿si se hubiera realizado otra distinción, cuál sería la imagen obtenida?*

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN.

De acuerdo con Gergen (1996a) hablar de postmodernidad, es hablar de un movimiento vinculado a grandes cambios que pretende replantear aquellas ideas que durante mucho tiempo, han servido de armazón para fundamentar gran parte del sentido científico/cultural/social/político/ económico. Las ideas postmodernistas han encontrado eco en el análisis de los fenómenos sociales de entre los que se encuentra la terapia psicológica, a través de aproximaciones como el socioconstruccionismo. De esta manera, por un lado se incluyen cada vez con mayor relevancia, ideas asociadas a la hermenéutica, a las teorías interpretativas y a la narrativa, como parte de las discusiones sobre la terapia; aunque por otro lado, también estos temas son punto de constantes críticas: digamos que no es fácil abandonar los conceptos de objetividad, verdad, clasificación, sistematización, generalización, etc. que rigen los procedimientos analíticos y diagnósticos en el quehacer terapéutico. Es por ello que resulta útil argumentar de una forma coherente, la manera en la que estas nuevas ideas se vierten en el contexto terapéutico. A este respecto, Gergen (2006) hace referencia a las particularidades de estas orientaciones: mientras unos hacen incapié en las características de la relación colaborativa del terapeuta con sus clientes (refiriéndose al enfoque colaborativo conversacional), otros se enfocan en el discurso que se desprende de ellos (como sucede con la escuela narrativa), y otros tantos se ocupan de la generación y la utilidad terapéutica de la pluralidad de voces (como el equipo reflexivo), mientras el interés de algunos más, es el de resaltar posibilidades y perspectivas positivas (como en el caso de las terapias de soluciones).

Pero además cada uno de los representantes de estas escuelas, define su postura teórica y filosófica de una manera particular: O'Hanlon se asume como parte del movimiento socioconstruccionista⁹⁹ e incorpora algunos de los recursos narrativos, aunque sólo como parte de su estilo inclusivo; digamos, a un nivel operativo. De Shazer, se concentra en el papel del lenguaje a raíz de la influencia de L. Wittgenstein, como parte de su visión postestructural. Ambos autores, aún utilizan sus procedimientos terapéuticos anteriores, aunque pretenden hacerlo con una mayor flexibilidad y conciencia en sus alcances, limitaciones y consecuencias fuera del ámbito terapéutico (De Shazer, 1998; 1999; O'Hanlon, 2001). Para White, su postura terapéutica se puede caracterizar como constitucionalista o post-fundacionalista, en la que se relativizan los conocimientos en función de la cultura, el tiempo y las prácticas de poder que de ellos se derivan (White, 1992; 2002a; 2002b). Anderson (1999; 2004a; 2004e; 2004h) y Andersen (2001b), fundamentan su trabajo a partir de expresiones postmodernistas en el campo de las ciencias sociales como la hermenéutica, la narrativa y el construccionismo social.

Pese a estas diferencias, podemos argumentar que la visión crítica y reflexiva, y el interés por el lenguaje y los procesos interactivos locales, les son cada vez más comunes:

Por ejemplo, vale la pena señalar la manera en la que desde una postura narrativa se vislumbra el tema de las grandes teorías totalitarias y generalizadoras, y el papel que desempeñan en el contexto terapéutico. Se sugiere que desde estas grandes narraciones (a las que se les ha llamado *metanarrativas*) se pierden de vista muchos procesos más locales, pero no menos importantes en la conversación terapéutica, por lo que hay que verlas con escepticismo. En opinión de White

⁹⁹ Aunque sus escritos están más dedicados a explicar los recursos terapéuticos que emplea, y en mucho menor medida se detiene a detallar sus compromisos epistemológicos, O'Hanlon (2001; 2005a) se cuenta como parte de las filas socioconstruccionistas.

(1993), estas *metanarrativas* pueden llegar a ser opresoras, limitantes y en ese sentido problemáticas. Anderson (2004b), considera que la terapia postmodernista representa una invitación a ser escéptico, hacia una reflexión crítica (que no necesariamente significa rechazo) hacia las verdades universales, categorías, diagnósticos, intervenciones, y procedimientos propios de la terapia tradicional. El cuestionamiento hacia esta forma de concebir la realidad se debe a que, dada su propia dinámica, se ha propuesto reducir el conocimiento a unas cuantas leyes primitivas. De Shazer (1999) piensa que esta tendencia es la verdadera fuente de la metafísica. Para White (1996) y para Anderson (1999) la idea de una verdad única y objetiva puede funcionar como un instrumento de poder. Gergen (1996a) opina que la objetividad/subjetividad, los procesos internos/externos, el consciente /inconsciente, la enfermedad/salud mental, etc. únicamente son distinciones creadas en el lenguaje. Desde un punto de vista narrativo no existen voces autorizadas ni soluciones generales, ni respuestas definitivas; más bien las conclusiones a que se llegan son a menudo tentativas y abiertas a modificaciones. Sin embargo, este es otro punto de crítica común, pues hay quienes piensan que el no privilegiar determinadas ideas sobre otras, conduce irremediablemente a un nihilismo teórico en donde "todo se vale", en donde cualquier idea (por muy incoherente que parezca) debe ser validada por el terapeuta. Sin embargo, la impresión que queda desde esta postura, es que el terapeuta debe tomar conciencia de que cuando escucha los relatos de los clientes, inevitablemente estos puntos de vista son sometidos a su *juicio*, de tal manera que dependiendo del contexto (conversacional), hay narrativas más propicias, que lucen más adecuadas (para él) que otras, *pero en donde incluso este juicio es sólo un punto de vista* (Gergen, 1996a; Andersen, 2002; Anderson, 1999),

También desde una postura narrativa se revisan y se critican concepciones como las de un sujeto autónomo, el de que las palabras corresponden al mundo real, aquellas creencias en rasgos esenciales y verdades fundamentales del ser humano, y de un conocedor como independiente del conocimiento que adquiere, entre otras cosas. El *self*, a diferencia de las concepciones tradicionales es desde un punto de vista narrativo, una entidad cambiante, interpretante, intersubjetiva, construida en el contexto de las relaciones temporales, interactuante, definida por las reglas (fluctuantes) del contexto, es un generador de significados que existe por el lenguaje y a través de la conversación (Anderson y Goolishian, 1995; Andersen 2001c). Desde el punto de vista de De Shazer (2005a, 2005d), las narraciones, los relatos, constituyen verdaderas formas de vida, constituyen parte de una actividad. Para Gergen (1996a) el *self* se convierte en una especie de *selves* (una entidad comunitaria con una relativa autonomía).

A partir de los resultados obtenidos de este estudio, se puede argumentar que estas expresiones postmodernistas, son el resultado de las aportaciones de muchos otros teóricos interesados en darle un nuevo sentido a la función social, científica, cultural y ética de la terapia psicológica:

El desarrollo de este movimiento en la terapia, (abordado en la categoría del *Contexto del desarrollo del enfoque*) se ha fundamentado desde un punto de vista filosófico, en el que han tenido que ver autores como Ludwig Wittgenstein (con su concepto de *juegos de lenguaje* y en sus diferentes aportaciones como filósofo del lenguaje), Mijail Bajtín (con sus ideas acerca de la *intertextualidad*), Jacques Derrida (y sus trabajos acerca de la deconstrucción de textos y de la postura de que "las palabras sólo refieren a otras palabras en el lenguaje"), F. Lyotard (y el cuestionamiento acerca de que el lenguaje represente la realidad), Hans Georg Gadamer y Martín Heidegger (y sus explicaciones acerca de los *prejuicios* o *precomprensiones* y su análisis acerca del papel del lenguaje como generador de realidades), Kennet Gergen (y su análisis en la *autoexpresión* de una persona a través del lenguaje, además de la autocrítica de las ideas postmodernistas en la terapia), Elizabeth Grosz, (con su estudio *feminista* de Jacques Lacan), Goffman (y sus ideas sobre *acontecimientos extraordinarios*), Victor Turner y Van Genep (y la importancia en la *terapia de la imaginación*, y el uso del *rito de pasaje*), Michael Foucault (y su contribución acerca de la relación entre el *conocimiento-verdad* y el *poder*), Tomas Kuhn (y su aportación acerca de la relación bidireccional entre el paradigma dominante y las verdades que el

científico “descubre” u “observa”), Jerome Bruner (que contrasta el pensamiento lógico-científico con el narrativo y que examina la naturaleza interpretativa del conocimiento). Barbara Myerhoff (y la utilidad de las *ceremonias de definición*), Bordieu (y la importancia de hacer *exótico lo doméstico*), Karl Tomm (y sus aportaciones acerca del *equipo de reflexión*), Heidegger (y sus ideas acerca del *círculo hermenéutico*) entre otros.

Es importante puntualizar que un antecedente directo de estas expresiones narrativas surge de la metáfora cibernética/sistémica; por consiguiente, resultan relevantes las ideas de Milton Erickson, (con sus ideas acerca de la sabiduría, aprendida y olvidada, pero siempre disponible de las personas, de su orientación naturalista, de utilización y avocada hacia el futuro), Gregory Bateson (y sus ideas acerca de una teoría binocular), la escuela de Palo Alto (que incluye ideas de Don Jackson, John Weakland, Jules Riskin, y Paul Watzlawick y sus innovaciones terapéuticas acerca de la efectividad, brevedad y pragmatismo terapéutico), Wallace Gringerich y Michele Weiner-Davis (con su concepto acerca de las excepciones a las reglas), Virginia Satir (con su énfasis en el crecimiento), Ivan Nagy, (con su énfasis sobre las connotaciones positivas), Jay Haley (con sus ideas acerca de la organización autoprotectora de la familia, y de las ventajas de tratar a la gente como “normal”, además de propiciar el comienzo de la discusión acerca de los efectos limitantes de las etiquetas psiquiátricas y de la negociabilidad de los problemas), Mara Selvini Palazzoli, Giuliana Prata, Luigi Boscolo y Guianfranco Cecchin (por la manera en la que el equipo terapéutico “detrás del espejo” aporta nuevos puntos de vista y de la forma en la que se desarrollan sus entrevistas interventivas). También son importantes las ideas de filósofos constructivistas, como von Glasersfeld (y su concepto de “ajuste” como parte del “constructivismo radical), Heinz von Foerster (y sus conceptos acerca del “sistema de observación”), y Humberto Maturana y Francisco Varela (y sus aportaciones sobre la autopoyesis, sobre la usualidad/inusualidad que provoca perturbaciones y la naturaleza interaccional del lenguaje y por su concepción acerca de la objetividad entre paréntesis y la objetividad sin paréntesis). También vale la pena señalar que en algún momento los autores a los que hace referencia el presente trabajo, han puntualizado en algún momento que también se han influido entre sí para conformar su actual forma de trabajo.

Sin duda, muchas de las premisas que tradicionalmente se habían dado por sentadas con respecto a la formación y el mantenimiento de los problemas psicoterapéuticos, se han podido vislumbrar desde una postura más favorable con respecto al cambio. Desde un punto de vista narrativo, se consideran a los problemas como existentes en el lenguaje y por tanto de naturaleza interaccional; aunque no de esencia determinista. Considerados como construcciones concurrentes (y no enfermedades o deficiencias medibles o cuantificables con determinados criterios universales) las dificultades son situaciones muy cotidianas y muy particulares que tienen que ver con las creencias, los sentimientos, el contexto cultural y social, que contribuyen a interpretar ciertos aspectos de la vida como problemáticos. En general los autores relativamente prestan menos atención a las explicaciones sobre la etiología de los problemas, pero si consideran importante dentro del contexto terapéutico, la manera en la que el terapeuta vaya co-creando, junto con el cliente esta visión del problema.

Los terapeutas narrativos cuestionan el papel del *poder* que (de acuerdo con esta visión) tradicionalmente ha moldeado la relación terapeuta-paciente. Se tiene la idea de que el poder generalmente se ha utilizado para reprimir, descalificar, limitar, negar y contener (Andersen, 2001b; O’Hanlon, 2001; De Shazer, 1989; White, 1993).

En este sentido los diagnósticos y las patologías son expresiones de poder que definen a las personas como deficientes o enfermas y que en definitiva han constituido (hasta la fecha) verdaderos métodos de control social. El tema de las patologías desde la perspectiva postmodernista de los autores, es abarcado desde diferentes ángulos. Por ejemplo, O’Hanlon (1989; 1997; 2001) considera que es mejor hablar acerca de las capacidades y de los lados fuertes de las personas, y recurrir a su sabiduría olvidada. En un principio, este autor, evitaba utilizar

categorías diagnósticas; pero últimamente afirma que pueden ser un recurso del terapeuta para hacer que el cliente se sienta comprendido e identificado con otros en su problema. De Shazer (1999), en contraste, propone el abandono total a las categorías, enfermedades mentales, y diagnósticos, para prestar más atención a los procesos discontinuos y contingentes más locales.

Por su parte White (1993; 1994; 2004a), esta consciente de que muchas de las etiquetas de hecho forman parte de la vida de las personas, y que a menudo ellas asumen que el problema está dentro de la persona por lo que en terapia se pretende darle al problema una nueva descripción y significado (por ejemplo la externalización del problema) para abrir nuevas posibilidades de acción. Anderson (2004), y Andersen (2001) comparten el punto de vista de que hay que evitar clasificaciones en lo posible, pues limitan la visión y la escucha del terapeuta con respecto a lo que ocurre en la terapia. En general, se busca generar múltiples maneras de abrir interpretaciones que den diferentes posibilidades. También se propone que se establezca un vínculo más humano entre las personas, que el terapeuta se encuentre constantemente interesado y atento con respecto a las respuestas del cliente; que procure lograr un sentimiento de *libertad* y de *agencia personal* que promueva nuevos relatos en las personas.

Cuando los autores narrativos hablan acerca de lo que "se hace" en la terapia (correspondiente a la categoría de *Premisas del autor orientadas al cambio*), conceptos como nuevas narraciones, relatos alternativos, la infinitud de lo "no dicho", la cooperación, el diálogo, la co-construcción, el respeto, la colaboración, la agencia personal, las posibilidades, las competencias, la reescritura, etc. son constantes. El terapeuta narrativo contempla que el cambio ocurre en el diálogo –tanto externo porque ocurre con otras personas, como interno, porque ocurre en el individuo mismo (Andersen, 1995)-, que el discurso en la relación es el locus del conocimiento (cambio), que el significado de una palabra no se transmite, sino que se desarrolla el proceso de la interacción, que cuando las personas adscriben significados a los eventos cotidianos, están convirtiendo sus vivencias en relatos, y que a su vez estos relatos dan forma a sus vidas y a sus relaciones. Esto quiere decir que la realidad construida puede influir en la realidad física y que a su vez esta última tiene que ver en la conformación de la realidad construida. Concretamente lo que terapeuta busca, es dar un significado distinto a esta realidad física para conformar una descripción/retrato alternativo más favorable para el cliente. Dentro del espacio terapéutico se pretende hablar acerca de las grandes narrativas (referentes a temas como el maltrato, la explotación y la opresión relacionados con el género) para ayudar a los clientes a ver cómo es grandes realidades dan forma a sus vidas y a sus problemas (De Shazer, 1998; White, 1994). En ocasiones incluso se proponen actividades fuera del espacio terapéutico, a manera de *tareas* para que la generación de cambios abarque otros espacios (esto es parte del trabajo de De Shazer y de O'Hanlon). De esta manera se propone liberar al cliente de la visión del mundo que da por sentada y abrir espacios lingüísticos que ofrecen nuevas opciones para la acción. De hecho es una característica de estas tendencias, la preocupación pragmática por trascender la narración, por transformar las relaciones que el cliente tiene con los demás, con la forma en que ve el mundo y a sí mismo. En este sentido, la construcción de una nueva narrativa en la terapia es más un proceso que un producto (White, 2002b; Gergen, 2006).

En este discurso narrativo se habla también acerca de la relación terapeuta- cliente, en donde se incluye el respeto a las ideas de otros, la valoración y de la importancia de que las personas se sientan escuchadas, de tal manera que la relación terapeuta-*paciente*, es mejor comprendida en términos de una relación terapeuta-*cliente*, es decir, de una posición más igualitaria. Mientras que Harlene Anderson (1999; 2004b), Tomm Andersen (1994; 1996) y Bill O'Hanlon (2001; 2005a) consideran que el terapeuta debe colocarse en una misma posición jerárquica que los clientes, Michael White (2002a; 2002b), propone que la relación terapeuta-cliente *per se* está definida en asimétricamente, pero que esta condición tiene que ser aprovechada por el terapeuta para avanzar en la terapia. El terapeuta narrativo asume que los clientes son personas únicas y distintas entre sí; que en cada uno de los casos el terapeuta y el cliente definen su propio modelo normativo

conversacional, su propia lógica (O'Hanlon, 2005). Es por ello que el interés genuino, la actitud de escucha, de no-saber, de cooperación, la capacidad para manejar diversos relatos al mismo tiempo, incluso contradictorios, pueden ser de mucha utilidad (Anderson, 1999).

En este sentido, los autores postmodernos contemplan que en el proceso terapéutico haya suficiente "libertad" para que los terapeutas "acomoden" su propio estilo terapéutico, porque las conversaciones estarán más centradas en las narraciones locales y tradicionales y en las micronarrativas que se presenten como historias simples que no aspiran a la verdad absoluta ni a la universalidad y que por tanto adolecen de modelos sofisticados de intervenciones o de lenguajes técnicos inaccesibles. Es por ello que en las diferentes descripciones de su trabajo, los autores narrativos no dan una descripción "paso a paso" de lo que hay que hacer en la terapia, porque se contempla que esta "libertad" para hacer terapia estará comprometida en mayor medida por las condiciones enmarcadas en el contexto local. En palabras de De Shazer, (1999) "... todos estos textos están relativamente indeterminados. Con cada lectura que de él se haga, se determina un texto virtual diferente". Así pues, la creatividad y la reflexión se incluyen como procesos importantes en el terapeuta que de algún modo contribuirán en la formación de historias alternativas y que al mismo tiempo pueden impulsar hacia el desarrollo de un estilo propio de cada terapeuta. Al mismo tiempo, las personas tendrán una mayor participación en terapia, hablarán acerca de los objetivos que tienen en mente, decidirán quién participará y quién no en este proceso, o podrán elegir qué temas abordar y cuáles no y si la terapia tiene éxito o no (Andersen, 1996; Anderson, 2004b).

El estilo terapéutico narrativo, pretende así, abrir mayores oportunidades conversacionales tanto para el terapeuta como para el cliente. El hecho de haber renunciado a la búsqueda de intervenciones sistematizadas (como quien *opera* en alguien), de tareas y prescripciones invariables, y de diseños y formulaciones teóricas generales, indica que ahora la preocupación del terapeuta narrativo es concentrarse por lo que las personas *dicen*. De hecho se observa que los procedimientos que los autores utilizan bajo la metáfora cibernética y los que se utilizan desde una postura narrativa son los mismos; sólo cambia su sentido. De ésta manera los recursos del terapeuta serán concebidos como actividades locales bastante idiosincráticas que dependan de la situación. No obstante, cada uno de los autores narrativos matiza su postura con ciertas diferencias: por ejemplo, De Shazer (1999) -a pesar de las críticas de O'Hanlon (2005)- se autodefine como más flexible, menos rígido a la hora de emplear sus recursos, en comparación con la forma de trabajo que venía haciendo. White (2002) considera que es importante estar concientes de la responsabilidad (moral, ética y profesional) que el terapeuta adquiere al emplear sus recursos terapéuticos. Para Andersen, (2002c) resulta más cómodo no elaborar un plan de qué y cómo se hablará. También son conocidas las críticas hacia la forma de hacer terapia de Harlene Anderson en donde escasean los procedimientos específicos. Sin embargo y a pesar de estas diferencias, todos tienen la idea de que el lenguaje es la única herramienta de que disponen, de que es importante escuchar y tratar de comprender algunas otras formas de hacer terapia, distintas a las propias, de que no existe una forma única o mejor para hacer terapia, de que no hay soluciones infalibles, de que las situaciones terapéuticas no pueden ser definidas de antemano porque son creadas en el contexto mismo de la terapia y de que sólo *a posteriori* se podrá expresar una opinión sobre la eficiencia y la utilidad de la terapia.

Las críticas hacia algunos aspectos de estas ideas, han sido discutidas. Por ejemplo hay quienes consideran que no tiene sentido el hecho de que el terapeuta niegue sus conocimientos sobre la terapia, con el fin de cumplir con esta actitud de *ignorancia*. Al tratar de responder a estos argumentos, Anderson (1999; 2004a; 2004b) aclara que lo que se propone es colgar (no negar) los supuestos del terapeuta a la vista del cliente como una forma de procurar una mayor oportunidad de igualdad en la comunicación (porque pretende romper con la idea tradicional de que el terapeuta es el único que hace las preguntas y el paciente es el único que provee de información acerca de su condición de vida). El propósito no es que el terapeuta deba olvidarse del propio saber y prescindir de sus conocimientos acerca del individuo y de sus sistemas de referencia, sino

que esté conciente de que estas ideas forman parte del hecho comunicativo; que no son ni mejores ni peores que las ideas que el cliente trae, porque representan sólo distintos puntos de vista (White, 2002a). Los clientes también traen ideas acerca de la terapia y de los terapeutas, de los problemas y de sus posibles soluciones, de sus propias capacidades y limitaciones, por lo que siempre es útil escucharlos. De esta manera, las técnicas, las teorías y las expectativas del terapeuta pasan a segundo término en el proceso conversacional, pues estarán definidas como parte de una conversación en donde las preguntas son respondidas y donde las respuestas son preguntadas¹⁰⁰. Se procura en pocas palabras, que estos recursos terapéuticos que se incluyen en el discurso del terapeuta se ofrezcan de un modo sensible y respetuoso a los clientes. Incluso hay quienes piensan que es mejor entrar la terapia sin ideas fijas, hipótesis o presuposiciones porque en ocasiones esto relatos no dejan *escuchar* al cliente. Sin duda, el papel del terapeuta es ahora diferente. El terapeuta ya no es únicamente un personaje observante, sino una entidad que se involucra y se transforma en el proceso de la construcción de realidades alternativas junto con el cliente. Ambos participan en un aprendizaje mutuo. La forma en la que ambos hablen acerca de los problemas, de sus posibles soluciones, de los objetivos y de la manera de alcanzarlos definirá el rumbo de la terapia y de sus vidas (Anderson, 2004a; Andersen, 1994).

Desde nuestro particular punto de vista, estas perspectivas narrativas no chocan en sus procedimientos; incluso podrían ser complementarios pese a las diferencias que existen. Lo que les une a todas es un espíritu colaborativo, reflexivo, respetuoso, de posibilidades y de capacidades que evita la culpa o la sensación de que el (los) cliente(s) tienen poco valor, son ignorantes, incapaces o deficientes. También es evidente una menor preocupación por ser breve, o por hablar/ignorar ciertos temas -por ejemplo, el tratar de centrarse en las soluciones más que los problemas- (O'Hanlon, 2001; 2005). En cierta forma, desaparece la presión hacia el terapeuta de dar "respuestas inteligentes" o "soluciones infalibles" cuando adopta una postura de no-saber (Anderson 1999). Incluso se ha podido observar que cuando los clientes participan de los pensamientos (teorías, suposiciones, hipótesis) del terapeuta o del equipo terapéutico, asumen una mayor responsabilidad para que los cambios sucedan (Andersen, 1994).

A pesar del novedoso sentido que la metáfora narrativa imprime a los procedimientos terapéuticos, es importante señalar también se tiene cuestiones pendientes. En ocasiones se ha dicho que la crítica hacia las *metanarrativas* constituye una contradicción en sí misma, puesto que incluso el punto de vista narrativo incluye "verdades fundamentales", como la del papel de lenguaje en la construcción de la realidad, rechazo a la objetividad, rechazo hacia una verdad única, la postura de no-saber, de incertidumbre, etc. En este sentido, desde nuestra opinión, la aportación del movimiento narrativo ha sido en mayor medida, comenzar a generar muchas preguntas e intentar responderlas: poner en la mesa de discusión aquellos temas que generalmente se dan por hechos (lo válido, lo moral, lo verdadero) cuestiones que por sí mismas se conciben como evidentes, desde el punto de vista *científico* y *social*. Gergen (1996a; 2006), considera que este movimiento no es la culminación de una serie de aportaciones geniales de varios autores, sino el aglutinamiento de varias voces polifónicas en constante transformación. En el propio ejercicio reflexivo al que se han comprometido todos estos puntos de vista, están en constante revisión y autocrítica, por lo que estas ideas pueden (deben) transformarse.

Pensamos que el estilo terapéutico narrativo puede ser de gran utilidad, si se tiene claro que enmarca una forma distinta de hacer terapia, que no pretende ser mejor o más completa que las ideas modernas o cibernéticas/sistémicas, ni que pretende tratar de negar su utilidad, sino que tiene el propósito de escuchar y valorar otros relatos alternativos desde una plataforma distinta (Anderson, 1999). Tampoco se tiene que perder de vista que hay que seguir aprendiendo de las

¹⁰⁰ Gergen (2006), habla del proceso de *metonimia*, que se refiere a la relación terapéutica que incorpora o refleja el discurso del cliente.

personas (llámense clientes o pacientes), de sus preocupaciones, de su visión de la terapia, de los terapeutas, de aquello que les sirve y les hace sentir mejor, puesto que de esta manera la terapia no dejará de lado su función y responsabilidad en el marco socio-cultural. Realmente la posibilidad de que los clientes participen de nuestros discursos profesionales, tanto como participamos en los de ellos, resulta extraordinaria.

Consideramos que el profundizar acerca de las distintas escuelas de terapia narrativa puede ayudar (nos) a ejercitar la capacidad reflexiva y creativa al momento de hacer terapia. Dado que sabemos que no es posible desarrollar un estilo puro de hacer terapia, es decir, un terapeuta puramente orientado o centrado a las soluciones o colaborativo-conversacional, o narrativo (Bertrando y Boscolo, 2000), el contar con distintos recursos terapéuticos para darles una congruencia particular en cada una de las sesiones terapéuticas, puede contribuir a una mayor probabilidad de éxito terapéutico. Gergen (2006) propone, que las escuelas de terapia se acercan más a la *confluencia* de sus ideas, como resultado de la *plurivocalidad* que pretende desarrollarse:

“Los terapeutas se sentirán cada vez más libres para crear confluencias originales, prácticas combinadas que toman prestados elementos a tradiciones dispares y a circunstancias exteriores. La lucha tradicional entre las escuelas o las maneras de ejercer se extinguirán para dar paso a combinaciones sólidas y originales” (p. 203)

Por último, pensamos que un reto adicional que tiene el pensamiento postmoderno, es la de fortalecer estas reflexiones, en otras áreas (como las administrativas, de comunicación, de educación, empresarial, gubernamental, etc.) que resulten beneficiadas al poner en tela de juicio las “realidades únicas”.

CONCLUSIONES

- El pensamiento crítico postmoderno, ha encontrado un sentido social (en donde se ha incluido a la terapia) a través del desarrollo de los supuestos construccionistas y narrativos. Por tanto, estas tendencias tienen sus orígenes fuera del contexto terapéutico: en eventos como congresos, simposio, coloquios, discusiones informales, etc. y en campos distintos al psicológico como en la filosofía, en la sociología, en el contexto cultural, social, político y económico predominante en nuestros días. El propósito de este movimiento, es el proporcionar una serie de metáforas alternativas que permitan una mayor reflexión acerca de todo aquello que damos por real y bueno, en la ciencia, en la terapia y en la vida cotidiana, proponiendo que todo esto es el producto de una relación humana.
- En este sentido el movimiento narrativo no es iniciado o representado por algún autor en particular, tampoco representa una forma más *acertada* o más *eficaz* de hacer terapia; más bien incluye el aporte de varias *voces* que pretenden reflexionar y criticar aquellas concepciones *universales* acerca de la formación y disolución de los problemas y de los supuestos que consideran a determinados procedimientos terapéuticos como más correctos o más benéficos que otros, pues se considera que si se deposita una fe excesiva a una sola opinión, se corre el riesgo de crear una realidad terapéutica inflexible y empobrecida. Esta orientación constituye, entonces, un medio heurístico a través del cuál se pretende enriquecer nuestra práctica terapéutica. No se pretende negar la utilidad de otras metáforas, ni posicionarse como una manera mejor de abarcar el proceso terapéutico. Más bien, lo que se propone, es colocar el discurso terapéutico, como un artefacto social de un proceso local que nada tiene que ver con *verdades últimas*. Como no hay soluciones infalibles ni puntos de vista privilegiados, los autores narrativos están comprometidos a *escuchar y valorar* otros puntos de vista (por ejemplo de otros autores y de los propios pacientes).
- Cada uno de los representantes de las escuelas de terapia de los que se habla en este trabajo, asumen un compromiso narrativo; aunque cada uno hace hincapié en ello de diferente manera: O'Hanlon en la construcción de posibilidades y perspectivas positivas; de Shazer en la elaboración de nuevos *juegos de lenguaje*; White en la formación de relatos alternativos; Anderson en el desarrollo de una postura colaborativa y respetuosa y Andersen en la estimulación hacia la pluralidad de voces. Sin embargo también les es común el interés por el lenguaje como un proceso social generativo de nuevas realidades y por las circunstancias particulares del hecho terapéutico. El terapeuta narrativo, constantemente se encuentra con conceptos como nuevas narraciones, relatos, lo "no dicho", la cooperación, el diálogo, la co-construcción, el respeto, la colaboración, la agencia personal, las posibilidades, las capacidades, la reescritura, etc. Los autores narrativos proponen hacer de estos conceptos, más que herramientas terapéuticas, una postura que trascienda el espacio psicológico.
- No son las circunstancias de vida las que definen nuestras narraciones; sino estas convenciones lingüísticas las que dan sentido a nuestra vida. Los problemas son conceptualizados como una forma de tantas posibles de interpretar determinados acontecimientos. A diferencia de las concepciones tradicionales que suelen colocar el problema dentro del individuo, en su contexto, o en sus relaciones, el pensamiento narrativo establece que el *problema* está en el *problema*. En ese sentido el papel del

terapeuta es el de abrir el diálogo hacia otras narraciones, guiar al cliente para que surjan otras voces que instauren otras formas de conversación más útiles para el cliente, y que además trasciendan el ámbito terapéutico hacia nuevas acciones y relaciones.

- El estilo terapéutico narrativo, favorece la flexibilidad en el desarrollo de las sesiones terapéuticas. Escasean los procesos fijados de antemano en la terapia. Los recursos terapéuticos, las preguntas y los comentarios del terapeuta están más relacionados con la conversación local, que se sostiene en determinado momento con los clientes. Se presta más atención a lo que las personas dicen. Aquellas ideas adquiridas del contexto médico como el diagnóstico, las intervenciones, las enfermedades mentales, etc. se desvanecen como verdades fundamentales, para proporcionar al terapeuta (y al paciente) un abanico más amplio de posibilidades terapéuticas que dependan más de la creatividad de ambos.
- Implícitamente, dentro de las expectativas de los autores narrativos, está el cambio constante de sus premisas, como parte de un ejercicio reflexivo y autocrítico de su trabajo. Ninguno de estos personajes pretende, a estas alturas, poseer la mejor postura terapéutica con respecto a las otras. Más bien la tendencia es hacia la incorporación de similitudes con otros estilos de trabajo. El permanecer en un diálogo constante con las distintas perspectivas terapéuticas proporciona una base reflexiva al terapeuta, que le lleva a un escepticismo crítico, pero que al mismo tiempo le lleva a conformar una manera muy específica (un estilo propio) de hacer terapia caracterizada por la apertura y moldeada por las particularidades de cada contexto terapéutico.
- Entre los retos más cercanos a los que se enfrentan estas tendencias narrativas está el continuar con los diálogos, con los espacios de autocrítica, con la generación de discusiones, con el fin de mantener en movimiento tales ideas. La esencia propia de esta particular forma de pensar, sugiere que estos conceptos sólo serán útiles durante cierto tiempo. Así, será necesario adecuar estas ideas sobre la terapia, a las condiciones cambiantes del entorno socio-cultural de las personas, para justificar la aportación de estas expresiones postmodernistas.

Epílogo

Nuestra formación académica en el área clínica se ha caracterizado por promover el aprendizaje de diferentes perspectivas teóricas (desde las aproximaciones psicodinámicas, hasta las perspectivas sistémicas y narrativas) acerca de cómo se debe hacer terapia. Como parte del proceso de aprendizaje, se extrajeron y discutieron muchas ideas muy interesantes, acerca de los supuestos filosóficos y teóricos que sustentan múltiples procedimientos muy ingeniosos e impresionantes, que empleados con la habilidad suficiente, pueden provocar grandes cambios en las personas. También examinamos innumerables ejemplos de casos clínicos acerca de cómo es que funcionan tales ideas; escuchamos a menudo de los grandes genios, casi intangibles, que revelan verdades fundamentales, con el fin de “llegar a la comprensión de la realidad”. En la práctica clínica nos esforzamos continuamente por hacer una réplica – por lo menos aproximada- de sus trabajos. Entonces, para nosotros, era fácil distinguir los procedimientos correctos de los incorrectos; las intervenciones inteligentes de las preguntas obvias, las verdades de las falsedades, los pensamientos, las acciones, los sentimientos y las normas morales apropiadas de las inapropiadas, pues la propia teoría iba marcando estas distinciones.

Hasta ese momento, también teníamos claro que el terapeuta se desempeñaría como el experto para resolver los problemas de los pacientes; aquel que fundamentaría la razón, quien planearía unilateralmente las intervenciones, quién decidiría los objetivos, el proceso y el momento en que estos se logaran. Contemplábamos que las primeras sesiones terapéuticas tendrían como fin el comprender los problemas de la gente, para después seleccionar una serie de recursos que parecieran adecuados, y de esta manera buscar curarlos o enseñarles a superar esas dificultades. Nuestro papel como psicólogos en formación consistió en tratar de reproducir en el espacio terapéutico lo que se nos había indicado o lo que habíamos leído. Pensamos que en estas condiciones surgió la necesidad de buscar algo más que aspirar sólo al hecho de convertirnos en técnicos aplicadores de entrevistas y de intervenciones previamente estructuradas, pues sabíamos que aquello que sucede en la terapia es mucho más complejo de lo que unas cuantas preguntas pueden abarcar.

Un primer acercamiento al pensamiento narrativo, a través de la revisión de lecturas de carácter epistemológico y teórico sobre esta forma de terapia, simultáneamente con la atención a clientes como parte de las actividades del servicio social, causó un impacto personal, porque “descubrimos” un cúmulo de ideas de carácter humanista acerca de la terapia, que encajaba –y de hecho lo sigue haciendo- con algunas de nuestras premisas personales.

Así pues, comenzamos a escuchar acerca de ciertos principios construccionistas que permitían ver a las personas desde un punto de vista colaborativo; como clientes –no como pacientes-, que caracterizaban a la terapia como un tipo especial de conversación dedicada a co-crear relatos que resaltan los valores humanos de las personas. Esta revisión preliminar de estos enfoques construccionistas nos hizo reflexionar sobre el hecho de que los terapeutas generalmente utilizamos un tipo de lenguaje y un discurso distinto al de los clientes, de que nuestras preocupaciones terapéuticas no son las de ellos y que generalmente emprendemos una búsqueda – hasta cierto punto inconsciente- de errores, fallas, debilidades y culpas que a nadie hace sentir bien, lo que resulta contraproducente en la terapia, si suponemos que lo que las personas quieren, es mejorar su situación en algún sentido.

Pero a pesar de sentir una gran identificación con estas ideas, esta primera aproximación también nos dejó muchas inquietudes. Para nosotros es claro que esta visión acerca de la terapia, parte de premisas totalmente distintas a las tradicionales. Por ello es evidente que en un primer momento, no

fue sencillo para nosotros asimilarlas e integrarlas a la práctica terapéutica, y más aún cuando gran parte de la formación profesional (y en general la científica), exige guiarse por determinados métodos, que garanticen la validez, el control en las variables, la objetividad, la verdad, etc. En una primera revisión de estas nuevas ideas, se puede llegar a pensar que lo que se propone es que “todo vale” o que “nada es real”. De hecho la mayor parte de las críticas se refiere a esta aparente postura relativista. Sin embargo al hacer una revisión a fondo de los supuestos construccionistas y narrativos, es posible establecer que los alcances y las implicaciones que han tenido y que pueden llegar a desarrollar en la terapia van mucho más allá. La idea de realizar un trabajo como el presente, es precisamente la de obtener una comprensión más cercana de este movimiento narrativo en terapia.

Para cuando empezamos a explorar más a fondo algunas ideas del socioconstruccionismo, y conocimos más acerca de las terapias con tendencias narrativas, comenzamos a articular nuestra propia visión y postura de este movimiento, lo que indudablemente influyó en la forma de relacionarnos con las personas. Particularmente consideramos una condición afortunada el hecho de concebir a la terapia como un espacio donde el terapeuta y el cliente pueden desarrollar una relación de heterarquía (igualitaria en términos exclusivos de poder), pues este factor posibilita una verdadera aproximación a la experiencia de los clientes. Frecuentemente podemos sentirnos satisfechos de las muestras de gratitud, de compañerismo, y de amistad que hay con ellos. Aprendimos que cuando nos hacemos sensibles al sufrimiento de las personas e intuimos su necesidad de sentirse escuchadas, valoradas y aceptadas, se abre la posibilidad de crear un cierto tipo de unión, o de identificación con las personas de tal manera que incluso en ciertos momentos, escuchando de sus dificultades, nos encontramos expresando algo como “yo también me he sentido igual...”, o “a mi me pasó lo mismo...”. De igual manera, disfrutamos aquellos momentos en la terapia en los que dejamos guardadas las preguntas preparadas, las intervenciones planeadas y prestamos más atención a lo que los clientes dicen. En ese sentido el trabajo terapéutico se hace para nosotros una actividad más cálida, en donde se mezclan sentimientos, ideas, experiencias e incluso secretos que tal vez nadie más sabe o entiende como se entienden en el encuentro terapéutico. Eso hace especial a cada persona y cada momento que conversamos con ella.

A medida en que nuestra forma de hacer terapia se dirigía en esa dirección, poco a poco, empezamos a sentir que muchos de los procedimientos y de las intervenciones planificadas de antemano, o recursos como la aplicación de pruebas, diagnósticos y tratamientos no tenían razón de ser. A partir de ahí fue incrementándose la inconformidad hacia esta pretensión de emular la terapia psicológica con la consulta médica (aunque también es cierto que desde nuestra experiencia podemos apreciar que por razones culturales y sociales, la misma gente tiende a equipararlas).

De hecho, desde nuestro punto de vista, la principal aportación del movimiento narrativo y del socioconstruccionismo en términos generales, es el haber colocado la discusión acerca de los procedimientos terapéuticos, y de la naturaleza misma de la terapia, fuera de las consideraciones patológicas del campo de las ciencias de la salud, y haberla acercado más hacia un análisis de implicaciones sociales; concibiendo al hecho terapéutico, como una práctica de naturaleza discursiva en la que dos o más personas dialogan entre sí, con el objetivo de darle un sentido distinto a las circunstancias de vida de los clientes.

Esta forma de conceptualizar la terapia, ha tenido sus consecuencias en la forma en la que concebimos nuestro papel como terapeutas. Pretendemos desarrollar un estilo flexible y reflexivo para hacer terapia, influyéndonos de diversos autores, pero pensando más en las implicaciones que tenemos como terapeutas aun nivel local, cotidiano, personal, reflexionando constantemente acerca de nuestra forma de relacionarnos con los clientes, acerca de las implicaciones de nuestro lenguaje, de su naturaleza y de sus alcances, del como “ser genuinos”, de la manera en la que podemos contribuir a un clima de confianza, de compromiso y de sensibilidad a los problemas de las personas y a su dolor. También pretendemos no olvidar que los clientes, al igual que los terapeutas, tienen ciertas expectativas, cuentan con ideas acerca de cómo superar sus dificultades, cuentan con metáforas y

teorías (a veces muy sencillas, extraídas de cualquier medio de comunicación; o en ocasiones muy sofisticadas adquiridas de lo que otros profesionales les han dicho) acerca del porqué se encuentran en determinada circunstancia, acerca de que es lo que le ayudará a salir adelante y lo que no, de cuando únicamente necesitan unas palabras de aliento, o de un consejo, de una orden, de una solución “mágica”, de una explicación, de una tarea, o simplemente de una plática con alguien; además de tener ciertas expectativas de cuánto tiempo permanecerá en la terapia y de cómo determinará su efectividad.

Aunque cada una de las escuelas de terapia revisadas en esta tesis, nos ha dado idea acerca de lo que podemos decir y preguntar en las sesiones con los clientes, pensamos que la “narratividad” puede parecerse más a un escenario, a un ambiente en donde se puede utilizar uno y otro procedimiento de tal o cual escuela (que finalmente consideramos que los procedimientos al darles forma, también son parte de nosotros), pero que lo más importante, será darle congruencia y sentido a la conversación local que sostenemos con las personas. Si bien las herramientas terapéuticas de los autores revisados son de gran utilidad, muy difícilmente nos encontraríamos satisfechos, únicamente reproduciendo su forma de trabajar, memorizando sus pensamientos y reflexiones hasta estar seguros de haberles comprendido, puesto que esta idea narrativa de la terapia otorga al terapeuta una parte inacabada (o todavía no expresada) de la terapia, donde puede incluir sus propias reflexiones y experiencias de vida, sus propias explicaciones y metáforas, en donde puede confiar en su propia “intuición”, y donde se puede construir junto al cliente, relatos (explicaciones, teorías, metáforas) muy locales, originales, creativos y pertinentes al momento. En vez de promover un clima de tensión de ambas partes (terapeuta y cliente) por llegar a una normalidad generalmente impuesta por los supuestos teóricos del terapeuta, se atiende mucho más al hecho comunicativo particular. Se hace más importante permanecer junto a los clientes, para no perderse, e ir construyendo con ellos una conversación de la cuál se sientan parte fundamental, para que ambas partes tengan la sensación de que han sido mutuamente comprendidos.

En este sentido, pensamos que este trabajo que pretende plasmar una lectura didáctica, interpretativa¹, a través de la construcción de conexiones de ciertos fragmentos textuales, tiene la intención, en última instancia, de que se sigan generando dudas y cuestionamientos, preguntas y respuestas, y que en esa medida se vayan configurando ideas que permitan, a nivel teórico y filosófico, aclarar aquellas cuestiones sobre el construccionismo o la narrativa que hoy están pendientes, pues todavía hay temas en donde sería deseable ampliar algunos puntos de vista, y reflexionar. Por ejemplo, sobre algunas cuestiones relacionadas con las metanarrativas (¿son expresiones de una falta de conciencia? ¿Los conocimientos locales son expresiones de una conciencia verdadera? ¿Los conocimientos expertos son únicamente invenciones que disfrazan operaciones de poder? ¿Los conocimientos locales son auténticos? ¿Realmente se oponen a las cuestiones de poder? ¿Las metanarrativas no tienen ninguna utilidad? ¿Qué es lo que hace que una narración sea útil). También surgen preguntas que se refieren al rol del terapeuta y su relación con el paciente/cliente (¿Es más útil una postura de igualdad con el paciente? ¿Es indeseable o desventajosa una actitud directiva? ¿Hay ventajas en una postura de “si-saber”? ¿En qué situaciones es mejor para el cliente, que el terapeuta si-sepa? ¿A que se le llama una relación de poder? ¿Cómo podrá darse cuenta tanto el terapeuta como el paciente de que el primero está utilizando este poder? ¿Puede serles de utilidad a las personas? ¿Cuáles son las consecuencias más amplias de esta forma de pensar?). También vale la pena reflexionar acerca de algunos otros temas, por ejemplo de las posibles repercusiones negativas

¹ Asumimos que lo que escribimos acerca de los autores, es producto de la simultaneidad entre las constantes lecturas - interpretaciones-, individuales, de las escuelas de terapia, que se hicieron en diferentes momentos (para seleccionar la información, para sustraerla, y para redactarla), y que fueron modificándose y modificando nuestra práctica terapéutica (de intentar aplicar ciertas preguntas, de variar ciertos procedimientos, de preferir unos sobre otros, de tal manera que se fuera construyendo una forma muy particular de hacer terapia). De esta manera, la coherencia que se le dio a este cúmulo de información plasmada en este trabajo, no sólo surge de la propia lectura, sino también de nuestra *experiencia* dentro y fuera del ámbito terapéutico.

de los discursos alternativos, de la posibilidad de lograr cambios incluso desde los discursos dominantes de los clientes, de la utilidad de las creencias profundas, de la viabilidad – hacia el cambio- del DSM y de las clasificaciones, y de la utilidad de la narrativa en la atención con pacientes psiquiátricos (que utilizan algún tipo de medicamento). En este sentido, la metáfora narrativa representa más una apertura para la discusión y una posible reformulación de distintas realidades.

No hay que perder de vista que este movimiento es atractivo porque se caracteriza por tener un fuerte compromiso social, y que dada esta movilidad en el ser humano y su contexto cultural, social, económico, educativo y político, constantemente tendrá que adecuarse, por medio de la reflexión y la autocrítica. Hay que decir también que el hecho de que se logre que esas reflexiones sean mayormente enriquecedoras, se debe a que se ha mantenido un diálogo constante acerca de estos temas con equipos de trabajo terapéutico, o participando de actividades académicas en simposios, congresos y talleres en donde se discute y se opina sobre estos asuntos con otros profesionales y aprendices, sin olvidar que es muy deseable contar con las diversas aportaciones que de un modo u otro aprendemos de los propios clientes.

Desde nuestra propia experiencia, este pensamiento narrativo ha trascendido el espacio terapéutico para conformar una postura hacia la vida. Nos hemos percatado de la facilidad con la que este espíritu colaborativo, de escucha, de aceptación y de valor humano ocupa más espacios de nuestra vida diaria; uno puede ser más capaz de reflexionar aquellas ideas (formas de pensar, actuar, sentir, y hablar) que aparentemente son muy sencillas, obvias, sin sentido o contradictorias a nuestra forma de pensar, examinándolas con una conciencia crítica de que estas “verdades” están configuradas en el contexto en el que se construyen, y por tanto no constituyen realidades únicas o verdaderas. Es realmente esperanzador vislumbrar la infinitud de posibilidades que el ser humano tiene a su alcance

Al cabo de cierto tiempo, hemos podido darnos cuenta del uso muy común de expresiones como “yo pienso que...” “mi postura es...” “una de las posibilidades es...”, “creo que en este caso...”, unida a una actitud de apertura y preparación para recibir otras versiones. Con la convivencia (a nivel personal y en el ámbito propio de la terapia) comprendemos también que para “moverse” en este mundo se necesitan consensos y verdades casi inmutables (en apariencia) que operan en la interacción con los demás –en un sentido práctico- pero también, pensamos que en ciertas situaciones, como en el contexto de la terapia, es útil recurrir a una postura acerca de una realidad en constante cambio.

Procuramos mantener una postura abierta a otras formas de pensar, pero también solemos contextualizar las explicaciones y las teorías metanarrativas (acerca de quien dijo que y para que), pues con esto podemos darnos cuenta de que estamos inmersos en una dinámica social que lleva a ciertos círculos de poder a querer apropiarse de la realidad: los medios masivos de comunicación, los profesionales y científicos, las religiones, los partidos políticos, etc., por lo que en cierta medida parece acertado y útil mantenerse con un ánimo conciliador, de colaboración y de respeto mutuo hacia los demás, unido a una firme convicción de manifestarnos, si es necesario, acerca de nuestros desacuerdos ideológicos, morales o teóricos cuando esto pueda contribuir a otros o a nosotros mismos a liberarnos de las expresiones opresivas de ese poder.

Por último, después de haber expuesto a grandes rasgos parte de nuestra experiencia en la realización de este trabajo, pretendemos hacer hincapié en la movilidad a la que puede aspirar el terapeuta para no permitir que sus ideas se estanquen sobre una sola posibilidad, de buscar algo más, de “experimentar” cosas distintas, de permitirse explorar otras formas de pensamiento, de reflexionar en otros sentidos y de desarrollar su capacidad creativa. Sabemos que esta dinámica de abrir caminos nos orientará a otros lugares distintos porque estamos concientes de que nuestra postura perdería su sentido si permaneciéramos en este mismo lugar por mucho tiempo, pero pensamos que esto también es parte de las satisfacciones que como profesionales tenemos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andersen, T. (1994). *El equipo Reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (1995). *El lenguaje es poderoso pero puede ser peligroso*. Conferencia expuesta en el 7º. Congreso Mundial de Terapia Familiar en Guadalajara Jalisco, México. Octubre 25 al 29 de 1995.
- Andersen, T. (1996). *Reflexiones sobre la reflexión con familias*. En: Mc. Namme, S. y Gergen K. (Comps.). En: La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.
- Andersen, T. (2001a). *Una colaboración por algunos llamada psicoterapia. Vínculos llenos de expresiones, y expresiones llenas de significado*. Sistemas Familiares. 17(3), 77-87.
- Andersen, T. (2001b). *Ver y oír, ser visto, y ser oído*. En: Friedman, S. (Comp.). *El nuevo lenguaje del cambio*. La colaboración constructiva en psicoterapia. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T y Rivera, S. (2001). *Clínica y ética aplicadas: en las fronteras de lo que podemos decir y pensar*. Sistemas Familiares. 17 (3), 65-74.
- Andersen, T. (2002). *Blinding and Deafening Moments, and Threatwning Futures: In thewake of September 11,2001*. Family Process. 41(1), 11-14.
- Andersen, T. (2003). *Los diagnósticos son sólo palabras*. Disponible en: www.enlaceweb.net/pipe/interlink/2003-october/001835.html. Fecha de acceso:17/04/2005
- Andersen, T. (2004). *Una colaboración: Algo llamado supervisión*. En: Licea, G., Paquentin, I. y Selicoff, H. (Comps.). *Voces y más Voces. Reflexiones sobre la supervisión*. Vol. II. México: Instituto de psicoterapia Alinde.
- Andersen, T. (2005a). *Perspectivas Sistémicas. Una forma democrática de hacer terapia*. Disponible en: www.redsistemica.com.ar/andersen.htm. Fecha de acceso:17/04/2005
- Andersen, T. (2005b). *New Therapist. Ethics, ontology and peace*. Disponible en: www.newtherapist.com/andersen.html. Fecha de acceso:17/04/2005
- Andersen. T. (2005c). *On the road with Tom Andersen*. Disponible en: www.newtherapist.com/andersen13.html. Fecha de acceso:17/04/2005
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). *Human systems as linguistic systems: preliminary an evolving ideas about the implications on clinical theory*. Family Process, 27 (4), 371-393 (trabajo original publicado en 1988)

- Anderson, H y Goolishian, H. (1995). *Narrativa y self: algunos dilemas postmodernos de la psicoterapia*. En: Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Fried, D. (Comp.). Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires; Paidós.
- Anderson, H y Goolishian, H. (1996). *El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico*. En: McNamme, S. y Gergen, K. (Comps.). La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1992)
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Amorrortu (trabajo original publicado en 1997)
- 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. (trabajo original publicado en 1993).
- Anderson, H. (2004a). *Becoming a postmodern Collaborative therapist. A clinical and theoretical Journey. Part I.* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/parti.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004
- Anderson, H. (2004b). *Becoming a postmodern Collaborative therapist. A clinical and theoretical Journey. Part II.* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/partii.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004
- Anderson, H. (2004c). *Postmodern Social Construction Therapies. Dialogue.* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004
- Anderson, H. (2004d). *Listening, speaking, and hearing :The relationship to dialogue. Consultation and supervision excercises* . Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004
- Anderson, H. (2004e). *Supervision as a collaborative learning community.* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004
- Anderson, H. (2004f). *Ethics and uncertainty: Brief unfinished thoughts.* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/partii.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004
- Anderson, H. (2004g). *As if exercise.* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages/psct.htm>. Fecha de acceso: 19/10/2004
- Anderson, H. (2004h) *Postmodern collaborative and person-centered therapies: what would Carl Rogers say?* Disponible en: <http://www.harlene.org/Pages> Fecha de acceso: 19/10/2004

- Beltrán, L. (2000) *“Programa de Terapia Familiar y de pareja con enfoque sistémico/narrativo”* Programa de Servicio social de la FES Zaragoza con clave 2000 – 12 / 48- 1134 llevado a cabo en la UMAI Zaragoza en el año de 2001, a cargo de la Mtra. Lidia Beltrán Ruiz.
- Beltrán, L. (2004) *El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos*. En: L. Eguiluz (Comp.) *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. Mexico:Pax
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000) *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bruner, J. (1996). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- Cade B. y O’Hanlon W.H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós (Trabajo original publicado en 1993)
- De Shazer, et al. (1986). *Brief therapy: Focused Solution Development*. Family Process, 25 (1), 207- 221 (trabajo original publicado en 1986).
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve: Un Enfoque Ecosistémico*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1982)
- De Shazer, (1993) *Creative Misunderstanding : There Is No Escape from Language*. en S. Guilligan y R. Price (eds.) (1993) *Therapeutic conversations* (págs. 81-90). New York: W.W. Norton (trabajo original publicado en 1993).
- De Shazer, S. (1995). *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós (Trabajo original publicado en 1985)
- De Shazer, S. (1997). *Claves en Psicoterapia Breve. Una teoría de la solución*. Gedisa: Barcelona (Trabajo original publicado en 1988)
- De Shazer, S. y Miller, G. (1998). *Have you Heard the Latest Rumor About...? Solution-Focused Therapy as a Rumor*. Family Process, 37 (1), 363-377.
- De Shazer, S. (1999). *En un principio las palabras eran magia*. Gedisa: Barcelona. (trabajo original publicado en 1994)
- De Shazer, S. y Berg, I. K. (1992). *Doing therapy: A post-structural revisión*. Journal of Marital and Family Therapy, 18 (1), 71- 81 (trabajo publicado en 1992).
- De Shazer, S. y Berg, I. K. (2001). *Hacer hablar a los números: el lenguaje en la terapia*. En: Freedman, S. (Comps.). *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa.(Trabajo original publicado en 1993)
- De Shazer, S. (2005a). *The miracle question*. Disponible en www.brief-therapy.org/steve_miracle Fecha de acceso 2/julio/ 2005

- De Shazer, S. (2005b). *Some SFBT language-games*. Disponible en www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005
- De Shazer, S. (2005c). *Emotions and scaling questions*. Disponible en www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005
- De Shazer, S. (2005d). *Don't think, but observe: what is the importance of the work of Ludwig Wittgenstein for the solutions-focused brief therapy*. Disponible en www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005
- De Shazer, S (2005e). *Thinking about Miracle Question*. Disponible en: www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005
- De Shazer, S (2005f). *Goals and solutions: a useful distinction*. Disponible en: www.brief-therapy.org/steve_goals.html# Fecha de acceso 2/julio/ 2005
- Epston, D.; White, M. y Murray, K. (1996) *Una propuesta para reescribir la terapia. Rose: la revisión de su vida y un comentario*. En McName, S. y Gergen, K. (1996) *La terapia como construcción social*, Paidós, Barcelona.
- Fish, R. Weakland, J. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fried, D. (1995.) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires; Paidós.
- Friedman, S. (2001) (Comp.). *El nuevo lenguaje del cambio*. La colaboración constructiva en psicoterapia. Barcelona: Gedisa.
- Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative Therapy. The social construction of preferred realities*. New York: Northon.
- Foucault, M. (1998a). *Historia de la locura en la época clásica*. Vol. 1 México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1998b). *Historia de la locura en la época clásica*. Vol. 2. México: Fondo de Cultura Económica
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Paidós, Barcelona.
- Gergen, K. (1996a). *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona : Paidós.
- Gergen, K. (1996 b). *La Construcción Social: Emergencia y Potencial*. En: Pakman, M. (Comps.). *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. I Barcelona: Gedisa.
- Gergen, K. (2001) Prólogo. En: Friedman, S. (Comp.). *El nuevo lenguaje del cambio*. La colaboración constructiva en psicoterapia. Barcelona: Gedisa.
- Gergen, K. (2006) *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós

- Glaserfeld, E. (1996). *Aspectos del constructivismo radical*. En: Pakman, M. (Comps.). *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. I. Barcelona: Gedisa.
- Hoffman, L. (1994). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ibáñez, T. (1994). *La psicología social como dispositivo desconstruccionista*. Psicología social construccionista. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Ibáñez e Iñiguez (1996) *Aspectos metodológicos de la psicología social aplicada*. En: Albaro, J. L. y Garrido, A. *Psicología social aplicada*. Barcelona: Mc Graw-Hill
- Jones, R. (2002). *Post Structuralism*. [On line]. Disponible: <http://www.roga.demon.co.uk/poststr.htm>. Traducción de Patricia Ramírez
- Kamsler, A. (1993). *La formación de la imagen de sí misma*. En: Michael Durrant y Cheryl White. *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Lax W. (1996) *El pensamiento postmoderno en una práctica clínica*. En Mc. Namme, S. y Gergen K. (Comps.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós. 93-110
- López, A., Parada, H. Y Franco, S. (1999). *Psicología de la comunicación*. Colombia: Alfaomega.
- Mc. Namee, S. y Gergen K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Nardone, G. Y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder
- Navarra (2003). *Los diagnósticos son sólo palabras*. (On line). Disponible en www.enlaceweb.net/pipemail/interlink/2003-october/001835.html
- Navarro, P. y Diaz, C. (1995) *Análisis de contenido*. En: Delgado, J. y Gutierrez, J. (comps.) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en las ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- O'Hanlon, W. H. (1989) *Raíces profundas*. Barcelona: Paidós (trabajo original publicado en 1987)
- O'Hanlon, W.H. (1993) "*Posibility therapy: From iatrogenic injury to iatrogenic healing*" en S. Guilligan y R. Price (eds.) (1993) *Therapeutic conversations* (págs. 3-17). New Cork: W.W. Norton. (Original, 1993)

O'Hanlon, W.H.(1996) *La historia llega a ser su historia: una terapia en colaboración y orientada hacia la solución de los efectos secundarios del abuso sexual*. En Mc. Namee S. y Gergen, K. (1996) *La terapia como construcción social* Barcelona: Paidós (trabajo original publicado en 1992).

O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1997). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós. (trabajo original publicado en 1989)

O'Hanlon, W. H. (2001). *Terapia de Posibilidades: Las alteraciones iatrogénicas como medio de curación*. En O'Hanlon.S. y Bertolino, B. (Comps.). (Trabajo original publicado en 1999).

O'Hanlon, W. H. (2003). *Pequeños grandes cambios: 10 maneras sencillas de transformar tu vida*. Paidós, México. (Trabajo original de 1999)

O'Hanlon, W.H.(2005a). *Possibility Therapy FAQ:Frequently Asked questions about possibility therapy*. Disponible en: <http://www.brieftherapy.com/workshops/hire/html> fecha de acceso 2/julio/ 2005.

O'Hanlon, W.H. (2005b). *Levels of intervention: Five levels of intervention in couples' therapy*. Disponible en: <http://www.brieftherapy.com/workshops/hire/html>. Fecha de acceso 2/julio/ 2005.

Rozo, J.A. (2005) *La terapia desde el punto de vista del construccionismo social ¿Tiene algún sentido la terapia?* Departamento de Psicología experimental. Universidad de Sevilla. Disponible en www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/index.htm

Seikkula, J., Alakare, B. y Aaltonen. J. (2001). *El enfoque de Dialogo Abierto. Principios y resultados de investigación sobre un episodio psicótico*. *Sistemas Familiares*. 17(2), 75-87.

Shotter, J. (1996) *El lenguaje y la construcción del si mismo*. En: Pakman, M. (Comps.). *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. I Barcelona: Gedisa.

Sluzky, C. (1994). Contraportada. *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Tomm, K. (1993). Prefacio. En M. White y D. Epston. *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

- Tomm, K. (1994). Introducción. En M. White. *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Witzezaele y García (1994) *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder
- Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1986). *Cambio: Formación y resolución de problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1990). *La realidad inventada*. En: Pakman, M. (Comps.). *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. I, Barcelona: Gedisa
- White, M. (1992). *Men's Culture, The Men's Movement, & The Constitution of Men's Lives*. Dulwich Centre Newsletter. 3(4), 33-52.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1993). Commentary: *The Histories of the Present New Directions in Family Therapy*. En S. Guilligan & R. Price. *Therapeutic Conversations*. New York: Norton.
- White, M. (1994). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Gedisa
- White, M. y Epston, D. (1994). Asesorar al asesor. En White, M. *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M., Epston, D., y Murray, K. (1996). *Una propuesta para re-escribir la terapia*. En: Gergen, K y McNamee, S. (Comps.). *La terapia como construcción Social*. Barcelona: Paidós.
- 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. (2002c). *Narrative Therapy*. Dulwich Centre. [On line]. Disponible: <http://www.massey.ac.nz/~alock/virtual/white.htm>. Traducción: Patricia Ramírez.
- White, M. (2004). *Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective*. The International Journal of Narrative Therapy and Community Work. 2004(1), 45-76.