

**cuarta
edición**

En busca de resultados

Modelos clínicos de abordaje

**Jorge Fernández Moya
y colaboradores**



**UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA**

En busca de resultados

**Jorge Fernández Moya, Mónica Graciela Escobar,
María Beatriz Sabah, Santiago Fernández Escobar,
Ruth Goldfarb, Laura Asid, Rodrigo García,
Laura Marchesky, Federico G. Richard, Mónica Valgañón,
Gustavo Graña, Sofía Grzona, María Belén Mondini,
Laura del Popolo, María Julia Zúñiga**

En busca de resultados

Modelos clinicos de abordaje

TOMO II



**UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA**

En busca de resultados : modelos clínicos de abordaje / Jorge Fernández Moya
... [et al.]. - 4a ed. - Mendoza : Universidad del Aconcagua, 2021.
v. 2, 457 p. ; 21 x 16 cm.

ISBN 978-987-4971-37-1.

1. Psicología. 2. Terapia Familiar. 3. Relaciones Familiares. I. Fernández Moya,
Jorge.
CDD 158.24.

Diagramación y diseño de tapa: Arq. Gustavo Cadile.

La imagen que ilustra la portada pertenece a Gerd Altmann y ha sido descargada de Pixabay

Copyright by Editorial de la Universidad del Aconcagua.

Catamarca 147(M5500CKC) Mendoza.

Teléfono (0261) 5201681.

e-mail: editorial@uda.edu.ar.

Queda hecho el depósito que marca la ley 11723.

Impreso en Mendoza – Argentina.

Cuarta edición: julio de 2021.

I.S.B.N.: O.C.: 978-987-4971-31-9.

T1: 978-987-4971-36-4.

T2: 978-987-4971-37-1.



Reservados todos los derechos. No está permitido reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir ninguna parte de esta publicación, cualquiera sea el medio empleado –electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.–, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de propiedad intelectual.

Índice

Agradecimientos de la primera edición	15
Agradecimiento de la segunda edición	17
Agradecimiento de la tercera edición	19
Agradecimiento de la cuarta edición	21
Prólogo de la primera edición	23
Prólogo de la segunda edición	25
Prólogo de la tercera edición	27
Prólogo de la cuarta edición.....	29

Tomo I Primera Parte Fundamentos Básicos

Capítulo 1: Terapia familiar sistémica	33
Capítulo 2: Tras las huellas de Gregory Bateson.....	93
Capítulo 3: Teoría General de los Sistemas	109
Capítulo 4: Familias y Teoría General de Sistemas	153
Capítulo 5: Constructivismo	159
Capítulo 6: Paradigma de la Complejidad, Constructivismo y Construccionismo Social.....	167

Capítulo 7: La familia a través de la historia	195
Capítulo 8: Familia funcional	231
Capítulo 9: Construyendo la funcionalidad de la familia	269
Capítulo 10: Ciclo vital de la familia.....	289
Capítulo 11: Familia disfuncional.....	323
Capítulo 12: La evaluación en terapia sistémica	343

Tomo II
Segunda Parte
Modelos Clínicos de Abordaje

Índice.....	439
Capítulo 13: Terapia estratégica.....	445
Capítulo 14: Intervenciones de la Terapia Estratégica.....	515
Capítulo 15: Terapia centrada en las soluciones	595
Capítulo 16: Intervenciones de la terapia centrada en las soluciones....	603
Capítulo 17: Terapia Estructural	615
Capítulo 18: Intervenciones de la Terapia Estructural	629
Capítulo 19: La terapia narrativa	655
Capítulo 20: Intervenciones de la terapia narrativa	671
Capítulo 21: Mirádonos el ombligo: semejanzas y diferencias entre los modelos sistémicos	679
Capítulo 22: De qué hablamos cuando nos visita un primo: caminos al acuerdo.....	697
Capítulo 23: Hablando de las cosas que nos unen. Caminos hacia la convergencia entre las terapias cognitivo conductuales y las terapias existenciales (hablando con los primos lejanos).....	719
Capítulo 24: La mística del resultado	751

Capítulo 25: Ética y psicoterapia	759
Capítulo 26: Casos clínicos	795
Glosario de términos empleados.....	839
Índice temático.....	855
Bibliografía.....	861
Acerca de los autores	877

Tomo II
Segunda Parte

Modelos Clínicos de Abordaje

Capítulo 13: Terapia estratégica

*Jorge Fernández Moya
Federico G. Richard*

Hasta ahora hemos desarrollado en una Primera Parte las teorías que representan las bases conceptuales de la terapia sistémica, en una Segunda Parte la Evaluación o diagnóstico de quienes asisten a la consulta, una persona, una pareja, una familia o un grupo que conforma un sistema de y con características particulares.

¿Cómo hacer ese trabajo de abordar a nuestro/s consultante/s?

¿Cuáles son las consideraciones que debemos realizar para ayudar a quienes nos la solicitan?

A partir de este capítulo deseamos transmitir que hay diferentes modos de realizar el abordaje clínico de quienes asisten a la consulta, por lo cual definiremos algunos de los **modelos** más desarrollados o difundidos que se transforman en “herramientas” para realizar estos abordajes. Es bueno creer que si es necesario “aflojar o ajustar una tuerca”, la tarea es posible que la podamos realizar simplemente con los dedos, pero otras veces necesitaremos “herramientas” apropiadas (pinzas, llaves fijas, llaves tubo, y hasta los dientes a falta de ellas) con el objeto de apretar o ajustar nuestra tuerca.

La terapia familiar debe ser considerada una herramienta (entre muchas otras) para abordar e intentar contribuir a la resolución de los problemas por los que somos consultados. Paolo Bertrando y Darío Toffanetti²⁵⁴, relacionan “el

254 Paolo Bertrando y Darío Toffanetti, Historia de la terapia familiar.

clima cultural estadounidense” como una variable que dio lugar a la terapia familiar, y refieren:

La terapia familiar adquiere su optimismo característico del movimiento Child Guidance²⁵⁵, así como de la Christian Science, y por supuesto de la propia idiosincrasia norteamericana. Del psicoanálisis neofreudiano incorpora la atención al contexto y la visión “cómica”, según la cual todas las dificultades son en cierto modo superables. Del movimiento de desinstitucionalización psiquiátrica, la idea de la terapia ambiental. De la cibernética, la visión sistémica, pero también la tendencia a recurrir a las metáforas tomadas de otras disciplinas. Del clima social norteamericano, su carácter apolítico y la imposibilidad de transformarlo en crítica social. De las tecnologías existentes, la tendencia a la rapidísima difusión de lo nuevo y al cambio veloz e inesperado. Son características que, como veremos, la terapia de la familia conservará siempre en sus fundamentos, aun cuando en apariencia evolucione de manera totalmente novedosa.

Tres grupos, fueron pioneros:

- Quienes provenían de las Child Guidance Clinic, que lo hicieron desde la psiquiatría infantil (Ackerman, Minuchin).
- Quienes había integrado el equipo de Bateson, en Palo Alto, California. Más el aporte de Milton Ericsson.
- Aquellos dedicados a las terapias intergeneracionales, que como los anteriores habían estudiado la esquizofrenia (Bowen, Stierlin, Boszormeny-Nagy, Whitaker).

Este mix, representan el contexto y las bases que dieron lugar a los inicios de la terapia familiar en Estados Unidos, con esos aprendizajes y nuestra propia experiencia comenzaremos nuestro desarrollo.

Hemos seleccionado la **Terapia Estratégica**, para comenzar a describir un Modelo en particular.

255 Child Guidance Clinic creadas después de la Primera Guerra Mundial por el Comité Nacional en Higiene Mental con el objeto de la “prevención secundaria” de enfermedades y trastornos mentales, tratando de identificar los factores de riesgo para intervenir reduciendo los índices de patología adulta.

En el Capítulo sobre la Teoría General de los Sistemas, planteábamos que un sistema es *dinámico* porque puede ser descrito de forma tal que refleje la naturaleza *funcional* del sistema real. Que expresada como una descripción “posible”, que realiza un observador-operador, que resulta arbitraria, en tanto y en cuanto se trata de una entre muchas posibles.

El terapeuta estratégico consultado tendrá entonces la posibilidad de ofrecer otras “descripciones”, es decir otras alternativas “funcionales” que pueden aparejar cambios en la dinámica de las interacciones y en la estructura del sistema.

Cuando una persona realiza una descripción, con su estilo narrativo elige, selecciona como relevantes algunos datos por encima de otros, jerarquiza por un lado, al mismo tiempo que descarta otra información. Nuestra descripción siempre se enmarcará en un proceso (le asignamos “un tiempo”) y seleccionamos algunas de las estructuras que posee. Estas quedan en primer plano, otras permanecen en un segundo plano y otras desaparecen de nuestra mirada. Cuando realizamos esta tarea, reconocemos y describimos subprocesos y/o subfunciones.

Pensar en terapias estratégicas es recordar a:

- la propuesta “original”²⁵⁶ de Milton Erickson²⁵⁷, que iniciaba su trabajo con aquello “propio y característico” de los consultantes (principio de utilización, que ya mencionáramos y que desarrollaremos en este capítulo)
- a Jay Haley, que tan bien aprendió las enseñanzas de Erickson, y las sistematizó en muchos de sus libros.
- a los investigadores del MRI, que se mantuvieron fieles a los propios desarrollos vinculados a la comunicación, incorporando las ideas estratégicas de Erickson.

256 Original, por las particulares características de su propuesta clínica. Caracterizada por su estratégica manera de pensar en las problemas y las soluciones, y por su perseverancia ineludible para lograrlas.

257 Milton Erickson, nace con algunas características “especiales”, es disléxico, es daltónico y con cierta sordera. Y a los 17 años contrae poliomielitis, la evolución de las secuelas hacen necesario que deba desplazarse en una silla de ruedas.

- a un grupo de discípulos de Milton Ericsson, como William O' Hanlon, Jeffrey Zeig, Ernest Rossi, Michael Yapko que con sus visitas a la Argentina y a Mendoza (sólo Zeig y Yapko) sembraron semillas “estratégicas” entre nosotros.
- a Hugo Hirsch y Ruth Casabianca, que han sobresalido entre los muchos que en nuestro país consideraron y desarrollaron los conceptos sistémicos y estratégicos, transmitiéndolos con su estilo personal.
- a las anteriores ediciones de este libro en las cuáles hemos intentado sistematizar “la mayor parte de los conceptos” de los autores mencionados.

Definición y alcances

Podemos definir la Terapia Estratégica como un modo manifiestamente directivo de hacer terapia, que responde a los principios de la cibernética. Los problemas familiares son vistos, por lo tanto, como la expresión de esquemas de esa organización que por alguna razón (por ejemplo: crisis no resueltas) se han transformado en disfuncionales. Lo más frecuente en la familia es que:

- Las fronteras generacionales sean difusas.
- Existan triángulos patológicos en la familia.
- Exista una confusión en las jerarquías entre los miembros de la familia.
- Surjan perturbaciones en el contexto del ciclo de vida familiar.

El terapeuta escucha la queja o primeras verbalizaciones de quienes vienen a la consulta, y siempre debe ofrecer algunas respuestas (verbales o analógicas) acerca de cuánto ha comprendido a quienes consultan. Todas aquellas propuestas que formule un terapeuta y que no encuentren una fina sintonía, que posibiliten el **consenso** entre quien consulta y el terapeuta deberán ser descartadas.

Por lo tanto sólo se deberán considerar como válidas, aquellas propuestas del terapeuta que pasan a formar parte del “libreto o guión” del o de los consultantes y que registramos porque son verbalizadas o actuadas naturalmente.

Los terapeutas seremos considerados veraces, creíbles cuando nuestras propuestas sean aceptadas y convalidadas por quienes han venido a la consulta. Es probable que uno de los miembros de la familia o de la pareja no admita algunas definiciones propuestas. El terapeuta no deberá descartar esa opción que le parece posible, ya que cuenta con el consenso de algunos miembros de la familia, pero deberá tener paciencia, no abandonar esa posible “construcción” hasta encontrar más elementos que le posibiliten volver a proponer su “teoría” (que resulta un nuevo libreto o guión para los consultantes) acerca de cómo se ha formado el problema y que resulte ampliamente aceptada. Si fracasa en su aceptación, deberá abandonarla y construir otras alternativas, *ya que de eso se trata la terapia.*

Nuestro trabajo consiste, por lo tanto, en co-construir la mayor cantidad de opciones posibles que posibiliten la resolución del problema planteado en la consulta. La tarea del terapeuta es ofrecer alternativas que permitan solucionar o resolver lo que preocupa y/u ocupa a nuestros consultantes.

Definido un **problema consensuado**, comenzamos a co-construir las **metas** (objetivo terapéutico mínimo a lograr), entendiendo que explícitamente debemos acordar dónde se desea llegar; cuáles son los beneficios que se desea obtener con la consulta (ya sea individual, de pareja o una terapia familiar) y cuáles son los cambios mínimos que permitirán a quienes consultan expresar su satisfacción. A continuación, comienza un proceso para el que el terapeuta diseña una estrategia que tiene por objeto alcanzar dichas metas.

Siguiendo los lineamientos propuestos por Casabianca y Hirsch²⁵⁸ y el modelo de trabajo del Centro Privado de Psicoterapias²⁵⁹, el terapeuta comienza escuchando las **quejas** (llamamos así a las primeras verbalizaciones) de quienes lo consultan, luego de indagar acerca de por qué consultan en ese preciso

258 Casabianca, R. y Hirsch, H. (2009). Cómo equivocarse menos en Terapia. Un modelo de registro para la terapia del MRI. Tercera edición.

259 Centro Privado de Psicoterapias S. R. L. Institución creada en Buenos Aires que ofrece una cobertura en Salud Mental para las Obras Sociales, en el marco de un sistema capitado.

momento²⁶⁰ y no en otra oportunidad en la que la situación descrita mostrara que era posible. Así, se comienza a co-construir un motivo de consulta que, como fue planteado, debe ser consensuado, explícitamente acordado. De la misma manera, se acuerdan o construyen las metas (que serán los logros a obtener) de la terapia y se comienza el trabajo sobre las soluciones posibles, para que en un proceso y con una estrategia adecuada sea posible alcanzar las metas acordadas.

Podemos establecer una analogía entre lo que llamamos “queja” y lo que los consultantes y/o el derivante llamarían “diagnóstico”. Ambos nos ofrecen una imagen que, de ser estática, indicaría que pensamos en términos estructurales; pero si es dinámica, descriptiva, nos sugeriría que estamos pensando en términos funcionales, lo cual nos permitirá planear interacciones alternativas que modifiquen la conducta. A éstas interacciones tendientes a modificar el comportamiento las llamamos **estrategias**.

Jay Haley sostiene que una terapia puede considerarse “estratégica” cuando el clínico **coconstruye** con quienes lo consultan desde el inicio del tratamiento y **diseña** con ellos un enfoque particular, una solución a la medida de cada problema. Los terapeutas influyen sobre el sistema interpersonal con el objeto de producir cambios positivos; hacen hincapié en la teoría del cambio y en los medios para inducirlo, de modo que, como el trabajo se realiza de manera conjunta, se disminuya la resistencia que pudieran tener quienes consultan, quienes pueden, además, sostener los cambios producidos, ya que se trata de un cambio “propio”.

El término “estratégico” se identifica con Jay Haley y Cloé Madanes, aunque dos personas deben ser consideradas como pioneras del desarrollo de esta modalidad de abordaje: Gregory Bateson y Milton Erickson. (Stanton, 1986)

Llamamos también **estrategia** a *una red de operaciones cognitivas del sistema terapéutico que tiene en cuenta los recursos disponibles del sistema consultante, evalúa los efectos de las acciones, anticipa las posibles consecuencias de las diversas alternativas y da lugar a la toma de decisiones que conducen al logro del objetivo terapéutico al menor costo*²⁶¹.

260 Nos informa de los aspectos particulares de la situación, que debemos diferenciar de los aspectos generales.

261 Salgado, M. Comunicación personal. Destacado terapeuta sistémico.

La propuesta de los terapeutas comunicacionales–estratégicos del M.R.I. se fundamenta en la consideración de “... *los síntomas como productos resultantes o concomitantes de intentos fallidos de cambiar una dificultad existente*”. (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

En cambio, para Duncan Stanton “los problemas individuales son vistos como manifestaciones de perturbaciones dentro de la familia. Un síntoma es una comunicación, tiene todas las cualidades de mensaje, define la relación entre dos o más personas y cumple una función dentro de la red interpersonal... El síntoma aparece cuando una persona se encuentra en una situación imposible y trata de zafar de ella” (Stanton, 1986).

El síntoma es visto como salida, como un intento de solución posible. Pero cuando no es exitoso, nos damos cuenta de que se transforma en una trampa, ya que el portador del síntoma se encuentra en el marco (dentro) de una secuencia interaccional con personas significativas (familia, amigos, compañeros de oficina, colegio) y le cuesta o no puede dejar de actuar manifestando su queja. Eso lleva a que las otras personas, que se defienden o justifican, mantengan sus conductas, lo cual crea un circuito cerrado que representa más de lo mismo para todos. El recorte de la realidad que sostiene la conducta de ese momento impide modificar la secuencia de interacciones sin recurrir al síntoma. Éste le resultar “útil” al portador, ya que con él logra mantener una interacción, aunque ello implique permanecer “enfermo”.

La Terapia Estratégica de Jay Haley

La influencia de Milton Erickson fue fundante, la misma se percibe desde que escribe “Terapia no convencional, la técnica psiquiátrica de Milton Erickson” y que retoma en “Terapia para resolver problemas” y que continúa con la excelente y más específica obra: “Terapia de ordalías”, en todas ellas la influencia es clara y manifiesta.

En su teoría la propuesta de Haley²⁶², representa “dominio, negociación, rituales y prescripción del síntoma”.

262 Bertrando, P. y Toffanelli, D. (2004) Historia de la terapia familiar Paidós. Barcelona.

Para que ese trabajo resulte posible²⁶³ propone cinco teorías a partir de las cuales se puede coconstruir un argumento básico para el diálogo, una escenografía o un telón de fondo para que los consultantes “visualicen” la cotidianidad de sus vidas, y represente un marco de referencia para la construcción de consenso con los consultantes. Tanto para definir el problema que los aflige, de una meta posible de ser alcanzada y de la solución esperada. Argumento o guión, escenarios claramente definidos, para que allí se desarrolle el proceso terapéutico.

Cinco son las Teorías sobre las cuáles será posible montar el guión y armar la escenografía:

- Teoría del ciclo vital
- Teoría de las jerarquías
- Teoría de los triángulos
- Teoría del síntoma como protección
- Teoría de la estabilidad

Desarrollemos cada una de ellas.

Teoría del ciclo vital

Como planteáramos anteriormente, las familias se vuelven disfuncionales cuando no pueden desarrollar nuevas reglas que resulten adaptativas al nuevo estado en que se encuentran. Se quedan estancadas en el período anterior, funcionando con las reglas de esa etapa, que obviamente no resultan ni adaptativas ni funcionales.

Conocer las características generales que debe satisfacer una familia cuando transita por una determinada etapa de la evolución del ciclo de la familia resulta una orientación de mucho valor para determinar la validez o no de las normas con las cuáles está funcionando. Es a partir de la visualización y

263 Haley, J. (1988) “La terapia estratégica”. En Elkain, M. Formaciones y prácticas en terapia familiar.

comprensión de la funcionalidad de las reglas con que opera la familia, que pueden pertenecer a la etapa previa vivida y que resultan consonantes con la queja, que el terapeuta puede elaborar, proponer y co-construir con quienes han venido a la consulta nuevas reglas o nuevos modos de funcionar, lo que instala normas consensuadas que hacen a un funcionamiento diferente por todos aceptado.

Teoría de las jerarquías

En el Capítulo sobre Teoría General de Sistemas quedó claramente establecido que los sistemas son estructural y funcionalmente jerarquizados. Jay Haley refiere que *no existe síntoma psiquiátrico sin una jerarquía confusa, ya sea una jerarquía invertida u otro problema*²⁶⁴. Cuando se esclarece y/o soluciona el nivel jerárquico de las personas involucradas en una interacción es posible que se resuelvan numerosos síntomas.

Todos los procesos terapéuticos requieren de la habilidad de quien la dirige. Uno de los requerimientos básicos pasa por manejar con habilidad y talento las jerarquías existentes en la familia que viene a la consulta. Cuando se solicita un turno, se deberá citar al grupo conviviente si es posible (*hoy en día empezar la terapia entrevistando a una sola persona es partir con desventaja*, en opinión de Jay Haley²⁶⁵).

Sea que asista una persona, una pareja o una familia a la consulta, de algún modo explícito e implícito se le reconoce y se le otorga al terapeuta una posición de jerarquía, de experto. Los terapeutas tenemos la responsabilidad de aceptarla y también de manejarla. *Se trata de una capacidad otorgada por los consultantes, que nos puede ser retirada cada vez que no damos muestra de cuánto y cómo comprendemos la circunstancia por la que pasan quiénes consultan. Cualquier fallo terapéutico genera una decepción, una desconfianza en el consultante.*

264 Haley, J. (1980). Terapia para resolver problemas, pág. 95.

265 Ibidem, pág. 14.

De allí, la necesidad de que las alianzas faciliten que el proceso prospere en la dirección que los consultantes desean. Por lo tanto, siempre se deberá promover el cambio deseado en la dirección elegida por la familia, co-construcción de la que hemos participado y creemos viable. Cuando el terapeuta maneja mal las jerarquías, se nota rápidamente en los resultados y si aún no se ha fracasado, se está al borde.

Teoría de los triángulos

Cuando las interacciones que definen la queja se piensan en un circuito integrado por tres o más personas, aparecen uno o más triángulos. Estas interacciones pueden ser reales (estar acá y ahora, en la sesión) o virtuales (se encuentran allá y entonces, en el pasado, pueden ser derivadas de situaciones reales, pero no actuales). Por lo tanto, los actores y las relaciones de nuestra escenografía se amplían y, por ende, las analogías posibles facilitarán que se mantengan o no ciertas conductas.

Desde esta perspectiva, el terapeuta puede abordar a quien consulta, ya sea un individuo aislado, una pareja o una familia. Lo puede hacer a partir de la persona más comprometida por su alto grado de motivación, o bien del miembro más periférico, cuando éste esboza la posibilidad o el deseo de incluirse. Las interacciones que implican la relación de tres personas tienen un mayor nivel de complejidad, pero también ofrecen mayor cantidad de alternativas para el cambio.

Se ha pensado que las unidades más productivas para trabajar en terapia son las de número impar. La razón es que permiten un número mayor de alternativas para realizar triángulos posibles. Así, cuatro personas representan dos diadas y tres triángulos posibles que siempre mantienen a una de ellas afuera; cinco personas pueden conformar seis triángulos posibles; mientras que seis personas posibilitan la visualización de nueve triangulaciones.

En el proceso terapéutico es muy importante considerar al Supervisor (si se trabaja en Cámara de Gessell) y al Terapeuta, que inevitablemente son miembros del sistema terapéutico, lo que abre un abanico de mayores alternativas y/o posibilidades.

Teoría del síntoma como protección

Surge de pensar que en el **problema**²⁶⁶, motivo por el cual se consulta, hay involucrada una intención (consciente o inconsciente) de cuidar, de proteger a alguna persona de la familia: es bueno, correcto pensar que el miembro sintomático “protege” a su familia o a alguno de sus miembros. Es conocido y aceptado que los miembros de una familia se cuidan, se protegen entre sí, hacen diversos sacrificios y algunas renunciaciones por otros miembros de la familia. Por ejemplo, una hija “ayuda” a su madre (mujer golpeada por su marido) presentando un síntoma (se desmaya, y de ese modo desactiva el circuito de la violencia); a su vez, la madre la atiende y la asiste cada vez más, con la posibilidad de que el padre se ponga más furioso por la dedicación de su esposa a su hija, cuando él cree que se trata de mañas.

Dado que los terapeutas nos ocupamos de asistir, ayudar y “proteger” (de otra forma) a quienes consultan, nos resulta difícil comprender que la conducta sintomática puede ser considerada la protección de un miembro hacia otro, ya que se genera una disfunción, un malestar general que se sostiene por un síntoma (para nosotros) que es entendido como una patología no vinculante (para la familia). Pero son muchas las ocasiones en las que alguien se enferma o se muestra mal como una forma de ayudar a otro.

La construcción (el síntoma como cuidado o protección) puede resultar incongruente en sí misma. Pero semejante “lealtad” es generalmente aceptada y para el terapeuta es una oportunidad que da pie para proponer una **redefinición** (ver el capítulo correspondiente a “Maniobras”) que, de ser aceptada, pone en evidencia el circuito en el que está instalado el síntoma y modifica la concepción que se tiene del problema y/o de las acciones que se llevan a cabo para solucionarlo, aunque sólo mantienen el problema.

Esta teoría es válida para la mayoría de las situaciones. Lo más importante es *que se trata de la mejor explicación, porque el terapeuta le ofrece a la familia y comparte, construye una visión altruista, generosa, positiva de ellos mismos. De alguna manera, el aporte resulta ineficaz, “muy sacrificado” y “tonto”*.

266 Definiremos los alcances del término “problema” más adelante.

A esta visión propuesta por el terapeuta muy pocos miembros de la familia logran resistirse, porque no se los critica, ni se los cuestiona (lo hacen solos en el momento de la autorreflexión, cuando se plantean: para qué me sirve, por eso “tonta”) sino que, como producto de una buena y elaborada co-construcción, los consultantes la hacen propia.

Teoría de la estabilidad o de la “homeostasis”²⁶⁷

La Teoría de la Homeostasis explica las razones por las cuales un problema se mantiene en el tiempo y cómo el sistema actúa para mantener dicha estabilidad, “cómo no cambiar a pesar de la necesidad”, o “cómo la existencia de un problema en el sistema contribuye a estabilizar muchas o todas las variables de ser modificadas”.

Esta Teoría resulta muy interesante desde el punto de vista de la investigación, ya que nos permite describir y entender, de manera circular, cómo se forma y cómo se mantiene un problema. Pero en muchas ocasiones no resulta accesible para entender los efectos prácticos de la terapia.

Dado que fomenta un pensamiento circular, *lo que se hace o se deja de hacer puede relacionarse con un otro imaginario o real*, y esto puede representar una dificultad porque es posible confundir una conducta dentro de un proceso circular con la *responsabilidad individual, personal* de haberla ejercido, ante un determinado acontecimiento que tiene a quien consulta como protagonista activo y responsable.

Es difícil hacer una terapia de pareja o de familia e impartir directivas cuando los consultantes pueden pensar y creer que ambos o todos son receptores (o generadores, en el caso opuesto) de la conducta del otro, lo que puede diluir la responsabilidad personal. Desde la teoría de la estabilidad u homeostasis debemos, por lo tanto, considerar este problema por medio de un *pensamiento doble*, debemos pensar de manera circular y simultáneamente en términos de la responsabilidad que se genera con la decisión individual que permite actuar o mantenerse pasivo.

267 Homeostasis es cambio relativamente constante (ver Glosario).

Un buen ejemplo de esto son las explicaciones que dan los golpeadores, los violentos, para justificar su conducta tan inadecuada como irresponsable. La “culpa” siempre es del otro que hizo lo necesario para “hacerse acreedor a un acto de justicia” por parte suya: “Mirá lo que me obligás que te haga”, le dijo el marido a su esposa mientras la asfixiaba apretándole el cuello.

Una de las razones que ha explicado algunos fracasos de la terapia individual durante muchos años es que es muy difícil cambiar a un grupo, a una familia que no participa de la terapia, ya que sólo se trabaja en el diálogo con una sola persona (el paciente identificado). Por ejemplo, un niño con su terapia no puede modificar un desacuerdo entre sus padres, o entre éstos y su familia extensa o de origen. Se debe, por lo tanto, “pensar en términos de organización, y la técnica debe aplicarse en el contexto de un problema organizativo” (Madanes, 1984).

La terapia comunicacional-estratégica del Mental Research Institute (MRI)

Como fue desarrollado en el Primer Capítulo, el abordaje comunicacional de la psicoterapia surgió de dos organizaciones interrelacionadas y no de una sola persona. Los límites de ambas organizaciones fueron difusos ya que Don Jackson y otros investigadores participaban en los dos proyectos. Se trataba del Hospital de Veteranos de Palo Alto y el M.R.I.

El M.R.I. (Mental Research Institute) fue creado en 1959 por Don Jackson, quien invitó a Virginia Satir a formar parte del grupo. A partir de 1962, se sumaron Jay Haley, John Weakland, Richard Fisch, Arthur Bodin, Carlos Sluzki, James Cayne y Lynn Segal, quienes trabajaron incansablemente en la investigación y desarrollo de las tareas de la Terapia Estratégica. Luego de fallecido Don Jackson en 1968, cuando sólo tenía 46 años de edad, la Dirección del prestigioso Centro ha estado en manos de John Elderkin Bell, Jules Riskin, Nicholas Cummings y Carlos Sluzki, entre otros.

Del trabajo de estas prestigiosas figuras surgieron obras que son clásicas, entre las que destacamos *Teoría de la Comunicación Humana*, de Wat-

zlawick, Beavin y Jackson; *Cambio*, de Watzlawick, Weakland y Fisch y *Tácticas para el Cambio*, de Fisch, Weakland y Segal, entre otros libros e infinidad de artículos.

En el libro *Cambio*, los autores desarrollan básicamente su teoría acerca de la formación y resolución de problemas. El libro comienza con un prefacio escrito por Milton Erickson, que en los párrafos iniciales refiere: “*Una psicoterapia es buscada en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro*” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

En la obra se dedican a comentar y valorar los conceptos de persistencia y cambio en las relaciones interpersonales. Investigan cómo surgen los problemas, cómo se mantienen o perpetúan y/o cómo se resuelven las situaciones cuando se deja de lado el sentido común y los comportamientos lógicos. La Terapia Estratégica proviene de la terapia de la comunicación, que se basa en los sistemas cibernéticos y en la teoría de la retroalimentación, y se relaciona estrechamente con la teoría de la información y la de los juegos. El acento terapéutico y diagnóstico se pone en el aspecto funcional de los síntomas de la familia y del individuo.

Los terapeutas comunicacionales–estratégicos reflexionan y se preguntan constantemente:

- *¿Cómo sirve el síntoma para mantener la homeostasis familiar?*
- *¿Cómo se deberá utilizar el síntoma para ayudar a la familia a dominar una crisis en el contexto del ciclo de vida familiar?*
- *¿Cómo y por qué la presencia de ese síntoma impide la resolución del problema?*
- *¿Cómo y para qué sirve la queja, el síntoma, para mantener la estabilidad?*

La queja y el síntoma pertenecen a un mismo circuito, pero representan un diferente punto de partida, por lo tanto, una diferente puntuación de las secuencias. Y ya que no es posible determinar la función o el significado de un síntoma en el nivel del individuo aislado, los problemas del paciente identificado deben ser comprendidos y modificados en el contexto del sistema familiar. Por lo tanto, las metas de los terapeutas estratégicos son:

- Modificación de las secuencias.
- Modificación de las reglas.
- Modificación del significado de la interacción familiar.

¿Cómo se forman los problemas?

(Más de lo mismo o cuando la solución es el problema)

En *Cambio*²⁶⁸, los investigadores de M.R.I. plantean que lo que promueve el cambio es la aparición de una desviación con respecto de alguna norma. Por ejemplo, cuando llega el invierno y comienza a descender la temperatura, las habitaciones deben ser caldeadas y se deben llevar ropas de abrigo a fin de permanecer a gusto. Si la temperatura desciende más aún, se precisa de más calefacción y más ropa de abrigo. Es decir, el **cambio** resulta necesario para restablecer la norma, tanto para la comodidad como para la propia supervivencia. El cambio deseado se verifica mediante la aplicación de lo contrario de lo que produjo la desviación: calor contra el frío. Si esta acción correctora resulta insuficiente, la aplicación de “*más de lo mismo*” da lugar al efecto deseado:



Este mecanismo se presenta en múltiples situaciones de la vida cotidiana y en muchos otros campos. Sin embargo, no es todo.

Si consideramos otras situaciones como el alcoholismo, que constituye un grave problema social, se han de establecer restricciones en cuanto a su consumo (prohibir la venta a los menores, limitar los horarios y los lugares en que se puede comprar); pero cuando no se puede eliminar el problema, lle-

268 Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

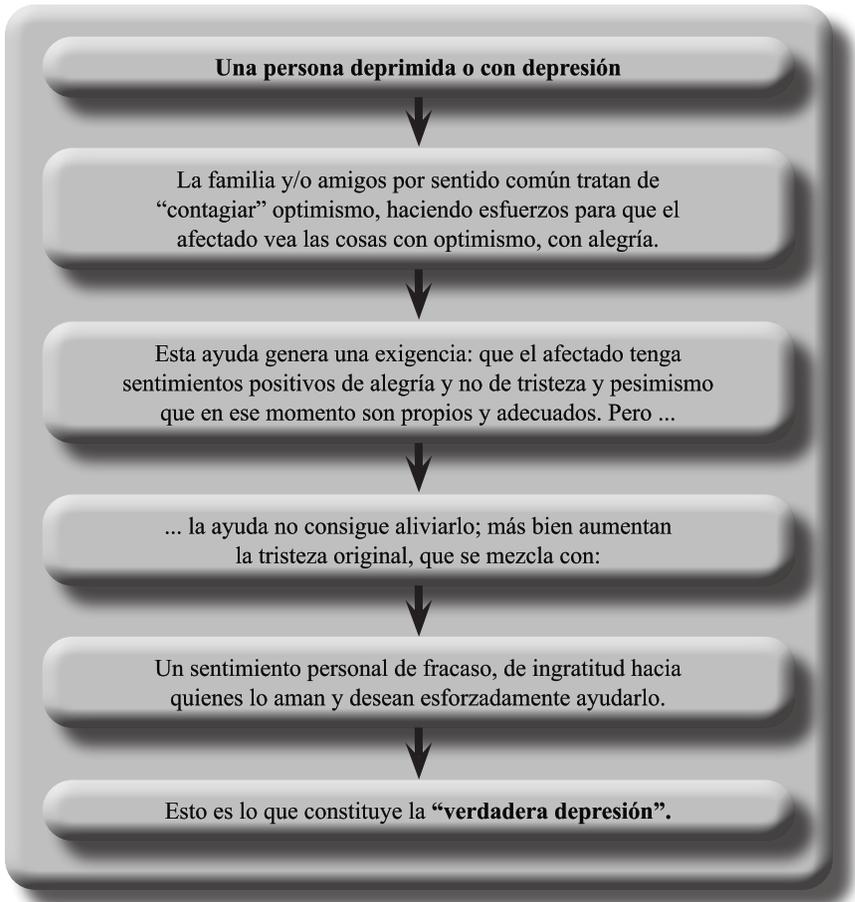
vados por el principio de “más de lo mismo” hasta las últimas consecuencias, se deberá prohibir. Mas la prohibición como solución a dicho mal, puede resultar peor que la enfermedad, ya que puede traer como consecuencia un aumento del alcoholismo, la instalación de industrias clandestinas para la fabricación de bebidas alcohólicas, la baja calidad de las mismas que acentúa los problemas de salud, como así también hacer necesaria una policía especial para combatir el contrabando de alcohol. En este ejemplo, el principio de “más de lo mismo” no produce el cambio deseado, sino, por el contrario, la “solución” contribuye en gran medida a aumentar el problema y de hecho se convierte eventualmente en el mayor de ambos males.

Esta situación la podemos apreciar también en relación con *la pornografía* y con el *hiato generacional*. En estos casos, la solución consistente en “más de los mismo” no es meramente el mayor de dos problemas, sino que *es el problema*, ya que sin solución proporcionada no existiría el problema.

La pornografía y el manejo que se ha hecho de ella es un buen ejemplo de cómo las soluciones propuestas se transforman en un problema mayor. Quienes hemos vivido la infancia y la adolescencia en las décadas de los años 50 y 60, en que no se permitían las imágenes de desnudos, eran los comentarios y la imaginación de los niños y los jóvenes lo que impedía o dificultaba poseer una idea de la anatomía normal de hombres y mujeres. Si, además, la educación tenía contenido religioso, se chocaba con que la fantasía y la creatividad eran consideradas pecado. Todas las ilustraciones, fotos y revistas con esas características eran “clandestinas y secretas”, o sólo se encontraban en los talleres mecánicos adonde los niños no íbamos. Niños y adolescentes no sólo estábamos mal informados, sino que comparados con los niños del 2000, éramos francamente torpes. En la actualidad, la anatomía de hombres y mujeres se exhibe en las tapas de las revistas, y además en el cine, la televisión, y más cotidianamente en Internet. Allí se muestra todo lo que hace cuatro décadas no teníamos permitido imaginar.

El hiato generacional y la toma de decisiones en la familia ha cambiado de manera significativa. En la misma época que la recientemente descrita, los padres tomaban decisiones, y los hijos, niños y/o adolescentes, acataban las mismas. En los últimos años, los padres proponen y comparten con sus hijos una gran cantidad de información y decisiones. Estas, realizadas de manera gradual, facilitan la organización jerárquica de la familia, y en términos de

los hijos, los entrena para funcionar en complementariedad inferior, obedecer, y posteriormente para tomar y sostener decisiones propias. La alteración de estos procesos genera y/o mantiene disfunciones en la familia.



En este cuadro ejemplificamos lo que sucede cuando alguien se deprime. También se hace visible el circuito interaccional y el circuito intrapsíquico mantenedores de la depresión.

La misma complicación puede visualizarse en la génesis de numerosos problemas humanos, en los que el sentido común indicaría que el modo de contrarrestar un hecho doloroso o perturbador pasa por introducir su contrario en

la situación. El ejemplo lo da una situación tan común y frecuente que vamos a exponer a modo de ilustración y que se presenta en muchos cuadros depresivos, pero que igualmente puede encontrarse en muchas otras situaciones²⁶⁹.

Esta forma de intentar resolver problemas es propia de quienes padecen **insomnio**. El sueño es un fenómeno natural, ocurre independientemente de nuestra voluntad. Por ello, el error de quien lo padece es el de intentar esforzarse para que dormir sea un acto voluntario. A partir de esto, se queda pendiente, concentrado en la dificultad de no poder lograr su objetivo, dormir. Se pueden agregar a esta tendencia de querer “dormir por decreto” otros recursos como el cumplir con ciertos “rituales o incisos agregados al decreto anterior”, relacionados con la dieta, horarios, actividades previas, ingestión o no de fármacos, que resultan factores mantenedores y/o agravantes del insomnio.

Los **celos** también se constituyen en comportamientos de tipo complementarios, ya que cada uno de los miembros de la pareja tiene un comportamiento adecuado a lo que considera como más apropiado a la conducta del otro. Pero en su definición de los comportamientos del otro, lo que decide y lleva a acción es su propia conducta, que generalmente confirma al segundo en la creencia que ya tiene y que lo llevó a comportarse de aquella manera. Es conocido el hecho de que una mujer espere ciertas atenciones que su cónyuge no le proporciona, como flores o bombones. Un día, el esposo se acuerda y lleva lo que ella tanto ha esperado, pero en vez de ponerse contenta sospecha lo que esta conducta galante puede significar. En la misma línea puede un esposo solicitarle a su esposa que use un tipo de lencería que ella no considera oportuna; pero cuando la mujer decide comprarla y usarla, el marido cree que su esposa está cortejando a su jefe o a un compañero de trabajo.

Lo que estos ejemplos tienen en común y desean mostrar es que, en determinadas circunstancias, pueden surgir problemas como mero resultado de un intento equivocado de cambiar una dificultad existente. Son todos intentos de realizar cambios que en tales circunstancias, o bien contribuyen a acentuar el problema, o bien constituyen en sí mismos el propio problema. Es necesario, entonces, distinguir entre los términos “*dificultades*” y “*problemas*”.

269 Ibidem.

Dificultades y problemas²⁷⁰

Las **dificultades** hacen referencia a un estado de cosas indeseables. Quien sufre este estado o quien se encuentra compartiendo dicho estado intenta resolverlo mediante algún acto de sentido común (por ejemplo, calor contra frío), para el cual no se precisan especiales capacidades para resolver problemas. También hacen referencia a una situación de la vida, indeseable, pero por lo general corriente, con respecto a la cual no existe solución conocida y que hay que saber conllevar durante cierto tiempo.

Las dificultades que las personas tenemos son muchas. Las investigaciones sostienen que las personas estamos ante una dificultad cada cinco o seis minutos, lo que equivale a decir que en una hora se nos presentan entre diez y doce dificultades. Y si trasladamos esto a las dificultades posibles a lo largo de un día, el resultado es entre ciento cincuenta y ciento ochenta, cifra que puede resultar alarmante si no consideramos que la mayor parte de las dificultades son generalmente bien resueltas.

Problemas

Afortunadamente, nuestra capacidad para resolver las dificultades es importante, y tal como definiremos a continuación, éstas, en su mayoría, no se transforman en un problema. Los problemas son *pensados, creados y mantenidos como la resultante de enfocar mal (concebir de manera equivocada el origen de la dificultad), o de actuar de una manera inadecuada en el intento de resolver las dificultades*. Llamamos, entonces, **PROBLEMA**, a la situación que resulta de querer resolver una dificultad con más de una solución intentada y fallida.

Cuando decimos “problemas”, hacemos referencia a situaciones que se “plantan” como callejones sin salida, *que no existen en la realidad, ya que la salida es por donde hemos entrado y sólo es necesario retroceder o andar en la*

270 Ibidem.

dirección opuesta. Puede tratarse o bien de situaciones que se presentan como insolubles, o bien de crisis, entre otras.

Las investigaciones realizadas en el M.R.I. definen tres modos de enfocar mal las dificultades²⁷¹:

1. Cuando intentamos una solución negando que un problema lo sea en realidad, razón por la cual no se actúa, no se pasa a la acción, se espera: *“es preciso actuar, pero no se emprende tal acción”*²⁷². A este mecanismo de formación de problemas se lo llama **Terrible simplificación**.
2. Cuando se intenta un cambio con el objeto de eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico resulta inmodificable o bien inexistente, porque aún no ha ocurrido: *“se emprende una acción cuando no se debería emprender”*²⁷³. A este mecanismo de formación de problemas se lo ha llamado Síndrome de utopía.
3. Es posible que se cometa un error de tipificación lógica y que se establezca un “juego sin fin” cuando se intenta un cambio en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior, o bien se intenta un cambio de segundo orden cuando resultaría adecuado un cambio de primer orden: *“la acción que es emprendida para resolver el problema se lleva a cabo en un nivel equivocado”*²⁷⁴. A este mecanismo se lo ha llamado **Paradoja** (este punto será ampliado en “Resolución de Problemas”).

Veamos cada una de ellas con mayor precisión.

271 Ibidem.

272 Ibidem.

273 Ibidem.

274 Ibidem.

Las terribles simplificaciones

Cuando se inicia una búsqueda de soluciones posibles para una dificultad actual, presente, en general se trata de una conducta que pone en evidencia que no se posee la convicción de que la dificultad, ahora problema, lo sea en realidad. Por lo tanto, la búsqueda se limita a pensar en posibles soluciones, con todas las posibilidades existentes, pero no se actúa, no se lleva a cabo ninguna acción tendiente a resolver dicha dificultad.

Aunque suene como poco probable, es el intento de solucionar situaciones difíciles como si se desconociera o se negara lo que resulta necesario llevar a cabo. Consiste en la ausencia de acciones generales o específicas tendientes a resolver el problema, mientras se mantiene la lucha en el campo de las ideas, con un pensamiento permanente acerca de lo que se debería hacer, pero sin acción. En el lenguaje corriente corresponde a la expresión “política del avestruz”, que esconde su pequeña cabeza, como si ello le posibilitara ocultar su enorme cuerpo.

En términos más abstractos, implica la siguiente fórmula: “no existe problema alguno y cualquiera que lo considere como tal, está loco o actuando de mala fe”; y esto, de hecho, es el único origen de cualquier dificultad que se admita. *“La negación de los problemas y los ataques a aquellos que los señalan van unidos”*²⁷⁵.

- Esta “mezcla de negación y ataque depende de groseras simplificaciones de la complejidad de la interacción en los sistemas sociales y en general, de nuestro mundo moderno, cambiante, interdependiente y altamente complejo”²⁷⁶. Las personas sabemos, conocemos el problema, como así también las consecuencias que puede traer aparejado el no hacerse cargo, pero la acción no aparece.
- Las investigaciones de estos autores han puesto en evidencia que los efectos interpersonales de negar problemas innegables (que en sí pueden ser por completo conscientes) son más serios y más lla-

275 Ibidem, pág. 61.

276 Ibidem.

mativos que los que pueden ser atribuidos al mecanismo de negación como defensa intrapsíquica²⁷⁷.

- Una de las razones principales para negar problemas, se debe a la necesidad de mantener una fachada social aceptable. Como resultado tenemos los “secretos a voces” en estas familias, así llamados porque todo el mundo los conoce y a pesar de ello, se supone que nadie sabe que toda la familia lo sabe (Ronald Laing, llama “colusión” a este proceso interaccional)²⁷⁸.

La situación se vuelve más difícil cuando además del problema se niega la existencia de la negación misma. El intento de aludir a la negación misma es una acción, de difícil reconocimiento, suele ser calificada como un producto de la maldad y/o de la locura de quien intenta develar el secreto. Por lo que en realidad se destaca en este tipo de terrible simplificación, es, que a menos que el sujeto haya aprendido la crucial habilidad de **ver**, pero al mismo tiempo ser muy cauteloso en lo que **dice ver**²⁷⁹.

Existen simplificaciones en muchos contextos sociales amplios. Pero la realidad muestra que no todas las simplificaciones son erróneas y también, que muchas veces las simplificaciones pueden conducir al cambio. Sí son erróneas (y es aquí cuando hablamos de “terribles simplificaciones”) cuando son propuestas para otras circunstancias que requieren, por lo tanto, otras soluciones. Es el caso, por ejemplo, de las crisis evolutivas, en las que los padres no alcanzan a comprender que los sencillos modos de manejar a su hijo cuando éste tenía ocho años no resultan ya adecuados cuando el hijo tiene dieciocho; y se crean, así, enormes problemas en el intento de que obedezca como lo hacía cuando era pequeño.

277 Ibidem, pág. 62.

278 Colusión: juego entre dos o más personas mediante el que se engañan a sí mismas, un juego que es el juego del autoengaño mutuo (ver Glosario).

279 Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

El síndrome de utopía

La enciclopedia Multimedia Salvat define **utopía** como “plan, proyecto, doctrina o sistema halagüeño o muy bueno y conveniente, pero irrealizable”. Los griegos, a su vez, llamaban **Utopía** a una isla que se encontraba en “ninguna parte, en ningún lugar”. De este modo, la expresión ha sido utilizada para describir y encuadrar a las personas que se comportan como eternos soñadores.

La posibilidad de “ver e intentar aplicar una solución” donde no hay ningún problema real representa lo opuesto a lo expresado para las terribles simplificaciones, recién descritas. Mucho se ha escrito sobre utopías, pero un poco menos sobre los resultados concretos, individuales y sociales de quienes tienen expectativas utópicas. El comportamiento resultante, al cual podemos designar como el **Síndrome de Utopía**, puede adoptar una de tres posibles formas²⁸⁰:

La primera puede designarse como “introyectiva”. Los objetivos son utópicos, pero la inasequibilidad de los mismos no es atribuida a su índole utópica, “sino que el sujeto le adjudica la culpa a su ineptitud: mi vida debería ser rica y grata, pero estoy viviendo en la banalidad y el aburrimiento (...). Todo esto tiene resultados más psiquiátricos que sociales: ya que el retraimiento y la depresión son consecuencias directas de tal estado de ánimo; con frecuencia hay abuso de alcohol o drogas, y las breves euforias que esto produce van seguidas por el retorno a una realidad aún más fría y más gris, retorno que hace más atractiva aún la huida existencial”²⁸¹.

La segunda variante del síndrome de utopía es mucho menos dramática, e incluso puede tener cierto encanto. Su lema puede estar representado por el conocido **aforismo** “es mejor viajar colmado de esperanzas que llegar a puerto”²⁸². En lugar de autoacusarse por ser incapaz de llevar a cabo un cambio utópico, el método elegido es relativamente inofensivo y está representado por una forma de dilación o demora más bien agradable. “El eterno estudiante, el perfeccionista, la persona que reiteradamente se las arregla para

280 ibidem.

281 Ibidem.

282 Ibidem.

fracasar al borde del éxito, son ejemplos de viajeros que no llegan nunca al término de su viaje”²⁸³.

“La Psicología de lo inalcanzable precisa que cada cumplimiento actual sea experimentado como una pérdida o una profanación (...). Para el amante romántico la conquista de la hermosa mujer es sólo un pálido reflejo de lo que eran sus sueños”²⁸⁴.

Esta forma de “utopismo” se vuelve problemática en la vida cotidiana cuando una persona espera que **llegar** a cumplir con sus objetivos que suponen la desaparición de sus problemas, por ejemplo, el casamiento como manera de partir de su hogar, ser padres como de afianzar una pareja en conflicto, jubilarse para no hacer “nada”, etc.

“La tercera variante del síndrome de utopía es esencialmente “proyectiva” y su ingrediente básico es una actitud moralista, rígida por parte del sujeto que está convencido de haber encontrado la verdad y con tal convicción, asume la responsabilidad de cambiar el mundo. Esto lo intenta primeramente mediante diversas formas de persuasión, y aquellos que no quieran aceptar la verdad o ni siquiera escucharla, actúan de mala fe y su destrucción en beneficio de la humanidad puede aparecer como justificada”²⁸⁵.

Es característico del síndrome de utopía que las premisas sobre las que se basan las concepciones de la vida y el mundo, sean consideradas como más reales, ciertas y verdaderas que la realidad. Y cuando el individuo intenta ordenar su mundo de acuerdo con tales premisas, y fracasa en su intento, no examinará de modo típico si la premisa contiene elementos absurdos o irreales, sino que le adjudicará la culpa, la responsabilidad a factores exteriores (la sociedad) o a su propia ineptitud. La idea de que la equivocación puede residir en las premisas es intolerable, ya que las mismas son la verdad, son la realidad y así es como ha elegido vivir, en un mundo idealizado, utópico.

Freddy Koffman²⁸⁶ relata que a principios del siglo pasado se descubrió en Australia la existencia del ornitorrinco, un animal de características muy par-

283 Ibidem.

284 Ibidem.

285 Ibidem.

286 Koffman, F. (2001). *Metamanagement. La nueva conciencia de los negocios.*

ticulares, ya que se trata de un mamífero, vivíparo por lo tanto, pero que tiene pico y plumas como las aves.

Cuando los biólogos quisieron ubicar al animal en la clasificación habitual y conocida, al no encontrarle un lugar pensaron que se trataba de un “monstruo de la naturaleza”, sin considerar que se trata de un animal que tiene en la tierra miles de años más que la clasificación en la que se lo quería incluir.

No dudaban de sí mismos, ni de la clasificación, tampoco creyeron haber descubierto un animal hasta ese momento desconocido, que modificaba la clasificación existente, y que a partir de ese momento sería necesario modificar.

Paradojas

El primer estudio sistemático de los efectos conductivos de la paradoja en las relaciones humanas fue llevado a cabo por un grupo investigador dirigido por el antropólogo Gregory Bateson²⁸⁷.

Su trabajo dio lugar a la postulación de la Teoría del Doble Vínculo de la esquizofrenia. El trabajo subsiguiente, sin embargo, indica que la esquizofrenia es tan sólo un caso especial en el que rige esta teoría, la cual, dependiendo de los parámetros básicos de una situación humana dada, es aplicable de manera general a otros tipos de comunicación alterada que incluyen patrones no psicóticos. De hecho, la creación inadvertida de la paradoja es un tercer modo muy típico de abordar erróneamente dificultades o cambios necesarios. En resumen, lo que se quiere significar al hablar de los efectos de la paradoja sobre el comportamiento en la comunicación humana son los peculiares callejones sin salida que se establecen cuando se intercambian mensajes estructurados precisamente como las paradojas clásicas en la lógica formal. Un buen ejemplo de un mensaje de este tipo es: “Sé espontáneo” o alguna variante²⁸⁸.

Es el dilema creado por una bien intencionada madre que quiere que su hijo realice lo que ella le pide, pero no porque ella se lo pida, sino espontáneamente, por su propia voluntad. Lo que la madre exige es: “*quiero que quieras*”

287 Ver Capítulo 1 “Historia de la Terapia familiar”.

288 Ibidem.

estudiar”. Esta circunstancia **exige** que el niño haga bien no sólo lo que tiene que hacer (estudiar), sino que debe hacerlo por motivación propia, gusto propio (estudiar porque lo quiere, lo desea). En otras numerosas oportunidades se le ha insistido en que ya es lo suficientemente grande para saber qué es lo que debe hacer, y por lo tanto:

- Puede resultar que se lo castigue (aunque sea con la desconfianza) por hacer lo que debe hacer (estudiar), porque no alcanzaremos a saber si lo hace porque obedece o porque así lo desea de manera personal.
- Es posible que el niño realice un “extraño número de acrobacia mental”, por la cual estudia aunque no lo desea, pero afirma que esa es su meta. O por el contrario no hace lo que más desea (estudiar) para no obedecer.
- Para la madre o el padre la situación resulta también insostenible. El modo en que intentan cambiar el comportamiento de su hijo hace imposible lo que desean realizar, con lo que quedan tan enredados como él en la paradójica situación.

Un caso similar, que se da frecuentemente en conflictos conyugales, es el de la esposa que desea que su marido muestre ciertos comportamientos (o el del esposo respecto a su esposa), pero solamente si él (o ella) lo desea realmente, ya que si se lo tiene que decir a él (o a ella) no vale la pena. La solicitud de una esposa a su cónyuge acerca de que no es atento con ella, de que nunca la sorprende con un obsequio, puede derivar en que, cuando éste cumple con las expectativas, la conducta sea descalificada por no considerarla “espontánea”, ya que nunca lo será después del pedido o queja ya formulados.

Si tomamos la expresión de Epiménides de Creta²⁸⁹ “*Todos los cretenses son mentirosos*”, podemos ver que, si es cierto que todos los cretenses son mentirosos, entonces Epiménides no dice la verdad, dado que es de Creta. Pero en tal caso es sincero cuando miente, y está mintiendo cuando es sincero. Así, *la paradoja surge debido a una confusión entre miembro y clase*. “La afirmación de Epiménides se refiere a todas sus afirmaciones y por lo tanto también

289 Apostilla con la que comienza el Capítulo de paradojas del libro Cambio.

a la afirmación citada, ya que esta última es tan sólo un miembro de la clase constituida por todas sus afirmaciones”²⁹⁰.

“La estructura de toda paradoja del tipo “*sé espontáneo*”, es análoga”²⁹¹. Si volvemos al ejemplo de la madre y el hijo, una parte del mensaje parece ser una **orden**: “sé”; por lo tanto, el comportamiento del hijo debe ser de obediencia. Pero el mensaje se completa con el pedido de ser espontáneo, hacer la suya, lo que él crea conveniente o adecuado. De este modo, si obedece no es espontáneo; si es espontáneo, no obedece.

La obediencia a una orden emanada del exterior es un comportamiento inaceptable, ya que dicho comportamiento ha de estar motivado desde el interior. *Pero esta orden básica “que comprende a todas las órdenes (a la clase de todas ellas) es en sí misma una orden, es un miembro de la clase y se aplica a sí misma”*²⁹².

“Epiménides, al igual que la madre, viola por tanto el axioma central de la teoría de los tipos lógicos, es decir, *que cuando comprende a toda colección (clase) no puede ser miembro de la colección. El resultado es una paradoja*”²⁹³.

Las paradojas del tipo “*sé espontáneo*” adquieren también relieve en el modo en que determinadas personas intentan superar dificultades sexuales, en problemas de insomnio o depresión entre otros.

290 Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

291 Ibidem.

292 Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio. La cursiva es nuestra.

293 Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio. La negrita es nuestra.

¿Cómo se resuelven los problemas?

Hemos hecho referencia al hecho de que la mayor parte de las dificultades que se presentan se resuelven de manera espontánea porque las personas hacen naturalmente lo que se debe hacer para la ocasión y de esta manera evitan que la dificultad se transforme en problema. Pero cuando no son exitosos, la *dificultad* se transformará en un *auténtico problema*.

- Los sistemas tienen dos maneras de cambiar:
- Llamamos “*cambio de primer orden*” cuando los parámetros individuales varían de manera continua y la estructura del sistema no se altera. Cuando el sistema cambia cualitativamente y de una manera discontinua, recibe el nombre de “*cambio de segundo orden*”.
- Este segundo tipo de cambio de los sistemas se produce con “*cam-bios en el conjunto de reglas que rigen su estructura u orden interno*” (Watzlawick, Weakland, y Fish, 1976). “El cambio de segundo orden es un cambio del cambio” (Stanton, 1986).

Para poder explicar cómo los investigadores del M.R.I. llegan con su propuesta de cómo resolver problemas, debemos describir y definir lo que entendemos como “Cambio uno o de Primer Orden” y “Cambio dos o de Segundo Orden”.

Para hacer posible su comprensión, recurrimos a los ejemplos que proponen los autores, que refieren que cuando una persona tiene **una pesadilla** puede hacer muchas cosas “dentro” de su sueño: puede correr, puede esconderse, puede luchar, gritar, trepar por un acantilado y hasta tirarse al vacío. Pero ningún cambio propuesto en el “sueño” podrá finalizar la pesadilla. Esta situación es así porque se trata de cambios intentados dentro de la misma estructura (el sueño), por eso se los llama “Cambio uno” o “Cambio de primer orden”.

El único modo de salir de dicha persecución en el sueño es cuando abandonamos el mismo y **despertamos**. El despertar, desde luego, no constituye ya una parte del sueño, sino que se trata de un cambio a un estado completamente distinto. “Esta clase de cambio se denomina Cambio dos o Cambio de segundo orden. Es decir que se trata de un cambio del cambio” (Asociación Argentina de Cibernética, Boletín de Divulgación).

En resumen

Los cambios de primer orden son las fluctuaciones menores de un estado a otro, dentro de límites de un comportamiento que ya están fijos.

Los cambios de segundo orden se relacionan con “refijar” las reglas de aquellos límites que habitualmente requieren una transformación.

Un ejemplo de fluctuaciones de primer orden en una familia sería el caso de una madre que sabe que puede servir cualquier alimento principal para la cena, mientras no sea pescado. O un niño que sabe que puede llegar a cualquier hora después de la escuela, siempre que no se exceda de las seis de la tarde.

Los cambios de segundo orden se aplican a cualquier situación en que la gama habitual de comportamientos ya no son o no resultan eficaces, por causa de acontecimientos transcurridos en un cambio exterior o interior del sistema mismo.

En *Cambio*, los autores nos ofrecen una metáfora de los dos tipos de cambio, citando la diferencia entre oprimir el acelerador y cambiar de velocidad al conducir un automóvil.

Los cambios de segundo orden forman parte de las crisis evolutivas normales, ya que la familia necesita un cambio *dos* que implica el desarrollo y ajuste a las nuevas reglas.

Watzlawick, Weakland y Fish estudiaron lo que llamaron el “cambio espontáneo”, es decir el modo de resolver problemas en los asuntos corrientes de la vida, sin ayuda de los conocimientos de expertos de teoría sofisticadas y con un esfuerzo concentrado. Para ello se relacionaron con camareros, detectives, neuróticos espontáneamente curados, vendedores, asesores de sociedades de crédito, maestros, pilotos de líneas aéreas, policías, estafadores y otros. Pero del trabajo con todos ellos no lograron resultados satisfactorios, y detectaron que ellos también habían realizado maniobras similares. Como resultado de lo investigado concluyeron:

- “El *cambio dos* es aplicado a aquello que dentro de la perspectiva del *cambio uno*, parece constituir una solución, debido a que dentro

de la perspectiva del *cambio dos*, “tal solución” se revela como la causa del problema que se intenta resolver”²⁹⁴.

- “Mientras que el *cambio uno* parece basarse siempre en el sentido común, (así, por ejemplo, en la receta de más de los mismo), el *cambio dos* aparece habitualmente como extraño, inesperado y desatinado; se trata de un elemento desconcertante, paradójico del proceso de cambio”²⁹⁵.
- “Aplicar técnicas de *cambio dos* a la “solución” significa que se aborda la situación en el “ahora y aquí”. Estas técnicas se aplican a los efectos y no a sus supuestas causas. La pregunta crucial es: ¿Qué? o ¿Para qué? y no ¿Por qué?”²⁹⁶.
- “La utilización de técnicas de *cambio dos* libera la situación de la trampa engendradora de paradojas creada por la autorreflexividad de la solución intentada, y coloca a la situación sobre una base diferente”²⁹⁷.

En psicoterapia, el mito de descubrir este “*por qué*” de las cosas, como condición previa para el cambio es la mejor manera de perpetuar la insatisfacción, que requerirá de otros por qué. La búsqueda de causas tan sólo puede conducir a más búsqueda: si el “insight” obtenido no es aún lo bastante profundo para dar lugar a un cambio, se intenta a través de la búsqueda de más “insight”.

294 Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

295 Ibidem.

296 Ibidem. Cambio. La cursiva es nuestra.

297 Ibidem.

Una leyenda

Cuenta la leyenda que hace muchos años, cuando una persona podía ser encarcelada por deudas, un comerciante de Londres tuvo la desgracia de endeudarse en una gran suma con un prestamista. A éste, que era viejo y feo, le gustaba la hermosa hija adolescente del comerciante. Le propuso un negocio: dijo que cancelaría la deuda a cambio de la mano de la hija del comerciante.

Tanto el comerciante como la hija se horrorizaron ante la propuesta. Entonces, el astuto prestamista propuso que la Providencia decidiera. Les dijo que pondría una piedra negra y otra blanca en una bolsa vacía y que la niña tendría que sacar una de las dos. Si sacaba la negra, se convertiría en su esposa y la deuda del padre quedaría cancelada. Si tomaba la blanca, permanecería con su padre y la deuda también se cancelaría. Pero si se negaba a extraer una piedra, el padre iría a la cárcel y ella moriría de hambre.

El comerciante aceptó de mala gana. Estaban en un camino cubierto de piedras en el jardín del comerciante, y mientras hablaban, el prestamista se agachó a recoger las dos piedras. Cuando lo hacía, la niña, con la vista aguzada por el temor, notó que tomaba dos piedras negras y las metía en la bolsa. Luego el hombre pidió a la muchacha que sacara la piedra que decidiría su destino y el de su padre.

Imagine que se encuentra en el sendero del jardín del comerciante. ¿Qué habría hecho usted si hubiera estado en el lugar de la desdichada niña? Si tuviera que aconsejarle, ¿qué le aconsejaría hacer? ¿Qué tipo de cambio propondría usted para resolver el problema?

Quienes piensan en un cambio de primer orden, por lo general no son muy útiles para la muchacha en esta situación, ya que en el análisis desde esa perspectiva, existirían tres posibilidades:

- La muchacha debe negarse a sacar la piedra.
- Debe mostrar que hay dos piedras negras en la bolsa y revelar la trampa del prestamista.
- Debe sacar una piedra negra y sacrificarse para salvar a su padre de la prisión.

Ninguna de estas sugerencias es de gran ayuda, pues si la niña no saca una piedra su padre va la cárcel, y si lo hace, tiene que casarse con el prestamista. Esta historia muestra la *diferencia entre el cambio de primer orden y el de segundo orden*. Por el *cambio de primer orden* se está preocupado por el hecho de que la muchacha debe extraer una piedra. El de *segundo orden* se preocupa por la piedra que queda.

El *cambio uno* adopta el punto de vista más razonable en una situación, y luego procede a examinarla lógicamente y cuidadosamente. El *cambio dos* tiende a investigar todas las distintas maneras de contemplar algo, más bien que aceptar la más promisorias y proceder a partir de ella.

La muchacha del cuento metió la mano en la bolsa y extrajo una piedra. Sin mirarla, la dejó caer como por torpeza al camino, donde inmediatamente se perdió entre las otras, mientras con disimulada pena expresaba:

“Qué torpeza de mi parte, *pero no se preocupen: si miramos dentro de la bolsa veremos el color de la piedra que quedó, así podremos saber que la que elegí tenía el otro color*”.

Dado que, por supuesto, la piedra que quedaba era negra, cabía suponer que había tomado la blanca, ya que el prestamista no se atrevería a admitir su deshonestidad. Así, al proponer un *cambio dos*, la muchacha convierte lo que parecía una situación imposible en otra sumamente ventajosa. En realidad, quedó en mejor posición que si el prestamista hubiera sido honesto y hubiera puesto una piedra negra y otra blanca en la bolsa, pues entonces habría tenido una sola posibilidad de salvarse. Ahora, tiene la seguridad de permanecer con su padre y al mismo tiempo, la de cancelar la deuda.

La propuesta de Casabianca y Hirsch

Los conceptos centrales de la terapia del M.R.I.

Con el objeto de avanzar en el desarrollo de la Terapia Estratégica, recurriremos al libro *Cómo equivocarse menos en terapia, un registro para el Modelo del M.R.I.*, en donde sus autores, Ruth Casabianca y Hugo Hirsch, proponen considerar los **conceptos centrales**²⁹⁸ de este modelo:

- Consideración de la conducta problema en el contexto
- Subsistemas de intervención o de impacto
- Capacidad para influir o Maniobrabilidad
- Supuesto de potencialidad no desarrollada
- Organización estratégica
- Tres niveles para la construcción y tres componentes en cada nivel.

Veamos cada uno de estos seis puntos.

Conducta problema en el contexto actual

En este modelo de abordaje, adquiere significativo valor todo cuanto sucede en el aquí y ahora en clara referencia a lo que el consultante trae como queja, y a lo que el paciente y/o los consultantes muestran en su interacción. La conducta definida como problema se mantiene por las acciones que todos los individuos de un sistema desarrollan en su intento por tratar de resolver lo que hemos definido como dificultad. Al fallar como soluciones intentadas, se transforma en problema, cuya expresión son los síntomas presentes.

Para ello debemos considerar:

298 Casabianca, R. y Hirsch, R. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo de M.R.I.*

- a. ¿Cuál es el circuito de interacciones que mantiene el síntoma por el cual se consulta?

Este circuito es un producto de las observaciones realizadas por el terapeuta, quien realiza una selección de datos, con los cuales realiza un recorte arbitrario acerca de lo que hace y/o deja (conductas) de hacer el portador de los síntomas y, también, lo que hace o deja de hacer cada una de las personas con las que mantiene relaciones significativas a lo largo de un tiempo significativo.

El terapeuta debe reconocer y diferenciar entre dos circuitos posibles. Uno interpersonal²⁹⁹ y otro intrapsíquico³⁰⁰, entre los cuales en la mayor parte de las ocasiones es posible encontrar semejanzas y, por lo tanto, pueden hacerse analogías. Cuando la atribución y los significados son coincidentes o solamente parecidos, es posible reconocer que los resultados sean equivalentes y por lo tanto, cada uno contribuye a funcionar como una pauta que sostiene el síntoma. Recién ejemplificados y anteriormente desarrollado en el capítulo 12.

- b. ¿Cuáles son las acciones llevadas a cabo por el paciente y/o los familiares para resolver aquello que los preocupa?

Estas conductas que pensamos y creemos representan intentos de solución, que pueden resultar eficaces y por lo tanto resuelven la dificultad; o bien pueden ser fallidas y dar origen al verdadero problema.

La suma de a) y b) es lo que llamamos el verdadero problema.

En función de mi experiencia, creo conveniente considerar e incluir otro ítem, que puede estar implícito en b), pero que resulta necesario explicitar:

- c. Conocer cuáles son las teorías o las creencias sobre las cuales se sustentan o se explican las conductas que mantiene el paciente y/o los miembros de la familia (consultantes), incluidas las soluciones

299 Fernández Moya, J. (2012). Después de la pérdida. Una propuesta terapéutica para el abordaje de los duelos.

300 Ibidem.

intentadas. Las teorías elaboradas nos van a precisar el modo de acción; mientras que la falta de ellas, los valores y las creencias sobre los que es preciso coconstruir.

Subsistema de intervención o impacto

Se llama así a la persona o al grupo de personas miembros de un sistema familiar que tiene mayor motivación o necesidad de que se produzca un cambio. Puede ser el propio paciente identificado, portador de un síntoma, o bien familiares que se sienten afectados por los signos y síntomas de un ser querido, reconocido implícita y explícitamente como el paciente identificado. Es válido en algunas ocasiones reconocer que los pacientes identificados pueden ser los integrantes de una pareja, o de una familia.

Es muy importante que quien hace el pedido de consulta, que además suele ser el que realiza el esfuerzo para concretar la consulta, sea incluido en el subsistema de impacto. En el mejor de los casos, el subsistema de impacto está formado por una persona que se define como “paciente identificado” y “consultante” al mismo tiempo. Otras veces, es un familiar, madre, padre o ambos que consultan por un niño o un adolescente; o hijos adultos que consultan por un padre anciano; o un esposo o esposa que lo hace por su cónyuge.

El modelo estratégico nos permite trabajar con el subsistema más afectado, más preocupado y que por lo tanto resulta ser *el más motivado para que el síntoma o la disfunción dejen de serlo*. Dicho de otra manera, para que cambie el estado en que se encuentran “las cosas”. Si recordamos la propiedad de los sistemas llamada “totalidad”, que establece que el cambio de uno de los subsistemas implica siempre y necesariamente un cambio en el resto del sistema, resulta oportuno recordar que los primeros terapeutas familiares surgieron de aquellos profesionales dedicados a la terapia de niños y/o adolescentes, que percibieron que los síntomas o problemas de sus pacientes se resolvían mejor y más rápido cuando podían contar con la ayuda y la colaboración de los padres.

Capacidad para influir

La posibilidad y la capacidad de poder influir del terapeuta consultado en quienes lo consultan es de significativa importancia para cualquier terapia y para cualquier prestación de la salud, ya que a través de ellas podrá definir un problema consensuado y propiciar el cambio necesario.

Se trata de un tema de significativa importancia y lo ampliaremos más adelante, cuando abordemos la *maniobrabilidad* y la *motivación*. Pero en este momento es importante destacar que *la capacidad de influir de los terapeutas es un poder otorgado por él o los consultantes*, que está estrechamente relacionado con conocer distintos aspectos:

¿Cómo se decide hacer la consulta?, ya que puede ser el resultado de una decisión propia; o puede haber sido motivada por una recomendación realizada por un amigo o un familiar cuando el consultante pidió algún tipo de ayuda; o puede ser una derivación sin mayores explicaciones hecha por un profesional.

Si resulta una elección personal, es importante conocer: ¿cómo fue la elección?, ¿de dónde obtuvo el nombre del profesional?, ¿por qué la realiza ahora?, ¿existe un factor que haya desencadenado la consulta?, ¿para qué consulta? (el sentido de lo que desea lograr).

Si fue una recomendación, ¿quién la hizo?, ¿en qué circunstancia?, ¿qué le recomendaron?

Si fue una derivación, ¿quién y cómo se produce la derivación?, ya que no es lo mismo que la recomiende un ex paciente que ha logrado superar el problema por el que consultó, a que sea realizada por un juez o un maestro como condición para obtener un beneficio, sobre todo si es legítimo y vital para quien debe someterse a la consulta, (visitar a los hijos cuya tenencia tiene el ex-cónyuge, o continuar con la escolaridad).

La capacidad de influir es un fenómeno interaccional que se aprecia como la posibilidad de ejercer poder (tomar decisiones). Este poder, esta atribución es *otorgada complementariamente* por los otros (subsistemas de impacto) en relación con quien debe ejercerla (el terapeuta).

Como ya planteáramos, esta motivación se puede incrementar con la “confirmación” que el terapeuta hace de la queja del consultante. Cuanto más confirmado, más comprendido se siente, menos “resistencia” manifiesta con respecto al cambio.

La motivación del consultante es la fuerza motora (producto e índice del deseo y la necesidad de cambiar que genera una perturbación existente o imaginaria) que los terapeutas debemos amplificar y/u orientar hacia la consecución del logro terapéutico.

Supuesto de potencialidad no desarrollada

Este supuesto tuvo como principal propulsor y defensor a Milton Erickson, cuya orientación naturalista le hacía pensar que todos los consultantes tenían capacidad para resolver sus síntomas y problemas, pero que era un “bloqueo” el que les impedía hacerlo y gozar de buena salud mental. La tarea del terapeuta consiste en crear en forma conjunta con el o los consultantes un contexto tal que permita a los pacientes lograr acceso a sus capacidades y recursos no usados hasta ahora.

Ejemplo tomado del libro *Raíces profundas*³⁰¹:

En cierta ocasión, Erickson trabajó con una mujer llamada “Ma”, que siempre había querido aprender a leer y a escribir pero que nunca había sido capaz de superar su bloqueo en estos temas. De joven no había tenido la oportunidad de adquirir estos conocimientos y a los 16 años decidió aprender. A los 20 años, se le ocurrió la idea de acoger a maestros como huéspedes y hacer que éstos le enseñaran a leer y a escribir. Durante los años siguientes, sus huéspedes y después sus hijos intentaron sin descanso enseñarle. En vano. Siempre que alguien intentaba explicarle cómo leer y escribir se asustaba y se quedaba en blanco.

A los 70 años, aún incapaz de leer, entró en contacto con Erickson. Él le prometió que leería y escribiría a los 3 meses y que no le pediría que hiciera nada que no supiera ya hacer. Ella se mostró escéptica, pero intrigada. En primer lugar, Erickson le dijo que tomara un lápiz. Le dijo que lo tomara de cualquier manera, tal y como haría un bebé. Después le pidió que hiciera al-

301 O' Hanlon, W (1989). *Raíces profundas*.

gunas rayas, unos garabatos cualesquiera, como un bebé incapaz de escribir. Podía hacer las líneas de arriba hacia abajo, horizontales o en diagonal. A continuación, debía dibujar algunas rosquillas, y luego las dos mitades de una rosquilla cuando se parte en dos. Después debía dibujar las dos partes de un tejado. Erickson siguió diciéndole que hiciera esas rayas y las practicara. Ella practicó, pese a que no veía su utilidad.

En la sesión siguiente, Erickson le dijo que la única diferencia entre una pila de madera y una casa, era que ésta estaba montada. Ella estuvo de acuerdo, aunque de nuevo no le veía el sentido.

Con la orientación de Erickson, unió aquellas rayas para construir todas las letras del alfabeto. Cuando terminó, Erickson le hizo ver que acababa de aprender a escribir todas las letras. Le dijo que hacer palabras era sólo cuestión de juntar letras. Tras hacerle unir las letras, le dijo que ahora sabía formar palabras. Erickson le hizo dar un nombre a ciertas palabras, ya que cada palabra tiene un nombre, de la misma forma que cada animal de la granja lo tiene. Gradualmente consiguió que ella escribiera una frase e hizo que nombrara todas sus palabras.

La frase decía: “Muévete, Ma, y pon algo de comer en la mesa”. Cuando ella la dijo en voz alta, se dio cuenta, de que *era como hablar* (su último marido había usado esa frase a menudo). El paso a la lectura se hizo fácilmente en un período de tres semanas.

Esto supone que el o los consultantes tienen conocimiento, capacidad e interés para lograr una modificación, pero necesitan de la presencia real o virtual del experto para definir:

- Un problema que sea solucionable.
- Una meta alcanzable en un plazo de tiempo (el menor posible).
- Una orientación o estímulo suficiente de la motivación para modificar los caminos intentados.

Otro ejemplo

Una maestra de primaria fue a la consulta porque ya no podía manejar la relación frustrante que mantenía con su hija de 15 años, estaba al límite. Explicó que las constantes coacciones y recordatorios, las charlas francas y las palabras no conseguían que su hija colaborara más en casa. Según su madre, la chica era auto-complaciente, desafiante e irrespetuosa.

Se hizo evidente que el único método que usaba esta mujer para manejar a su hija era verbalizar su desagrado. Aunque ocasionalmente variaba el volumen de la voz, no consideraba nunca otro tipo de disciplina. La madre pensaba que su hija debía tener más consideración con ella y obedecer por esa razón. Por desgracia, su hija no estaba de acuerdo.

Lo único que hizo falta para que esta mujer saliera de su atolladero, fue recordarle su trabajo con los alumnos. “Todos los maestros saben que los niños tienen diferentes formas de aprender”, le dijimos. “Algunos aprenden visualmente y otros aprenden de oído”. Ella participó en la conversación ofreciendo información adicional acerca de las formas de aprender preferidas por sus alumnos. “El método de enseñanza debe ajustarse al estilo de cada estudiante para que se produzca el aprendizaje”. Ella asintió con vehemencia. Le sugerimos que ella había considerado erróneamente a su hija como una alumna auditiva y debía reevaluar la verdadera forma de aprender de la chica. Una vez que hubo tenido acceso a sus abundantes habilidades, no tuvo ninguna dificultad para volverse más creativa y eficaz en sus respuestas a la hija. (O’Hanlon, 1990)

En los últimos años, hemos participado del auge que ha tomado el concepto de **resiliencia**, que se define como “*la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad*” (Henderson Grotberg, 2003)³⁰².

A su vez, Mariela Grimalt refiere: “Es un término que proviene del latín, su origen se remonta al verbo “resilio”, que significa *saltar hacia atrás, rebotar, repercutir*. Atendiendo a la última definición, se comprende que dentro de la psicología, la palabra da un giro en su significación, ya que además de la

302 Henderson Grotberg, E. (2003). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas.

resistencia, incorpora el aspecto dinámico que involucra a un individuo que sufre un trauma y se sobrepone; en otras palabras, continúa desarrollándose tras un *impasse*; se reconstruye”³⁰³.

Froma Walsh³⁰⁴ plantea un pasaje desde la resiliencia de las personas a la resiliencia de la familia: “el interés por la resiliencia se ha canalizado hacia las virtudes de los individuos que lograron derrotar la adversidad. Normalmente, esta resiliencia se atribuyó a rasgos de personalidad y estrategias de superación que posibilitan a un niño o adulto superar ciertas experiencias vitales afligentes”. Al mismo tiempo, reconoce que “se advierte cada vez más que la resiliencia es el fruto de una interacción entre lo innato y lo adquirido, pocos han pensado que la familia es una fuente potencial de resiliencia, o sea un *recurso*”.

Por lo tanto, la autora sugiere: “el foco puesto en la resiliencia familiar tiende a identificar y fomentar ciertos procesos fundamentales que permiten a las familias hacer frente con más eficacia a las crisis o estados persistentes de estrés, sean internos o externos a la familia, y emerger fortalecidos de ellos. Al consolidar la resiliencia familiar, robustecemos a la familia como unidad funcional y posibilitamos que inculque esa capacidad en todos sus miembros”. Para ello, es necesario sostener “una concepción sistémica de la resiliencia. En su conjunto, las investigaciones sobre los individuos resilientes han puesto el acento cada vez más en la importancia de una visión sistémica. En primer término, un hallazgo permanente de estos estudios es el de la significación que tienen las relaciones personales estrechas para cultivar la resiliencia. En segundo lugar, se ha mostrado que para dar cuenta de los procesos de mediación en el contexto social a los largo del tiempo es menester adoptar una visión ecológica y evolutiva. Estas múltiples influencias recursivas subrayan la necesidad de una evaluación sistémica en momentos de crisis, con el fin de:

- a. Identificar los recursos potenciales en materia de relaciones humanas existentes dentro y fuera del hogar, en la red de parentesco y la comunidad; y
- b. Atender a la confluencia temporal de las experiencias vividas en distintas etapas del ciclo vital y en sucesivas generaciones”.

303 Grimalt, M. (2004). *Mamás Adolescentes Vulnerables*.

304 Walsh, F. (1998). *El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío*.

Asimismo, Cristina Ravazzola³⁰⁵ sostiene que “el enfoque de las resiliencias permite pensar que, no obstante las adversidades sufridas por una persona, una familia, una comunidad, ésta tiene **potenciales capacidades** para desarrollarse y alcanzar niveles aceptables de salud y bienestar”, tal como propone Milton Erickson.

Organización estratégica

Denominamos así a una serie de conceptos y recursos que debe poseer y considerar el terapeuta cuando comienza el proceso conjunto con el sistema consultante y que posibilitará construir sobre bases firmes el sistema terapéutico, cuya meta será obtener el objetivo acordado. Esta congruencia entre terapeuta y consultante puede darse espontáneamente, o el terapeuta deberá estimularla en una etapa pre-estratégica.

Esta congruencia se debe dar en tres niveles y comprende el sistema consultante y el sistema consultor³⁰⁶. Ampliamos lo propuesto por los autores:

- El paciente y/o los consultantes, junto al terapeuta, deben tener la capacidad de definir o acotar problemas. La responsabilidad de la tarea siempre recae en el terapeuta.
- Se debe considerar un límite de tiempo para evaluar los resultados obtenidos. Éstos son los que se acordaron como meta mínima.
- Se deberá tener el convencimiento o posibilidad de convencerse de que será posible poder introducir cambios instrumentando nuevos caminos y soluciones.

O sea, se definen tres niveles en la interacción consultante-terapeuta y en cada uno de ellos se construye diferente. Así:

- Primer nivel: Co construcción del problema.

305 Ravazzola, M. (2001). “Resiliencias familiares”. En: Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas.

306 Casabianca, R. y Hirsch, R. (1989). Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo de M.R.I.

- Segundo nivel: Co construcción de la meta.
- Tercer nivel: Co construcción de las soluciones.

A su vez, los tres niveles se disparan a partir de tres componentes presentes en los miembros del sistema terapéutico, que se califican mutuamente:

- Componente cognitivo.
- Componente afectivo.
- Componentes conativo o de acción.

Primer nivel: Co-construcción del problema

El proceso se desarrolla desde una queja inicial que trae el consultante, e implica lo que él percibe que tiene que modificar (componente cognitivo), acompañado por un malestar profundo (componente afectivo) y una demanda específica de lo que está dispuesto a hacer o recibir (componente conativo).

A su vez, en el contacto con el terapeuta se modifica la queja de manera conjunta hasta convertirla en un “problema” o motivo de consulta (componente cognitivo), se trata de “lo que el terapeuta puede comprender desde su modelo o grilla, acompañado de un afecto más o menos profundo, de interés con relación al afecto del consultante (componente afectivo) y de un estímulo o tendencia a actuar en una dirección que encaja con la demanda del consultante (componente conativo). Un gráfico puede contribuir a visualizar lo planteado”.³⁰⁷

	Consultante	Terapeuta
Componente Cognitivo	Queja	Motivo de consulta
Componente Afectivo	Grado de perturbación	Disposición a influenciar
Componente Conativo	Tipo de demanda	Tipos de acción terapéutica

307 Ibidem.

Segundo nivel. Co-construcción de la meta

“En este nivel, el proceso se desarrolla desde el problema o motivo de consulta resultante de las interacciones previas, hacia un aspecto puntual del mismo que ambas partes acuerden como índice de evaluación del proceso terapéutico, en un tiempo acotado³⁰⁸. Están involucradas las variables que se relacionan con el tiempo y con las modificaciones mínimas en el estado del problema:

- *Componente cognitivo*: Se llama así a lo que el terapeuta y el consultante pueden percibir y acordar como leve mejoría, alcanzable en un plazo determinado.
- *Componente afectivo*: Implica que ambos se sientan satisfechos con su probable logro.
- *Componente conativo*: La meta mínima se convierte en directriz compartida por las acciones de ambos.

Tercer nivel. Co-construcción de nuevas soluciones

“La coconstrucción de las soluciones es un producto del trabajo realizado entre los miembros del sistema terapéutico (familia o quienes consultan más terapeuta). El subsistema de impacto, por ser el que mayor motivación posee, se transforma en el operador válido de las propuestas del terapeuta. Es responsabilidad de éste construir las propuestas, sean ideas, sentimientos y/o acciones, considerando las potencialidades y capacidades de quienes consultan”. En el encuentro con el terapeuta, éste debe ser capaz de desbloquear las acciones y trabajar desde las potencialidades, básicamente a través de tres caminos:

- Persuadiéndolo de realizar conductas diferentes (Componente conativo).

308 Ibidem.

- Incrementando la dificultad de resolución, de manera tal que el propio sistema consultante imagine, piense poner en acción otras alternativas (Componente cognitivo).
- Modificando la percepción misma del problema, en el sentido de la repercusión afectiva, y que en consecuencia, modifique las acciones tendientes a resolverlo (Componente afectivo).³⁰⁹

“Los índices evaluadores de la confirmación o modificación de la dirección de ese proceso necesitan referirse a las congruencias entre los componentes cognitivos, afectivos y conativos del consultante terapeuta en cada uno de los niveles de organización del proceso”³¹⁰.

La terapia es un proceso de modificación progresiva y económica de actitudes por parte del consultante y del terapeuta, donde cada uno de ellos es estímulo de cambio para el otro, con el foco puesto en el objetivo que representa un logro específico.

Lo más importante y también lo más difícil de poder transmitir es que las maniobras que explicaremos en un próximo capítulo se ponen en juego en estos momentos de **co construcción**. Ello implica lograr que los consultantes **vivan, sientan como propio** este proceso de coconstrucción. De esta forma, se evita toda o gran parte de la resistencia del o los consultantes, porque nadie puede actuar en contra de algo que considera o vive como propio, producto de su elaboración personal.

Los terapeutas debemos ver como positivos los cambios, y reflejarlo en nuestros dichos y en nuestras conductas acerca de que los logros obtenidos en el proceso terapéutico son mérito exclusivo de los consultantes. Creemos firmemente que resulta la única forma en que el resultado obtenido se mantenga como propio de quien consulta.

Nuestra explicación de cómo se lleva a cabo este proceso está separada en los distintos temas que desarrollaremos, pero en el proceso de coconstruir con los consultantes, todo se realiza en el mismo momento y allí radica la dificultad inicial. Pensemos en acciones complejas cotidianas como puede resultar el

309 Ibidem.

310 Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

manejar un vehículo: cuando consideramos cada una de las acciones por separado, parece fácil, al intentar coordinar todo en pequeñas fracciones de segundo, podemos creer también que semejante tarea nunca será posible, pero en general todos lo consiguen, unos mejor que otros.

Capacidad de influir o maniobrabilidad

Volvemos a considerar este tema tan importante, que anticipáramos en párrafos anteriores. Y lo haremos recordando que es conocido que siempre en mayor o menor grado “los pacientes, deliberadamente o no”³¹¹, se resisten a los intentos que realiza el terapeuta para llevar adelante el tratamiento por el camino más corto, más económico y más adecuado, ya que por distintas razones el paciente y/o el consultante coloca obstáculos (Fish, Weakland, Segal, 1984). Ante esta situación, un terapeuta necesita tener la mayor seguridad posible para llevar a cabo sus propuestas.

Se llama **maniobrabilidad o capacidad de maniobra del terapeuta** a la libertad de actuar según éste lo considere conveniente. Esto implica “*la posibilidad de emprender acciones dotadas de propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten*”³¹².

El control del proceso terapéutico es una responsabilidad absoluta del terapeuta y **nunca** deberá abdicar de la responsabilidad de mantenerlo, ya que si lo pierde, perjudica al paciente, al proceso y a sí mismo (Stanton, 1986).

La posibilidad de que un terapeuta mantenga la mayor maniobrabilidad, radica en **no olvidar nunca que el paciente y/o consultante lo necesita más a él que él al paciente**³¹³. Esta situación también debe estar clara para el consultante. Ante una marcada resistencia del consultante y/o paciente, el terapeuta deberá poner claramente de manifiesto esta situación, como una forma de recuperar y/o mantener el control del proceso terapéutico.

311 Fisch, R; Weakland, J. y Segal, L. (1984) La táctica del cambio.

312 Ibidem.

313 Hirsch, H. y Rosarios H. (1987). Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales.

El terapeuta puede **aumentar** su capacidad de maniobra teniendo en cuenta los siguientes aspectos³¹⁴:

Oportunidad y ritmo: para mantenerse o retirarse de la postura o estrategia que haya asumido cuando encuentre una resistencia del consultante y exista la posibilidad de perder credibilidad y maniobrabilidad.

Tomarse el tiempo necesario: para pensar y planificar la maniobra más adecuada, que dependerá del resultado. Terapia breve no debe significar que fue acortada por errores del terapeuta; y mucho menos que, por apresurada, no se respeta la naturalidad de los procesos.

Empleo del lenguaje en tiempo condicional, de forma tal que no se asuma una postura explícita antes de tener la información suficiente y de haber notado cuándo y qué postura quiere asumir el consultado.

El consultante debe ser siempre concreto y claro en sus respuestas. Esta exigencia debe mantenerla el terapeuta, ya que si el consultante fuera vago o difuso en sus comentarios, el terapeuta pierde maniobrabilidad a expensas del consultante y ello perjudica su propio tratamiento.

Actitud simétrica, de igual a igual por parte del terapeuta, ya que una posición complementaria superior intimida a los pacientes y puede impedir una buena entrega de información. Estos inconvenientes pueden darse porque los pacientes suponen que el terapeuta conoce la información dados sus conocimientos y experiencias, o bien no completan o confirman la información para no sentirse desvalorizados en una posición complementaria inferior. Una actitud igualitaria aumenta la capacidad de maniobra y quita obstáculos a aquellos pacientes que están dispuestos a colaborar. Nuestra capacidad para participar de las decisiones de los consultantes es una capacidad que ellos nos otorgan, por lo tanto siempre debe estar vigente este acto de *transmisión de poder*.

El terapeuta debe estar en condiciones de proponer sesiones individuales y/o conjuntas, según su criterio y según su estrategia. En general, el terapeuta trabajará con el subsistema de impacto para poder obtener el máximo

314 Fisch, R; Weakland, J. y Segal, L. (1984) La táctica del cambio.

de maniobrabilidad, ya que se requiere del máximo de motivación (Conceptos Centrales).

Pacientes difíciles. Existen dos clases de pacientes que resultan difíciles porque comprometen tanto la maniobrabilidad del terapeuta como el éxito del tratamiento:

1. Los pacientes que inician un tratamiento por coacción a partir de la derivación (recomendación, obligación) de un juez, una maestra o la escuela, el patrón, quienes proponen la consulta que los pacientes deben “aceptar” para no perder algún derecho o privilegio, como puede ser mantener la visita a sus hijos, el banco en la escuela o no repetir el grado, mantener el puesto de trabajo, etc. A este tipo de consultante se lo llama *comprador fingido*, ya que acepta el tratamiento condicionado por la circunstancia.
2. Los pacientes que tratan de imponer condiciones que resultan inaceptables para la terapia, a quienes se los llama *pacientes restrictivos* (Haley, 1980)

Consideremos qué se debería hacer con cada uno de ellos:

Con el “comprador fingido”

Estos pacientes llegan a la consulta básicamente “obligados o forzados” por otra persona o por las circunstancias. Frente a esto, el terapeuta puede utilizar determinadas tácticas que permitan que se inicie el tratamiento y que se logre un resultado final positivo:

- Puede negociar un nuevo contrato, brindándole al “comprador fingido” la oportunidad de trabajar sobre una dolencia diferente, que sea real, que sí está interesado en cambiar. Por ejemplo, un niño que es derivado por problemas de conducta en la escuela, pelea mucho con sus compañeros y dado que también lo hace con sus hermanos, el objetivo de la terapia se centra en este último problema. Así, la operación por analogía respecto del problema por el que fue derivado, posiblemente lo solucione.

- Trabajar con el afectado “real”, la víctima, quien es probable que sea la persona que haga el esfuerzo más apreciable para solucionar el problema.
- Lograr que el “comprador fingido” se decida de verdad a aceptar la propuesta terapéutica, en función de una redefinición aceptada.

Con el paciente restrictivo

Estos pacientes suelen intentar establecer condiciones terapéuticas para ellos más aceptables, como:

- Pedirle al terapeuta que forme parte de una conspiración de silencio contra otro miembro de la familia.
- Pretender restringir la libertad del terapeuta de entrevistarse con otros miembros de la familia.
- Intimidar o amenazar al terapeuta.

Esto se debe, en general, a creencias rígidas acerca de la condición terapéutica. El terapeuta debe mantener la maniobrabilidad y, por lo tanto, no debe caer en explicaciones exhaustivas, ni en tratar de convencer al consultante en el primero de los casos, porque seguramente el resultado será el mantenimiento de dichas creencias. Cuando el planteo se relaciona con algún secreto que se quiere mantener, es preferible no **escuchar nada** que luego no pueda usarse en el proceso terapéutico³¹⁵.

Ya hicimos mención a la libertad que debe mantener el terapeuta de entrevistarse con quien considere conveniente. Las intimidaciones del consultante al terapeuta nos deben hacer recordar que **siempre el consultante necesita más al terapeuta que éste a aquel**. Si ello no fuera posible, se debe renunciar al caso en cuestión, atribuyéndose toda la incapacidad para conducir una situación como esta.

315 Fernández Moya, J. (1998). Los secretos en la familia.

Motivación

Si la maniobrabilidad es un requisito que debe ser manejado y controlado por el terapeuta, un grado importante de motivación es la condición indispensable que debemos considerar de parte del consultante para el logro de su propio objetivo terapéutico.

La maniobrabilidad del terapeuta es **directamente proporcional** a la motivación del consultante. También debemos considerar que la motivación del consultante debe ser mayor que la del terapeuta, para que éste mantenga la mayor maniobrabilidad posible.

Hugo Hirsch dice: “Toda investigación actual en psicoterapia adjudica un papel protagónico al concepto de motivación, que se ha verificado que es el factor de mayor peso predictivo en cuanto al resultado del tratamiento, independientemente de la orientación de éste” y define *motivación* como “disposición a... Es decir, un estar dispuesto a realizar ciertas acciones tendientes a lograr algo que se busca o desea” (Hirsch y Rosarios, 1987).

A su vez, propone una distinción operativa y otra pragmática: *operativa* por ser útil en la labor cotidiana y *pragmática* porque debe referirse a los comportamientos concretos de los pacientes dentro y fuera de las sesiones. De este modo, la motivación “*es lo que permite que el terapeuta pueda registrar en cada instante las conductas del consultante y las propias para deducir de ellas lo que están dispuestos a hacer de allí en más*” (Hirsch y Rosarios, 1987).

En un sentido más estricto, podemos reconocer la calidad y la cantidad de motivación por lo que los consultantes refieren cuando solicitan una consulta o un tratamiento, que es corroborado por sus conductas, considerando la propiedad de los sistemas que denominados “totalidad o coherencia”. Además, como marca que los distingue, Hirsch y Piedrabuena proponen una lista de posibles “motivaciones” de los pacientes, que por ejemplo incluyen el estar dispuestos a³¹⁶:

- Lograr un alivio siempre que no haya que cambiar nada.
- Buscar un alivio a través de un cambio.

316 Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales.

- Buscar un alivio a través de la comprensión de las razones inconscientes que los llevaron a perseverar en su conducta.
- Hacer algo para que otro cambie.
- Conocerse.
- Hacer algo para que se les diga si tienen algún problema (consulta o psicodiagnóstico).
- Tener un terapeuta como símbolo de status o para ser iguales que los demás, o contar con alguien incondicional.
- Aliviarse de su síntoma con medicación.

Podríamos agregar que la consulta puede realizarse con el objeto de “buscar una confirmación de la concepción del problema, para demostrar que se es poseedor de la verdad o se tiene la razón en el marco de un conflicto interpersonal”. Se trata de una situación frecuente cuando se plantea ante las diferencias entre los miembros de una pareja, o bien en el marco de las diferencias entre dos generaciones (padres e hijos, por ejemplo).

Debemos considerar que la **motivación** puede variar en los distintos momentos del tratamiento, ya que puede aumentar o disminuir la intensidad, variar la calidad, o tomar una dirección diferente.

La motivación debe ser considerada como un *resultado o concepto interaccional* porque las acciones del terapeuta pueden de manera directa contribuir a aumentar o disminuir la disposición del consultante, razón por la cual la maniobrabilidad del terapeuta también puede cambiar, aumentar o disminuir, como ya dijéramos, en forma directamente proporcional a la motivación del consultante.

Algunas señales de la motivación del consultante en la solicitud de la consulta³¹⁷.

- Quién solicita el turno para la primera entrevista y a quién está destinada:
 - a sí mismo;
 - a otro adulto con el que se encuentra involucrado (generalmente el cónyuge);
 - a un hijo/a menor o adolescente;
 - a un anciano (el padre, la madre o los suegros).
- No tiene el mismo significado que una persona que solicita un turno lo realice pensando en su propia consulta, o que llame por otro que bien lo puede hacer. Es fácil pensar que se trata de una persona que posee algún interés personal (de algún modo lo preocupa, ocupa, afecta).
- Facilidad o dificultad para adecuarse al horario de la consulta. La adaptación al horario indicado es un claro indicador del interés del consultante; de donde resulta que este dato pasa a ser una forma de testear la motivación.
- La urgencia o no para la concertación del turno: una solicitud sin apuro revela falta de motivación.

Cuando quien se comunica se aviene a la hora propuesta y el día indicado, da muestras de la predisposición a realizar la consulta, si bien es necesario contemplar situaciones particulares, como los problemas de horario que puedan tener las personas que trabajan en relación de dependencia o las que necesitan recorrer distancias significativas.

- El tipo de solicitud o demanda que hace, ya que no es lo mismo decir “quiero empezar mi análisis con usted”, que decir “desearía hablar con usted, porque no sé que hacer con este chico”.

317 Ibidem.

*Una vez formalizada la consulta, son otros los indicadores que nos permitirán darnos cuenta de la motivación del consultante*³¹⁸.

- Primeras verbalizaciones, que actúan como tarjeta de presentación y nos pueden dar una pauta de la calidad de la motivación, del para qué de la misma, que puede ser la modificación de la propia conducta o la de otro.
- Puntualidad con que se presenta a la consulta.
- Cómo se produce esta consulta, a saber, por una decisión propia o por una sugerencia u orden externa; por una situación reciente o por una sucesión de episodios, de los cuales el último es considerado el más grave.
- Tiempo existente entre la derivación y la consulta, ya que no es lo mismo que el consultante diga: “Hace varios años que debería haber consultado” o “Hace varios meses que tengo su nombre en mi agenda pero no me decidía a llamar” a que diga: “el doctor me dio su nombre e inmediatamente lo llamé para esta entrevista”.
- La presentación de la queja al llegar a la primera consulta: el paciente puede hacer un planteo minucioso e histórico del motivo que lo trae, o bien no hablar de lo que le pasa sino de lo que otros hacen o dejan de hacer y de cómo esto lo perjudica. Las variables pueden ser numerosas.
- Los intentos versus los no intentos de participar activamente en la solución del problema que motivó la consulta y en este sentido, tres son las posibilidades:
 - No hizo nada.
 - Hizo.
 - Intentó seriamente, sin éxito.
- La cantidad y calidad de información útil, que se mide por la sintonía fina que se evidencia en las preguntas y/o intervenciones del terapeuta.

318 Ibidem.

- La motivación puede hacer que la coincidencia que se da en el diálogo sea plena o tan escasa que pareciera que el terapeuta debe extraer las ideas con algún método cruento, o bien que el terapeuta adivine las necesidades que trae el consultante porque, salvo una mínima información, el consultante no dice nada. Se debe distinguir a las personas bloqueadas y que momentáneamente no pueden dar información de las personas que no tienen motivación. No es lo mismo falta de interés o de motivación, que inhabilidad.
- Papel que parecen jugar los otros elementos significativos en relación con el problema, según la descripción del consultante.
- ¿Qué quiere lograr en la consulta o en la terapia? Esto da una idea de para qué está motivado el consultante.

Los consultantes vienen motivados por más de una cosa. El terapeuta DEBE reforzar algunas de estas disponibilidades en detrimento de otras. Debe aprovecharse de la existencia de estas alternativas y encontrar una pauta común, de forma tal que uno de los motivos refuerce el otro. De esta forma se hace posible el cambio, lo que lleva a aumentar la motivación del sistema terapéutico.

Señales o indicadores de la motivación del terapeuta

Si el motivo de consulta, la/s meta/s han sido correctas y el foco del proceso terapéutico se mantiene, la fluctuación de la motivación del terapeuta puede estar relacionar con:

- El marco teórico.
- La circunstancia personal.
- Las características del paciente o los consultantes, en particular³¹⁹.

Marco teórico: “Toda teoría prescribe la clase de actividades que el terapeuta y el consultante deberían realizar en el curso de la terapia, así como el

319 Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

objetivo de la misma. La mayoría de los consultantes puede trabajar con terapeutas de diferentes orientaciones, siempre que éstos sean compatibles con su propia visión de la naturaleza del problema y con lo que están dispuestos a hacer para solucionarlo”³²⁰.

En la medida en que se aproximen a los logros deseados, el consultante se va acercando cada vez más a la posición del terapeuta, adoptando la visión de éste respecto a lo que es más significativo. *Cuando consultante y terapeuta coinciden en la definición del problema, en la meta y en el o los procedimientos, la MOTIVACIÓN de ambos aumenta.*

Circunstancia personal: el momento del ciclo vital por el que transita el terapeuta (en lo personal y con su familia en el contexto amplio) lo predispone o determina en cuanto a su disponibilidad de tiempo en relación con lo que dedica y lo que se le reclama, las energías que requiere y de las que dispone frente a cada paciente. Por lo tanto, nunca debería generar una expectativa que no esté dispuesto a sostener, o le resulte imposible satisfacer.

Características de los pacientes en la experiencia de los terapeutas: Algunas características de los consultantes hacen que el terapeuta pueda tener menor o mayor predisposición para trabajar con ellos; de este modo, algunas de estas características lo motivarán y le facilitarán el trabajo, mientras que otras lo expondrán a que sus intervenciones parezcan tener poco criterio, resulten hostiles y/o sean valoradas como de rechazo.

Una reflexión: Cuando el terapeuta se percibe muy motivado, debe preguntarse hasta qué punto ésta es una respuesta apropiada a la motivación del paciente, o una señal de que está supliendo la falta de motivación de éste. Una cosa es estar motivado para trabajar y otra cosa es hacerlo por el paciente.

320 Ibidem.

Fluctuación de la motivación

Existe una relación inversa entre los conceptos de motivación y resistencia, tanto en el consultante como en el terapeuta. La mejor forma de medirla es en su aproximación al motivo de consulta pactado. Si el foco fue bien elegido, las disminuciones de la motivación sólo pueden provenir de³²¹:

- Cambios en la situación vital (circunstancias) del paciente.
- Motivación del terapeuta.
- Algo que el terapeuta hizo o dejó de hacer cuando debió haberlo hecho. (“Timing” apresurado en las redefiniciones, formulación de tareas no apropiadas, prescripciones apresuradas).

Maniobras para aumentar la motivación

El terapeuta debe partir de una posición básica, fundamento de toda su actividad; demostrar interés por su paciente y comprensión por todo lo que le pasa y cuenta que le pasa, pero ninguna disposición a ir más allá de donde éste explícita que quiere ir.

Algunas maneras de mostrar interés y comprensión que pueden ser tituladas como maniobras de “lo entiendo”³²² son:

- Escuchar un rato con expresión atenta y comenzar una intervención sintetizando lo que el paciente dijo para, a partir de allí, decir lo que el terapeuta ha pensado.
- A la inversa, interrumpirlo porque está ansioso y disperso y ayudarlo a enfocar el tema que lo preocupa.
- Comentar lo difícil que tal o cual situación o resolución debe haber sido para él.

321 Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

322 Ibidem.

Algunas formas de expresar la disposición a “*no remar por el paciente*”³²³ son:

- Pesimismo, como forma de hacer palanca para el cambio.
- Interrogar de manera tal que el paciente llegue a percibir las consecuencias de un no cambio, sin darse cuenta de que es el terapeuta quien lo lleva a ello. No se trata de decirle “si usted sigue haciendo esto le va a pasar tal o cual cosa”, sino de ir preguntándole qué cree él que pasaría.
- Terminar la sesión en un momento clave, creando la típica atmósfera de la tarea interesante inconclusa.
- Espaciar las sesiones. Generalmente, cuanto más difícil es obtener una sesión, más se la aprovecha, siempre y cuando no se piense que es por mala voluntad del terapeuta.

Es necesario recordar, sobre todo, que el interés del paciente aumenta o disminuye debido a lo que el terapeuta le puede decir durante la entrevista. El resultado después del primer contacto es de vital importancia y se relaciona de manera directa con la sensación de haber sido entendido y aceptado. Esta sensación del paciente depende no sólo de lo que le dicen, sino también de lo gestual. En muchas oportunidades, adelantarse en la silla o expresar asombro o interés con el rostro, aumenta la motivación del consultante. Algo que el terapeuta puede hacer para incrementar su propia motivación es considerar que aquellas conductas del paciente que en principio juzgaría como “resistentes”, son en verdad indicaciones para corregir su propio accionar. Si el consultante no sigue una indicación o no confirma de algún modo una interpretación, está indicando lo que no le sirve, y por ende, lo que sí le serviría.

En el capítulo de evaluación o diagnóstico proponíamos conocer ¿Cuáles son las características del consultante? En este capítulo, establecemos que conocidas dichas características deberemos explorar: ¿Cuál es la postura en la que se coloca quien consulta? Para así, poder bien utilizarla

323 Ibidem.

La utilización de la postura del paciente permite³²⁴:

Evitar resistencias: para evitar que se cree una innecesaria resistencia en el paciente, el terapeuta debe aceptar sus afirmaciones, reconocer los valores que posea y evitar los comentarios provocativos o desprovistos de credibilidad.

Estimular la colaboración del paciente³²⁵: las directrices, consideradas en sí mismas, son bastante sencillas:

- Cuál es la principal postura del cliente (actitud, opinión, motivación) con respecto al problema.
- Cómo conseguir del mejor modo posible, dejar reducida dicha postura a su valor mínimo o impulso esencial: la *queja* con la que se inicia toda consulta.
- Puesto que ya se clarifica lo que el cliente quiere para solucionar su problema: ¿Cómo formularlo de un modo coherente con dicha postura?
- En nuestro trabajo hicimos referencia a las nuevas organizaciones familiares, por lo tanto será importante reconocer la existencia de una **configuración familiar inusual**, dada por la repetición de ciertas pautas que sólo le pertenecen a esta familia, o que en ella se presentan de un modo peculiar; por ejemplo, cuando se producen muchos casamientos entre miembros de la familia, o bien cuando hay divorcios frecuentes en la misma.

¿Cuál es el sistema que se elige para trabajar?

Cuando se produce una consulta, el terapeuta debe seleccionar, quién o quiénes son las personas que debe incluir en el subsistema de impacto, para que su trabajo sea eficiente y eficaz.

324 Ibidem.

325 Ibidem.

Recordemos la diferencia entre paciente identificado y consultante/s. Y que la mejor situación, se da cuando aquel se encuentra entre éstos, es decir se encuentra motivado para el cambio.

En muchas instituciones, esta selección la realiza un miembro del personal administrativo, una telefonista, por ejemplo, que no conoce y no tendría por qué hacerlo, las razones por las cuales es más conveniente citar a un paciente que a una familia o a la familia en lugar de un paciente solo.

Si quien se comunica por teléfono refiere que se trata de un problema de pareja, ¿quiénes deben ser las personas que deberían concurrir? Para mayor y mejor información recordar lo expresado en el Capítulo 12.

Hugo Hirsch plantea: “El **sistema** es lo que el observador operador denomina como tal. Por lo tanto, es la unidad de abordaje conceptual y pragmática más adecuada. Está constituido por los miembros con los que el terapeuta puede operar en su máximo nivel de eficiencia. No se trata de la importancia de un miembro de la familia tanto como del modo en que el terapeuta pueda ver facilitada o entorpecida su intervención según incluya o no a esa persona”³²⁶.

El Terapeuta o Equipo Terapéutico considerarán cuáles son las características (esquema conceptual) que más se aproximan a lo que representa su definición de subsistema de impacto para cada caso en particular. Para ello elige:

- El número de personas que intervendrá en el encuentro terapéutico y quiénes harán que el encuentro terapéutico sea productivo.
- El aspecto de las relaciones sobre las que decidirá operar, el para qué se destaca sobre el por qué. No resulta más importante, pero nos orienta hacia los resultados; es una manera ética de dirigir nuestra conducta.
- *El cómo lo va a llevar a cabo.* Para ello irá chequeando sistemáticamente el “sistema” en el que el síntoma interactúa.

¿Para qué todas estas elecciones, estas consideraciones? Para que los cambios producidos en el sistema modifiquen la queja, la disfunción, el síntoma, que es solo un elemento más de la red de interacciones. Por lo tanto, debemos

326 Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

pensar que el mejor sistema para trabajar es aquel en el cual el síntoma adquiere su mayor o su mejor expresión.

Es útil pensar que este lugar lo ocupa la familia, pero también puede ser el *lugar de trabajo*, que con su gente es quien afecta inicialmente, mantiene o agrava un síntoma. Es fácil pensar que en esta situación no podremos recurrir a todos ellos como si fueran de la familia, pero seguramente apoyándonos en ella, podremos hacer una analogía acerca de cómo se resuelven los problemas en otros contextos.

La buena *elección del sistema* para trabajar es tan importante como la *teoría* sobre la cual nos apoyaremos para *co construir el problema, la meta y la solución*.

Desde el momento en que obtenemos la primera información, en lo hemos conocido como Preentrevista, y posteriormente al realizar la entrevista inicial o primera entrevista³²⁷, debemos dejar debidamente manifiesto la importancia que tiene para quien se preocupado por una situación o circunstancia personal, o bien por la conducta o los hábitos de otro/s con quienes convive, y al que lo liga una mayor o menor proximidad afectiva, con más o menos grado de involucración (por ejemplo, una abuela puede cuidar y por lo tanto criar durante buena parte del día a un nieto y vivir ciertas instancias que los padres no advierten o a las que no les dan la misma importancia o los mismos significados).

Desde nuestra experiencia podemos afirmar que, en general, las emociones, las ideas y las acciones de quienes consultan se muestran de manera genuina, ya que suelen estar a flor de piel en quienes asisten motivados, necesitados o desesperados por resolver aquello que los aqueja. Una primera consulta bien conducida facilita la expresión de buena parte de las vivencias.

327 Para una mayor información sobre este tema, es conveniente la lectura del capítulo “En qué condiciones basta con una entrevista”, en el libro *Estrategias psicoterapéuticas institucionales*, de Hugo Hirsch y Hugo Rosarios, en el que Hirsch, Giterman y Crispo investigan las razones por las cuales “muchos consultantes se daban por conformes con la mejoría obtenida en una única entrevista y quisimos averiguar cuándo, cómo, con quién y gracias a qué pasaba esto”.

En su libro *Terapia para resolver problemas*, Jay Haley (1980) propone algunas etapas por las que debería atravesar una primera entrevista para que el proceso resulte completo. Ellas son:

- Etapa social.
- Etapa de planteo del problema.
- Etapa de las interacciones de los consultantes.
- Etapa en la cual se definen de los cambios deseados.
- Etapa de cierre.
- Y basados en nuestra experiencia nos parece importante incluir una etapa más:
- Etapa de las conclusiones.

Para R. Fish y colaboradores (1984), el objetivo principal de esta primera entrevista consiste en la recolección de una **completa y adecuada** información sobre los factores que resultan esenciales para comprender cómo funciona el sistema consultante. Para ello, deberemos recabar información sobre:

- La naturaleza de la enfermedad o problema.
- ¿Cómo se está intentando solucionar dicho problema?
- ¿Cuáles son los objetivos mínimos del consultante?
- ¿Cuál es la actitud y lenguaje del mismo?
- ¿Cuáles son los valores, las creencias y la cultura del/los consultante/s y/o del paciente?

Cuando decimos **información completa y adecuada**, nos referimos a información *clara, explícita y que se manifieste en términos de conductas*, es decir, qué hacen y qué dicen los individuos concretamente cuando se presenta el problema y cuándo intentan solucionarlo.

- Para obtener dicha información, no concedemos exagerada importancia a la historia del problema. Nos interesa mucho más conocer cuál es el problema que lo trae y por qué ahora. Con esta intención, organizamos preguntas claras y breves que abarquen todos los elementos intervinientes en la dolencia actual:

- Nos interesa saber **quién** es el portador de el/los síntoma/s y/o **sobre quién/es** recaen las consecuencias que trae aparejado el síntoma y/o los problemas.
- También indagar acerca de **qué**; para conocer qué hecho o situación es más relevante y/o causa mayor deseo de solución.
- Al preguntar **a quién**, deseamos conocer sobre quién o quiénes recaen las consecuencias del síntoma, o sea **a quién/es** afectan principalmente las conductas atípicas.
- Al preguntar acerca de **dónde**, deseamos conocer el lugar en el cual se presenta o no el síntoma.
- La intervención acerca de **cómo** se produce el síntoma puede resultar decisiva al menos en tres situaciones:
- Cuando el problema declarado no parece ser más que una cuestión secundaria, y necesitamos obtener una mayor precisión acerca de cómo algo accesorio preocupa de esa forma.
- Cuando los pacientes plantean ciertas dificultades que pueden ser graves, como cuando está en riesgo la salud o la vida; en cambio otras personas considerarían las mismas vicisitudes como posibles de modificar (distinguir entre grave y serio, importante, etc.).
- Cuando el problema no incumbe al terapeuta.

Establecíamos en el capítulo sobre *evaluación o diagnóstico* que:

- Preguntar qué es lo que están haciendo para solucionar o soportar el problema, la pregunta se dirige a todas y cada una de las personas que están relacionadas con él, captar la información adecuada, es un **arte** que en la mayoría de los casos requiere estrategias específicas. El chequeo pertinente y eficaz facilita los resultados exitosos del proceso terapéutico y promueve un final feliz.

Al presentarse la familia a la primera sesión, la entrevista recorre las etapas siguientes:

- **En la Etapa social** se saluda a la familia, cada uno dice su nombre, su ocupación, es decir, se presenta. Siempre debe procurarse la

comodidad y obtener de **cada uno**, por lo menos, una respuesta “social”.

- **En la Etapa del planteo del problema**, a la que también podemos llamar **momento de la “queja”**, se pregunta acerca del problema que los preocupa y que ha motivado la consulta. Esta etapa presenta dos aspectos:
 - El modo en que el terapeuta la formula.
 - A qué miembro de la familia va dirigida la pregunta.

Cuanto más general y ambigua sea la pregunta, tanto más campo se dará a los miembros de la familia para exponer sus puntos de vista o simplemente su “*queja*”. Mientras la familia describe su problema, el terapeuta *acepta* simplemente lo que dicen, aunque puede preguntar sobre algún punto que le parezca confuso.

El terapeuta, en esta etapa, no brindará consejos, no preguntará a nadie cómo se siente con respecto a algo; mientras escucha, alienta a hablar. Todos deben tener oportunidad de manifestarse. El terapeuta debe amoldarse al *ritmo* (tiempos) de la familia que recién está conociendo, y lo que aprende de ella debe ponerlo a prueba, para determinar con precisión si las cosas resultan como él las cree.

- **La etapa de interacción:** consiste en lograr que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema, sobre los intentos de solución de cada uno y sobre las teorías que tienen acerca del problema. En estas interacciones, el terapeuta deja de ser el centro de la conversación y promueve el debate.

La familia cuenta cuál es el problema y en su relato muestra las ideas principales acerca del origen y/o los motivos y/o las causas que lo generaron y/o **mantienen**. Comprender cuáles son las conductas que mantienen la disfunción posibilita comprender los circuitos de interacción que sostiene la disfunción, aún cuando se piensen como modos de resolución.

Si fuera posible, debemos privilegiar las conductas sobre las palabras, para lo cual solicitamos que se repita, aquí y ahora (en sesión) la conducta sintomática de manera que la familia muestre cómo reacciona ante esta circunstancia, cuáles son las propuestas para

su resolución. Mientras tanto, los terapeutas observamos cómo se conducen los integrantes entre sí, qué tipo de secuencias familiares se producen y procuramos que todos sean descriptivos de las conductas de la familia.

- **Definición de los cambios deseados:** en este momento de la entrevista es importante obtener del grupo una verbalización clara de los cambios que desean alcanzar mediante la terapia.

Es el punto de partida para fijar las metas del proceso terapéutico que deben quedar acordadas de manera consensuada. Los problemas a resolver deben ser algo observable, mensurable, que permita definir y chequear la influencia que el proceso ejerce en los consultantes. Cuando el contrato es confuso, también lo será la evaluación de los resultados.

Las etapas mencionadas pertenecen a lo que hemos denominado **Organización estratégica**, al desarrollar los conceptos centrales propuestos por Casabianca y Hirsch (1989).

- **Conclusión de la entrevista:** Un terapeuta **no** debería concluir la primera entrevista sin realizar una síntesis que le permita a los consultantes entender, vivenciar cuánto y cómo ha/n sido comprendidos en su “dolor” (nivel emocional), en su preocupación (nivel cognitivo) y en cuanto a las acciones que deben llevar a cabo o dejar de hacer (nivel conativo). Todo lo planteado, y aún lo que no ha quedado debidamente expresado y aclarado, deberá ser mencionado de manera tal que quede expresado.

Posteriormente, se concluye con la concertación de una nueva cita. También es factible dar una tarea por la que la familia queda ligada al terapeuta entre las sesiones.

- **Evaluación del terapeuta:** Repasando las notas realizadas, escuchando el audio y observando la videocinta, consideramos si nos hemos conducido adecuadamente o no por las etapas aquí esbozadas, y formulamos interrogantes acerca de las intervenciones y el enfoque terapéutico. También podemos hacer un registro de las posibles repercusiones que tendrán nuestras intervenciones. Esta investigación inicial puede presentar inconvenientes:

- Cuando se investiga, acerca de cuál es el problema, algunas personas pueden ofrecer respuestas claras y directas, pero otras brindan respuestas confusas, imprecisas, se escapan por la tangente, ofrecen interpretaciones y no las descripciones de la conducta. En tales casos, el terapeuta investigará persistentemente y tratará de ofrecer una explicación que lo haga a él responsable de no comprender bien las cosas.
- Cuando investigamos acerca de los objetivos mínimos del tratamiento, generalmente, obtenemos más datos acerca de lo que los clientes no quieren lograr, ya que a la gente le cuesta plantear las cosas en términos positivos. Las respuestas son vagas, dubitativas o generalizadoras dado que vemos con más claridad lo que no deseamos que lo que queremos en realidad.
- La pregunta “Si llegase a producirse un cambio, ¿qué es lo que usted consideraría como primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo, aunque sea pequeño?” permitirá, en un buen porcentaje de casos, obtener una respuesta pertinente. También el esbozo de guión teatral puede tener buenos resultados: “Piense que estoy filmando una escena representativa del problema: ¿qué imágenes y qué diálogos recogería la cámara?” En este caso, los terapeutas podrían representar a los “actores” y el cliente al “director de escena”. Este procedimiento ahorra tiempo con los clientes cuyas descripciones verbales son poco claras.
- En muchas ocasiones, algunos consultantes voluntaria o involuntariamente pueden impedir que se realice todo el proceso de recolección de información. Entre los “saboteadores activos” se encuentran los esquizofrénicos que dicen cosas sin sentido, y los niños que gritan o son difíciles por otros motivos.
- Los “saboteadores pasivos” se limitan a indicar que se hallan demasiado inseguros o demasiado invadidos emocionalmente como para contestar muchas cosas; algunos, inclusive, llegan a enmudecer.

- Una de las maneras de afrontar estas situaciones es dejar de lado al individuo que no participa, y trabajar con el resto de los miembros que se encuentra preocupado por el problema. En otros casos, el terapeuta podría manifestar aún más vaguedad y confusión que el cliente, o por el contrario, afirmar que conoce en qué consiste el problema y a continuación señalar algo que a su criterio, no tenga nada que ver con lo que plantea el cliente, de manera de lograr su participación, aunque sea para discutir la opinión equivocada del terapeuta.
- Las familias resistentes requieren de directivas específicas (ver Maniobras Generales de Comienzo) tendientes a su “captación” en la terapia. Son movimientos estratégicos iniciales (desde la solicitud de la consulta), tendientes a cambiar el sentido del síntoma.
- Tales movimientos reducen la resistencia al tratamiento y le permiten al terapeuta hacer un control de la familia para iniciar la terapia.

Los casos difíciles o resistentes al tratamiento

Considerando la alta frecuencia con que se presentan pacientes y/o consultantes que son “resistentes” al tratamiento que “desean realizar, o se les ha indicado llevar a cabo”, es recomendable detectar, reconocer algunas señales que adviertan lo antes posible lo que pudiera suceder.

“Por lo general, pensamos en los pacientes difíciles retrospectivamente, cuando las cosas no avanzan y el tratamiento se complica. Sería mejor poder identificarlos antes. Lo que interesa es poder determinar cuáles características de los pacientes y cuáles características de los terapeutas contribuyen al desarrollo de una buena alianza terapéutica y de qué manera esto influye en el resultado del proceso terapéutico”³²⁸.

328 Hirsch y Fernández Álvarez. Curso dictado sobre Novedades en el tratamiento de familias difíciles.

Hirsch y Fernández Álvarez citan a Larry Beuttler, quien determina algunas de las características que hacen que un paciente sea difícil:

- Tener muy bajos recursos. La cantidad de recursos con que cuenta un paciente es casi más importante que la cantidad de síntomas que exhibe.
- Quienes abusan de sustancias están en estas condiciones porque resulta difícil que dejen de consumir y porque tienen muy baja motivación.
- Tienen muy poca capacidad para tolerar el estrés.
- Estilo de afrontamiento: El paciente puede tener un estilo externalizador, impulsivo, o bien un estilo internalizador, constreñido y autocrítico.
- Tipo o rasgos de resistencia. Conocer el grado en que el paciente puede ser cooperativo es de suma importancia.
- Grado de impedimento del paciente, que se relacionan con las características del problema y la cantidad de recursos que tiene el paciente a su disposición.
- Grado de malestar (distress). Se trata del nivel de ansiedad o distress, que es una característica del momento.

Creemos de suma utilidad realizar algunos comentarios antes de abordar las diferentes etapas de una primera entrevista.

- **La llamada telefónica inicial:** mientras conocemos los datos que hacen a la información mínima, es conveniente esbozar un genograma de la familia conviviente, además de obtener una reseña de la historia del síntoma y evaluar el número de terapeutas que deberá intervenir con una familia difícil, considerando que la fuerza terapéutica **hacia** el cambio igualará o superará a la fuerza de la familia **hacia** la estabilidad o no cambio.
- **Evaluación del contexto de la derivación:** es muy importante considerar en qué circunstancias se realiza la derivación, para qué ha sido derivada, quién propuso la misma, cuáles son las razones expresadas por el derivante para realizarla, cuáles son las razones

del consultante que lo llevan a aceptar la derivación, si transcurrió mucho tiempo entre la derivación y la consulta, por qué la realiza ahora, claridad de razones o motivos versus ambigüedad y sensación de rechazo (como si se quisiera sacar de encima la situación de consulta). Cada una de estas alternativas requerirá de algunas consideraciones del terapeuta y de un trabajo previo.

Es importante considerar si quien llama lo hace porque desea ayuda para sí mismo, o porque es otra persona la que desea que busque dicha ayuda (motivación propia o de otro).

- **Evaluación de la resistencia:** siempre debe ser considerada. La misma puede ir acompañada de escasa o muy baja motivación, otras veces coincide con una marcada ansiedad. Si esta es superior a la resistencia, se la debe considerar para apoyarse en ella. La resistencia debe ser siempre valorada para trabajar en su sentido y nunca en contra.
- **¿Qué miembros de la familia son “invitados” a la primera sesión?** Tal como fue planteado anteriormente, deberían asistir quienes poseen un alto grado de motivación. Por los datos obtenidos en la pre-entrevista, deberemos valorar quiénes son los que tienen las mayores posibilidades de lograr un cambio. También se debe considerar la urgencia, la gravedad del síntoma y los niveles de ansiedad de los miembros que están dispuestos a colaborar.

Si el terapeuta resuelve trabajar sin algunos de los familiares que han sido citados, la eficacia terapéutica disminuye porque sólo se le permite al terapeuta que vea la parte del sistema familiar que este decide mostrar. En efecto, *las familias que desean iniciar el tratamiento se las arreglan para llevar a todos los familiares a la primera sesión.*

Entrevistas de seguimiento

La segunda entrevista

Comienza con una breve **Etapa Social**, para acomodarnos a la familia y ésta a nosotros. La mirada se debe colocar en:

- Reconocer si han venido quienes fueron citados. Si faltó alguien, cuál es el motivo; si se incluyó alguien, quién y por qué motivo.
- Cómo se han sentado, marcando si lo han hecho de forma diferente a la primera entrevista, si esto tiene algún significado.
- Luego vamos a intentar conocer qué aspectos de la primera consulta se han destacado para ellos y que relación tienen con nuestras intervenciones. Lo que recuerdan es lo importante para ellos.
- Sobre la base de qué es importante para el/los consultantes, vamos a continuar nuestro proceso de co construcción terapéutica.
- Vamos a chequear cuál es el estado del síntoma en la percepción subjetiva.
- Cuál es la respuesta a las intervenciones de la primera sesión, analizando:
- Los comentarios textuales.
- Cuántas reformulaciones o redefiniciones se transformaron en “reestructuraciones”.
- El grado de motivación.
- La respuesta a las sugerencias y a las prescripciones.
- Evaluado todo este material, considerar si se mantiene la “dirección” establecida o se debe cambiar el rumbo.

La tercera entrevista

Tiene características similares a las de la segunda entrevista en términos generales. Las entrevistas subsiguientes mantienen la “dirección” establecida por el acuerdo entre los consultantes y el terapeuta.

Entrevista final o de cierre

Una entrevista final posee características particulares. El objetivo de la entrevista de cierre, cuando el tratamiento ha sido exitoso, es consolidar los logros obtenidos y prevenir recaídas en los viejos intentos de solucionar las dificultades que tendían a mantenerlas o agudizarlas. Consideramos que este punto merece consideración especial, puesto que un mal final puede invalidar muchas horas de trabajo terapéutico fecundo y difícilmente ofrezca la posibilidad de repararlo.

En el caso de que el proceso haya resultado un fracaso, es necesario realizar un cierre adecuado que permita que el paciente pueda en el futuro intentar una nueva consulta. Un mal cierre disminuye esa posibilidad y suele afianzar las mismas conductas que lo llevaron a consultar.

El cierre, la finalización de un tratamiento, debería ser siempre una propuesta del terapeuta, sea que haya resultado un éxito o un fracaso. En cuanto al primer tipo de resultado, los logros serán siempre mérito de los consultantes, lo que pone en evidencia la confianza hacia ellos. En cuanto al segundo tipo de resultado, el terapeuta debe reconocer cuánto y cómo ha participado en el fracaso.

La entrevista de cierre debe servir para evocar cómo eran las cosas, cómo cambiaron y qué acciones permitieron el cambio; qué deberían hacer para volver a caer en las desgracias superadas y alguna vez ensayar “jugando” a ser o funcionar como antes, como un modo de chequear los cambios.

Entrevista o llamada telefónica de control

Es conveniente que pasado cierto tiempo, los pacientes se comuniquen para pedir una entrevista de control, o bien en ella se limiten a plantear que todo sigue bien como fue apreciado en la entrevista de cierre.

En muchas oportunidades esta llamada no se concreta por parte de los consultantes o del paciente. En ese caso, es necesario hacer una llamada para conocer cómo andan las cosas; y si no anduvieran bien, de ninguna manera se debe ofrecer un turno, sino más bien pedir que luego de uno o dos días el paciente o los consultantes llamen para concretar la consulta.

Lo ético es comunicarse para conocer la evolución, y no para citar y/o generar una nueva consulta que haga posible pensar en el deseo de que el terapeuta se quiere “ganar” una consulta, lo cual generaría resistencia.

Capítulo 14: Intervenciones de la Terapia Estratégica

*Jorge Fernández Moya
María Belén Mondini*

La técnica

Todo el material expuesto, además de una introducción, es una fundamentación de las acciones del terapeuta. En esta Cuarta Edición hemos desarrollado los principios de la teoría para comprender las intervenciones de los terapeutas estratégicos.

Enseñar un modelo de psicoterapia a estudiantes de grado, tarea que vengo realizando desde hace más de treinta y cinco años, ha requerido enseñar los fundamentos básicos propios de la teoría, con algunas dramatizaciones hemos generado el clima de situaciones propias de la clínica, también valoramos, el trabajo en Cámara de Gessell, con consultas reales y la utilización de videos, que posibilitan repetir escenas una y otra vez. Siempre hemos creído que *mejor que contar es “mostrar” cómo, cuándo, qué, para qué hace lo que cree conveniente y necesario el terapeuta*. Siempre intentando mejorar lo que entendemos ha sido el aporte de este libro desde su versión original.

Antes, un recuerdo. Siempre supe que mi habilidad manual era limitada: de mis intentos por hacer algo con las manos, siempre el resultado era un dedo apretado o golpeado, algo roto o simplemente desarmado, ya que aun cuando conseguía armar, en general me sobraba una pieza. Hace unos años, me propuse modificar tal ineptitud, y el campo elegido fue la talla; quería hacer algo en madera, que tuviera una forma reconocida por los otros. Comencé con un

trozo de madera de cedro y un cuchillo. Después compré formones, gubias, cinceles, escofinas, limas, un martillo adecuado para golpear dichos utensilios, que difícilmente se encuentra en una caja de herramientas hogareña. Mi primera obra quería que fuera un totem (será por Totem y tabú). El asunto era “sacar” madera, de modo que la que quedara fuera adquiriendo la forma esperada. Hice pájaros e imágenes, pero mi deseo era hacer la talla de un rostro. Corté un largo listón de cedro en tres partes que, al pegarlas, dieron como resultado una pieza que parecía un cubo, aunque no regular.

Hice lo que conocía, sacar madera para darle forma a una cabeza. No tocaba la parte que sería la cara. Hice un esbozo de lo que serían las orejas y, cuando tuve que hacer la cara, comencé con el frente de la pieza. Fue fácil dar forma a la nariz, los ojos, el mentón y los maxilares; la complicación fue hacer la boca: no sabía cómo. Miraba *dibujos* para tener una guía y allí estuvo *mi* problema: dibujar es diferente de tallar y me pasé meses mirando la boca de la gente, de frente, de perfil y no me daba cuenta. Miraba, observaba, pero sin resultados. Por suerte, un día, conversando con un escultor, pude darme cuenta de que la *técnica* debía ser diferente.

Él me explicó que yo manejaba las herramientas como si agregara material, tal como lo hace el dibujante. Como el escultor, yo debía tallar, sacar, y si me excedía, la solución era correr el plano total.

Definición de técnica

Se entiende por “técnica” el “conjunto de procedimientos de que se sirve una ciencia, arte o habilidad. La historia de la técnica es en cierta forma la del progreso humano en su aspecto material, con las consiguientes repercusiones en el orden intelectual y del espíritu. Estriba esencialmente en la utilización de las diversas fuentes de energía que ofrece la naturaleza”³²⁹.

En la Enciclopedia Multimedia Salvat (1999), al buscar “técnica”, encontramos:

329 Diccionario de la Real Academia Española, 22da edición (2012) www.re.es

- a. Relativo a las aplicaciones de la técnica.
- b. Aplica a la voz o expresión usada en el lenguaje de cada ciencia, arte, etc.
- c. Que posee conocimientos teóricos y prácticos para desarrollar cierta actividad, ciencia, arte, etc.
- d. Científico dedicado a la técnica.
- e. Conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve la ciencia o arte.
- f. Conjunto de actividades con la construcción, la fabricación industrial, la explotación de la naturaleza, etc.

Destacamos las acepciones c), e) y f) para considerar que existe una técnica psicoterapéutica fundamentada en conocimientos teóricos y prácticos, que se relaciona con los recursos que posee el terapeuta y los procedimientos que debe aprender e incorporar como propios para construir con los consultantes un problema, una meta y las soluciones.

Acciones para facilitar o provocar el cambio

El objetivo de este capítulo será entonces describir y conceptualizar las acciones del terapeuta (técnica) por las cuales propone y propicia el cambio hacia quienes lo consultan. Con el objeto de facilitar la comprensión, hemos incluido unos casos que son dramatizaciones realizadas con fines didácticos, se trata de dos videos Caso David, Caso Roberto.

A las acciones que lleva a cabo el terapeuta las llamaremos **intervenciones o maniobras**.

Definición de maniobra

Se llama **maniobras** a todas aquellas acciones que realiza el terapeuta y que están dotadas de un claro propósito. Pueden ser descriptas, tienen una razón, tienen un para qué, por lo tanto se pueden explicar. Estas acciones se realizan o llevan a cabo desde el primer contacto que los consultantes mantienen con el terapeuta, ya sea una conversación personal o un llamado telefónico³³⁰.

Características generales

Pensando en la propuesta realizada por Hugo Hirsch y colaboradores³³¹, las acciones del terapeuta deben tener las siguientes características generales:

- Las maniobras están dirigidas a la *modificación de las conductas*³³², definidas como el problema que se desea modificar y que en general son motivo de la queja o consulta de los pacientes o su familia. Deben estar conceptualizadas con un criterio económico, en un sentido amplio, por lo cual, el cambio de las conductas se debe realizar en el menor tiempo posible.
- Se trata de alcanzar, con el o los consultantes, un *acuerdo mínimo* sobre el cambio deseado, que debe ser *específico, concreto y observable como conducta*³³³.
- El terapeuta se asume y se reconoce directivo³³⁴.

Al tomar la responsabilidad de conducir la sesión e influir en los consultantes, plantea objetivos a corto plazo, redefiniendo la concepción del problema y/o de las soluciones intentadas, proponiendo tareas para que la reestructuración realizada por los consultantes se torne en acciones, conductas que evidencian

330 Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

331 Ibidem.

332 Ibidem.

333 Ibidem.

334 Ibidem.

el cambio. Esta postura directiva aceptada en relación directa a la motivación de los consultantes. Como manera de evitar una confrontación y/o una escalada simétrica. Los consultantes resistentes invitan a un posicionamiento estratégico del terapeuta por arriba o por debajo, acoplándose estructuralmente en la danza de la interacción³³⁵.

- Se debe aceptar *explícitamente la cosmovisión*³³⁶ de mundo y el recorte de la realidad que hace/n el o los consultantes, dando claras muestras de que se comprendió la posición en que se coloca/n el/los que consulta/n, y por ello incluye reconocer y destacar valores, modos, usos y costumbres de los mismos.
- Se debe utilizar *la resistencia como un factor de cambio*³³⁷, se la toma como una contribución que hace quien consulta y considerando el principio fundamental del yudo, que la aprovecha para agregarle más “fuerza” en el sentido de la resistencia ofrecida, de manera que se facilite el cambio.

El terapeuta, frente a una respuesta opuesta del consultante a las directivas formuladas, puede aceptarla y alentarla para luego encauzarla en una nueva dirección. De esta forma quien consulta queda atrapado en una situación donde su intento de resistir se define como cooperación para el tratamiento³³⁸.

- Como resulta obvio, las acciones terapéuticas representan el modo en que los terapeutas nos “unimos” a los consultantes con el objeto de “construir de manera conjunta” un “diagnóstico” sobre el cual asentar una propuesta terapéutica.
- En esta Tercera Edición, hemos incorporado un capítulo sobre Evaluación o diagnóstico, y allí hemos realizado nuestras consideraciones, apoyándonos en reconocidos autores de nuestro país, para establecer que tipo de consideraciones serán necesarias realizar para la efectividad de nuestras intervenciones.

335 Rodríguez Ceberio, M. y Linares, J. L. 2006

336 Ibidem.

337 Ibidem.

338 Haley, J, 1980

- Recordemos algunas de las consideraciones que hiciéramos al tratar el proceso de evaluación, y acorde con el modelo que suele ser nuestra herramienta más frecuentemente utilizada y/o se adapta mejor a los consultantes en función de obtener los mejores resultados con el menor costo.
- El **Diagnóstico Estratégico** es “terapéutico” cuando incluye³³⁹:
 - Una descripción de los circuitos de interacción que mantienen el síntoma y que básicamente destacan los indicadores precisos que sirven como señales claras del camino a seguir.
 - Un reconocimiento de los recursos del Consultante, del Paciente Identificado y del Terapeuta, ya que se trata de trabajar construyendo sobre las potencialidades que todos ellos poseen.
 - Implica además poseer un plan, una estrategia acerca de cómo resolver la queja y/o el motivo de consulta, considerando la motivación existente y la maniobrabilidad.
- El **Diagnóstico Estructural** es “terapéutico”
- Cuando incluye una propuesta terapéutica destinada a alterar la homeostasis (equilibrio);
- Debe por lo tanto generar una crisis que lleve al sistema familiar a elaborar una organización diferente, mejor para su funcionamiento.
- En este sentido, la Terapia Estructural combina elementos de la Terapia Estratégica y de la existencial. Se asemeja a la *Terapia Estratégica* cuando realinea las estructuras significativas con el propósito de producir cambios en el sistema como un todo.
- Cuando evoca la *terapia existencial*, lo hace para cuestionar la realidad que la familia describe y acepta, y lo hace siempre con una orientación hacia el crecimiento.
- Las técnicas de la Terapia Familiar Estructural llevan a reorganizar la familia mediante el cuestionamiento de su organización. Por lo tanto cuestionan las maniobras que apuntan a cuestionar: *el síntoma, la estructura familiar y/o la realidad de la familia.*

339 Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

- El **diagnóstico constructivista**³⁴⁰ es terapéutico cuando el/los consultante/s junto al terapeuta construyen de manera consensuada la definición del/los problema/s, de la/s meta/s, y también construyen consensuadamente las soluciones.
- El **diagnóstico narrativo** es terapéutico cuando se consideran las vivencias de los relatos, se favorece la percepción del mundo cambiante en el tiempo, cuando al usar el mundo subjuntivo se presupone y se ofrecen significados implícitos que generen perspectivas múltiples, empleando un lenguaje coloquial para describir vivencias intentando construir nuevos relatos, desde una postura reflexiva que permita apreciar los actos interpretativos, generando el sentido de autoría y re-autoría de la propia vida al contar y volver a contar la propia historia, con la concepción de que las historias se coproducen e incorporando el “yo” y el “tú”.
- El **diagnóstico en la terapia centrada en soluciones** será terapéutico cuando consideremos los criterios para construir metas definidas, que deben ser:
 - **Positivas:**—¿Qué va a hacer en vez de eso?
 - **Proceso:**—¿Cómo va a llevar a cabo esa tarea?
 - **Presente:**—El cambio debe ser ahora, desde este momento.
 - **Prácticas:**—¿Es posible esa meta?
 - **Específicas:**—¿Qué tan específico será?
 - **Control del consultante:**—¿Qué hará cuando eso ocurra?
 - **En el lenguaje del consultante:**—Empleando las palabras del consultante.
- Por esta razón, todo comportamiento **programado** del terapeuta debe ser considerado una Intervención o Maniobra en el sentido de que se trata de “una acción tendiente a influir sobre el cliente o consultante de una manera específica” (Hirsch y Rosarios, 1987).
- Por lo tanto llamaremos **Maniobras o Intervenciones** a todos éstos comportamientos programados.

340 Ibidem.

- Pero es muy importante considerar que los comportamientos que **no** son **programados** también influyen en quienes consultan. Por ello, se debe ser tan cuidadoso con **todo** lo que se dice y también con lo que se deja de decir cuando quien escucha espera una respuesta, muchas veces con desesperación y por lo tanto se puede aferrar a un comentario que nosotros como terapeutas consideramos irrelevante, pero que para el consultante adquiere un significado importante.
- En este sentido, hasta el silencio puede ser generador de significados. Los significados basados en supuestos personales siempre son generadores, facilitadores de diferencias entre las personas, por lo tanto hacen y contribuyen a diferentes resultados.

Más adelante desarrollaremos nuestro modo de emplear los silencios como maniobras o facilitadores de otras maniobras.

Clasificación

Clasificar las maniobras es una de las mayores dificultades con que me he encontrado en mi transitar profesional y, sobre todo, en mi tarea docente con alumnos de grado. Además, se trata de un estudio de sólo cuatro décadas de evolución y desarrollo constante; por lo tanto, las clasificaciones no son habituales, cambian de manera constante y resulta difícil el consenso. Durante muchos años, tratamos de describir las acciones de los pioneros de la Terapia Familiar.

Desde nuestros inicios en 1975, hasta 1984, en que se editan dos libros básicos en lo que a técnica se refiere: “*La táctica del cambio*” de Fisch, Weakland y Segal, que amplían la propuesta iniciada en *Cambio*, y el libro *Técnicas de terapia familiar* de Minuchin y Fishman, en Mendoza estudiábamos por los artículos traducidos que desde Buenos Aires nos llegaban.

Leer, comprender y ejercitar nos llevó un tiempo, pero aprendimos que poner en evidencia el doble vínculo no alcanzaba para liberar de la paradoja a un paciente, una pareja o una familia. Que acercar o distanciar las sillas, que cambiar los lugares que elegían los pacientes tenía un trasfondo que los au-

tores nos permitieron conocer cuando los pudieron sistematizar y asentar en las obras mencionadas.

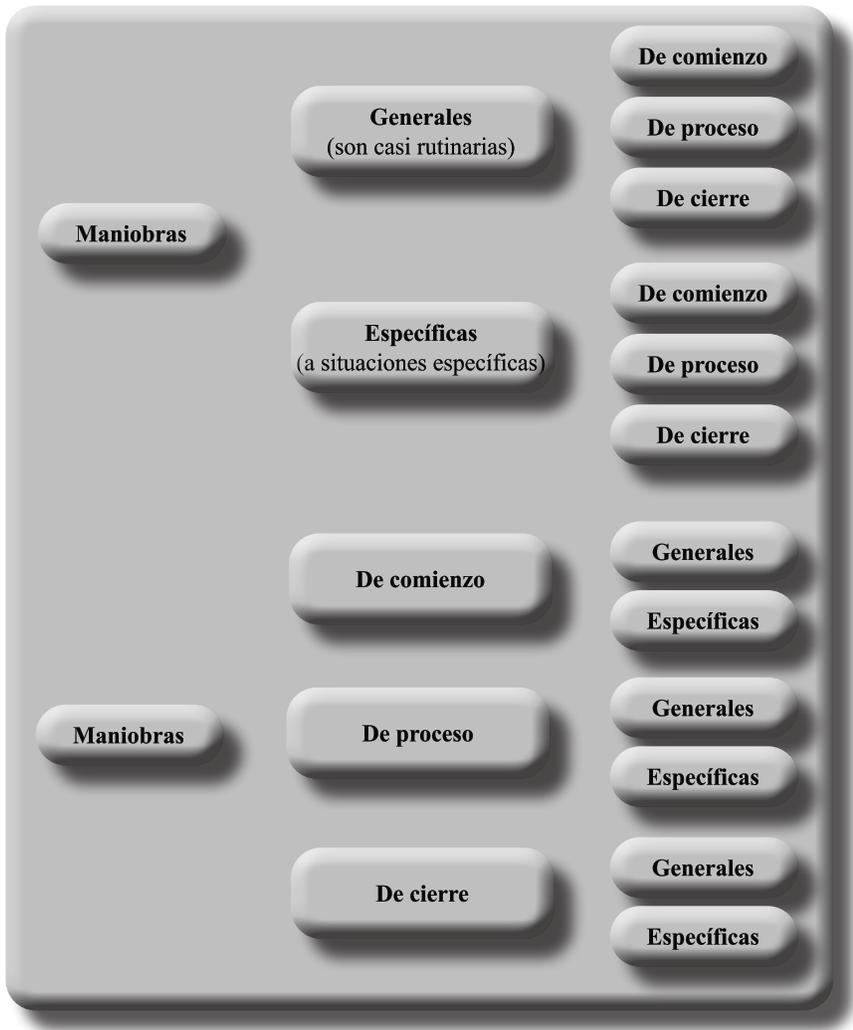
Por lo tanto, con el tiempo comprendimos que la disposición que adopta una familia al llegar a la sesión puede ser vista como una coreografía de la situación que viven cotidianamente: quién se sienta al lado de quién, la distancia o la proximidad entre los miembros de una familia, marcaba una afinidad o una adversidad entre ellos.

Hacer Terapia Estratégica comenzó a ser la posibilidad de hacer un diseño acerca de cómo llegar a un objetivo consensuado considerando conceptos de la psicología evolutiva, del ciclo vital de la familia, de las pautas, normas y/o reglas de la familia, de la organización jerárquica.

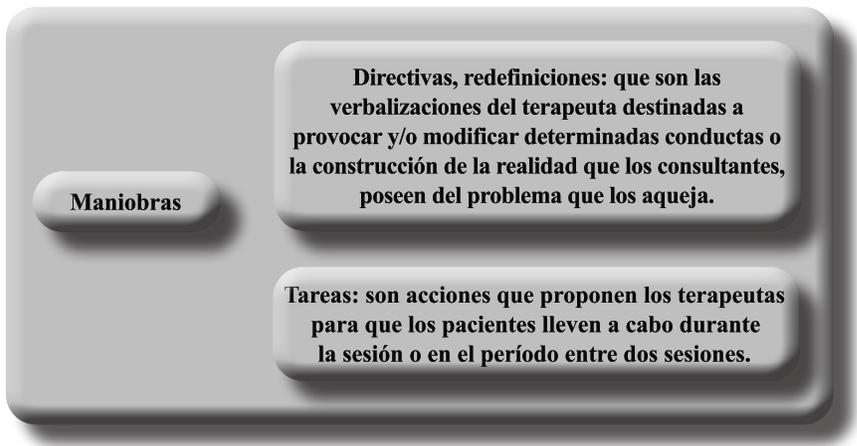
Hugo Hirsch y colaboradores emplean una ocurrente metáfora a partir de “presentar especies de libros de recetas para hacer terapia modelo Palo Alto al uso nostro”³⁴¹. La metáfora puede ampliarse a otros temas en donde el “hacer” requiere de materia prima y de instrumentos, pero también de una técnica. Ésta no debe limitar la creatividad y la espontaneidad de los terapeutas.

341 Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). “Maniobras para el cambio”. En Estrategias psicoterapéuticas institucionales. Recomendamos su lectura.

Cuadro N° 1 propuesto por Hugo Hirsch



También las podemos clasificar de esta otra manera:



Las maniobras en la Terapia Estructural

Citamos el aporte realizado por Salvador Minuchin y Charles Fishman, en el libro *Técnicas de Terapia Familiar*, en el que desarrollan la técnica con la que trabajan desde este modelo. Las acciones del terapeuta están destinadas a **cuestionar**:

- El síntoma por el que se consulta
- La estructura de la familia en el momento que surge el síntoma
- La realidad que define la familia cuando consulta

En el capítulo sobre Terapia Estructural, desarrollaremos el tema con amplitud.

En esta Edición hemos incluido un capítulo para describir las características y los fundamentos de los diferentes modelos, y a continuación de cada uno de ellos, otro capítulo en el que describimos las Intervenciones o Maniobras que los caracterizan.

Intervenciones o maniobras en la Terapia Estratégica

Principios generales

Para hablar de las maniobras desde este Modelo, repasaremos estos principios, propuestos por los investigadores del Mental Research Institute³⁴², que pueden ser considerados como pautas o normas válidas para los otros modelos de la Terapia Sistémica.

- Todo comportamiento es *comprendido y explicado* por su ubicación en un circuito más amplio de comportamiento tomando en cuenta el “feedback” y el refuerzo recíproco. Se aplica para esta comprensión una lógica circular, cibernética, que nos permite pensar que el problema es el resultado de una incorrecta aplicación de soluciones en la que se ha persistido.
- La función básica del terapeuta *es influir* sobre los consultantes de modo que puedan modificar esas soluciones intentadas hasta ahora para resolver la dificultad, que son las que la convirtieron en un problema.
- Un **problema** es, simplemente, una dificultad a la que se aplica insistentemente una solución errónea.
- El terapeuta debe asegurarse todo el tiempo su máxima *maniobrabilidad* y, paralelamente, limitar la del consultante.
- La maniobrabilidad no se refiere sólo a la disponibilidad de no limitar sus opciones hacia el consultante, sino también la capacidad de alterar el propio movimiento o soluciones intentadas (cambiar la estrategia).
- Toda conducta es relacional y por lo tanto tiene un efecto sobre el otro, lo influye.

342 Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio.

Maniobras Generales

Las acciones a desplegar por un terapeuta estarán dirigidas a encontrar un tema para poder co-construir el problema, las metas y las soluciones. Para ello es importante recordar la propuesta de Jay Haley acerca de cuáles son los teorías que podemos emplear como una *coreografía o telón de fondo con el objetivo de co-construir el problema, la meta y las soluciones*³⁴³.

Debemos, además, recordar lo desarrollado en relación con la **primera entrevista**, e integrarlo con la propuesta sobre los llamados **conceptos centrales** que plantean Ruth Casabianca y Hugo Hirsch, en *Cómo equivocarse menos en terapia*.

También debemos integrar los planteos que hacen Richard Fish, John Weakland y Lynn Segal en “*La táctica del cambio*”, cuando expresan que maniobras generales “*son aquellas que se emplean cuando el terapeuta desea comunicar alguna postura de tipo general, con el objeto de preparar el terreno para una maniobra posterior más específica*”³⁴⁴. Estas maniobras generales pueden sintetizarse en las siguientes:

- No apresurarse.
- Los peligros de una mejoría.
- Un cambio de dirección.
- Cómo empeorar el problema.

De mi larga experiencia en el trabajo con pacientes que consultan en forma individual y por un motivo propio, personal, o como parejas o preocupados por sus hijos, padres, o como familias, resulta de suma importancia hacer que quienes consultan tengan la claridad y la tranquilidad de que su pedido, su consulta ha sido comprendida, tal como ellos lo piensan, lo sienten y lo plantean.

- ¿Cuál es el problema, en esencia?,
- ¿Cómo y cuánto los afecta?,

343 Para recordar, releer este tema en el Capítulo de Terapia Estratégica.

344 Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*.

- ¿Qué desearían que sucediera, como alivio mínimo? Y según sea conveniente, una pequeña oportunidad que represente aunque sea un grado mínimo de alivio y esperanza.

Esta comprensión es óptima si se realiza tanto en el nivel cognitivo (tal y como el/los consultantes lo relatan), en un nivel en el que los sentimientos y emociones son semejantes a los expresados por quienes han venido a la consulta y con acciones coincidentes con las expectativas que plantean y muestran con su propia conducta.

Estas acciones constituyen la **quinta maniobra general**, que consiste en:

- Adquirir y mantener la credibilidad, la confianza y la maniobrabilidad.

Irvin Yalom (2002: 38) escribe:

La terapia se potencia si el terapeuta ingresa con precisión en el mundo del paciente. Los pacientes se benefician muchísimo por la sola experiencia de ser vistos y comprendidos en su totalidad. De allí que sea muy importante reconocer el modo en que nuestros pacientes experimentan el pasado, el presente y el futuro.

Esta quinta maniobra general que proponemos la desarrollaremos junto a las cuatro mencionadas anteriormente.

Para Hugo Hirsch y Hugo Rosarios³⁴⁵ y el equipo del Centro Privado de Psicoterapias, estas **maniobras generales** se aplican en el comienzo, en el transcurso o hacia la finalización del proceso terapéutico, como ya hemos adelantado. Son **maniobras generales de comienzo** cuando se intenta:

- “Reflejar y responder con empatía explícita a lo que el paciente o los consultantes comunican en forma verbal y preverbal”³⁴⁶ como queja. Esto implica descubrir, aprender y hacer propio el lenguaje del paciente y/o de la familia, incluyendo modos, creencias y valores.

345 Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

346 Ibidem.

- A los efectos de lograr y mantener una elevada maniobrabilidad, se deben determinar con exactitud las variables que hacen a un encuadre óptimo para cada consultante, “número de participantes en cada sesión, como a su duración y frecuencia”³⁴⁷.
- Proponen que “las primeras preguntas se le formulen a quién solicitó el turno”³⁴⁸, y me parece importante agregar que en caso de que uno crea más conveniente hacerlo en forma general, no se debe dejar de hacer referencia a la persona que concretó la entrevista.
- Al comenzar la primera entrevista, se debe considerar la certeza de los datos obtenidos de la preentrevista. Allí detectamos con precisión quién o quiénes son los que sufren el problema, quiénes se hacen cargo de las soluciones que no necesariamente coinciden con el paciente identificado.
- Es de regla que “la alianza terapéutica”³⁴⁹ se realice con quién o quienes nos garanticen la continuidad del proceso terapéutico y el cambio, justamente porque son los preocupados y/o afectados por el problema existente.
- Recordemos que existe una relación directa entre el grado de involucración con el problema de los consultantes y la motivación por el cambio. Este concepto y la propiedad de los sistemas llamada *totalidad o coherencia* representa lo que podríamos llamar **marca registrada** de la Terapia Estratégica, por la cual el trabajo con el/los consultante/s, puede ser suficiente para lograr el cambio, de modo que no es imprescindible la presencia del paciente identificado en la consulta.
- Se debe tratar de que los consultantes sean muy “precisos en sus descripciones y/o relatos”³⁵⁰, mientras que el terapeuta trata de ser amplio, general y lo más ambiguo que le sea posible, no arriesgando conceptos que lo puedan comprometer en su maniobrabilidad.

347 Ibidem.

348 Ibidem.

349 Ibidem.

350 Ibidem.

Proponen no apurarse, no aceptar como “malo” el síntoma, y, por lo tanto, no erradicarlo inmediatamente. Proponen también que siempre la “queja”³⁵¹ deba ser “*precisada, recortada y redefinida*”, proceso que debe ser realizado siempre e indefectiblemente de manera consensuada y que se corresponde con la coconstrucción del motivo de consulta propuesta por Casabianca y Hirsch (1989).

Antes de intentar cualquier maniobra se debe conocer cuál es para nosotros el *circuito interaccional*³⁵² que genera y posteriormente sostiene el síntoma. Pero también debemos identificar y verbalizar cuál es el *circuito intrapsíquico*³⁵³, que cada uno de los miembros participantes tiene para sí y que sostiene la conducta disfuncional.

En él, está inserto el síntoma o la conducta disfuncional que desea ser modificada, y recién después de esto se podrá intervenir para lograr el alivio que los consultantes vienen a buscar. El cambio es posible para el consultante si en su proceso se incluye por lo menos parte de su epistemología respecto al problema y a la solución que propone éste, de manera que se sienta “constructor o artífice” de todo el proceso que se inicia con su propia idea.

Adquirir y mantener la credibilidad, la confianza y la maniobrabilidad.

Cuando una persona, una pareja, una familia asiste a una consulta, lo hace porque tiene un problema que lo aflige, lo preocupa y lo hace sufrir.

Cuando se piensa en la necesidad y cuando se realiza la consulta, para aquellos que asisten representa, por un lado, la esperanza de encontrar un alivio a su pesar y, por otro, significa aceptar que algo *que debió haber sido bien hecho por uno mismo, o por los miembros de la familia, no lo fue*. La consulta representa la aceptación del fracaso de no haber podido resolver la situación con los propios recursos.

En cualquiera de estos dos planteos extremos es aconsejable que se sientan comprendidos, y que la angustia, la tristeza o el enojo sea reconocido como

351 Primeras verbalizaciones del consultante.

352 Fernández Moya, J. (2004). Después de la pérdida. Una propuesta sistémica estratégica para el abordaje de los duelos.

353 Ibidem.

aceptable para una situación de problemas como la que describe/n el/los consultante/s. Pero también se deben aceptar la desconfianza, las dudas y el temor por la consulta y los resultados de ésta.

Difícil será la situación del terapeuta cuando desea transmitir optimismo y al mismo tiempo contagiar a los consultantes que han fracasado en anteriores tratamientos, ya que éstos perciben que el terapeuta no comprendió la situación que los aflige. Por ejemplo, cuando se consulta por una pérdida, el dolor y el sufrimiento es una expresión inevitable que se contradice con una propuesta optimista.

En una situación como la descrita es aconsejable **evitar**³⁵⁴:

- Minimizar el dolor y la bronca.
- Juzgar a quien solicita ayuda, porque modifica y perturba la definición de la relación entre quien consulta y quien es consultado.
- Cuestionar lo que se plantea.
- Bloquear o impedir con actitudes protectoras la experiencia, las vivencias necesarias para encontrar sentido. Debe permitir la expresión del dolor, de la rabia, del enojo o de la soledad que reclama y necesita.
- Sugerir algo que el consultante que sufre no pueda llevar a cabo. Sería agregarle un sufrimiento mayor.
- Pedir que ponga voluntad para superar el dolor.
- Ofrecer explicaciones abstractas. Todas las explicaciones deben estar formuladas en el lenguaje de quien consulta.
- Haciendo una o varias de estas cosas, sólo logrará hacer disfuncional la comunicación.

A continuación, volveremos a la propuesta de maniobras generales de Fish, Weakland y Segal³⁵⁵, a la que hiciéramos referencia anteriormente:

354 Fernández Moya, J. (2004). Después de la pérdida. Una propuesta sistémica estratégica para el abordaje de los duelos.

355 Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio.

*No apresurarse*³⁵⁶

Estas dos palabras proponen un *concepto* muy importante para el terapeuta, en tanto debe tomarse todo el tiempo necesario para conocer el sistema consultante y obtener del mismo claras muestras de la motivación que posee y de la maniobrabilidad que le es reconocida y otorgada, evitando el riesgo de caer en errores por no considerar el tiempo (timing) del sistema consultante y del paciente identificado.

Esta *maniobra* es un pedido, una solicitud que hace el terapeuta luego de haber transformado la queja en problema, de haber acordado cuál/es es/son la/s meta/s y de haber trabajado en una redefinición que ha cambiado el marco en el cual fue originalmente descrito el problema. La maniobra surge ante la resistencia al cambio; y por medio de la misma, el terapeuta desafía (solapadamente o no) al sistema consultante a no realizar ningún cambio, ninguna acción diferente, considerando siempre que la consulta ha sido realizada por la necesidad de alguno de los consultantes.

Esta es la *táctica o estrategia* que se “utiliza con más frecuencia”³⁵⁷ y, en ciertos casos, es quizás la única intervención, luego de indicaciones generales que ofrecen razonamientos dotados de credibilidad, que justifican el no cambiar tan apurado. El cambio, aunque sea para mejor, exige una adaptación. Esto implica un tiempo y, por lo tanto, el terapeuta debe hacer recordar al paciente y/o al consultante que se lo tiene que tomar.

Recordemos, asimismo, que los consultantes pueden encontrarse en algunas de las etapas investigadas por Prochaska, Norcross y Diclemente³⁵⁸: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Esta maniobra se emplea generalmente “en la primera sesión”³⁵⁹ y es, por lo tanto, una *maniobra general de comienzo*, de acuerdo con la clasificación de Hirsch. Se la puede considerar también, y en términos generales, como una *prescripción del síntoma* (maniobra que será explicitada más adelante)

356 Ibidem.

357 Ibidem.

358 Prochaska, J., Norcross, J. y Diclemente, C. Changing for good.

359 Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio.

Los peligros de una mejoría

Es posible “considerarla como una ampliación o variante de la intervención anteriormente presentada *no apresurarse*”³⁶⁰.

Cuando un paciente identificado y/o una familia que consulta debe pensar en los “riesgos” que representan los cambios que desea realizar (ya que se modificarán algunas o muchas otras conductas, muchos o algunos hábitos), confirmará o rechazará el deseo de que se produzcan dichos cambios y se dispondrá para modificaciones globales.

Se diferencia de la anterior, porque los objetivos de esta maniobra que ahora nos ocupa son algo diferentes. El diseño y la aplicación están en relación con los tipos de resistencia que presentan los sistemas de impacto y/o los pacientes identificados que no tienen motivación para la consulta.

Trabajada la queja, definido un problema y explicitada una meta posible, se trabaja sobre los riesgos del cambio, preguntándole al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución de su problema. Es de esperar que, ante una pregunta que plantea la discusión en el plano de las paradojas, el paciente se extrañe, pero el terapeuta siempre debería poder exponer una lista de complicaciones posibles, o por lo menos un posible inconveniente para el cliente o para alguien que se halle próximo a él, por si él mejora o cambia.

¿Qué hará en su tiempo libre el paciente y/o alguna persona sobreinvolucrada con éste y el síntoma cuando se mejore? Estas situaciones son difíciles de imaginar cuando no se conceptualiza el contexto y la instancia de la consulta.

“Los peligros de una mejoría” puede conceptualizarse como una maniobra más definida que recibe el nombre de **connotación positiva del síntoma**, en el sentido de que se construye como una directiva paradójica, para que no sea llevada a cabo.

La maniobra denominada “los peligros de una mejoría” se formula una vez que el terapeuta ha redefinido el marco del problema y que los consultantes lo

360 Ibidem.

han incorporado como una reestructuración, es decir ha pasado a formar parte de cómo ellos piensan que son las “cosas”.

Por esta razón, la maniobra que nos ocupa refuerza la redefinición, al detectar las características desafiantes de alguno de los miembros del sistema que consulta o de cómo la desesperación de “la/s víctima/s” se ha transformado en una esperanza de dejar de serlo; sin embargo, se manifiesta la “culpa” y/o la resistencia al cambio. Se trata de una maniobra complementaria.

Un cambio de dirección

Cuando el terapeuta intenta avanzar en una dirección y sus fracasos se repiten, es importante reconocer su propio error y lo mejor será optar por otro camino. Es preciso, entonces, *un cambio de dirección*.

Llamamos así a la maniobra que hace el terapeuta cuando “varía su propuesta, cambia su postura, modifica su idea directriz y/o su estrategia y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación”³⁶¹, que incluye las razones de su nueva orientación, basadas en una visión equivocada por no haber considerado determinados datos que resultan relevantes. En general, “el cambio implica un giro de 180 grados”³⁶². No existen los callejones sin salida, sólo debe uno mirar hacia atrás: por donde entró, podrá salir.

Esta maniobra se emplea cuando el terapeuta, “de modo no deliberado”³⁶³, comienza a disentir con los consultantes y no se da cuenta del fenómeno. Esto sucede cuando el cliente insiste en subestimar o rechazar el camino, sugerencia o indicación que le ofrece el terapeuta. O puede suceder que en un comienzo el cliente haya aceptado la propuesta del terapeuta, pero luego se muestra no productivo. Si se reconoce dentro de la primera entrevista, el terapeuta lo puede solucionar con un “Oh, ya veo”, incorpora la corrección y corrige la dirección y el sentido de la propuesta. “En cierta medida y de un modo más o menos explícito, el terapeuta adopta una posición de simulada

361 Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio.

362 Ibidem.

363 Ibidem.

complementariedad inferior y agradece al cliente que le permita abandonar la senda equivocada³⁶⁴. Retoma la conducción y rescata la maniobrabilidad, mostrando con humildad que puede cambiar su postura y su propuesta.

En otras oportunidades, “el terapeuta puede estar demasiado comprometido”³⁶⁵ y tener dificultades para girar sobre sí mismo. Una co-terapia, un equipo supervisor cuando se trabaja en cámara de Gessell, o bien la consulta con un terapeuta de prestigio (que se puede mantener anónimo), permitirán llevar a cabo un cambio de dirección al explicitar que ha sido una visión externa, ajena, la que le ha permitido modificar la propia.

Cómo empeorar el problema

Tener conciencia acerca de cómo, cuándo y de qué manera el paciente y el subsistema de impacto mantienen el síntoma dentro de un circuito de interacciones resulta de utilidad para registrar lo que no se debería mantener. Por lo tanto, se trata de una maniobra general de finalización, que el paciente y los consultantes deberán recordar como lo que no se debe realizar, si se desea evitar el resultado insatisfactorio.

Esta maniobra se emplea cuando el cliente, el consultante, se ha resistido a anteriores sugerencias o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo.

Cuando un terapeuta brinda una sugerencia suele creer, y ello implica decir, que la acción requerida posiblemente resultará útil para lograr una mejoría del problema por el que se consulta. Pero a veces se logra un mayor impacto si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren.

El terapeuta expone de manera concreta y pormenorizada todas las cosas que el paciente ha venido haciendo para solucionar su problema, pero que en realidad servían para exacerbarlo. Eso se verbaliza, de manera que el que escucha piense en el rechazo de la conducta que, así detallada, se ajusta tan bien al circuito descrito. Como consecuencia, los elementos contrarios (aquellos que el terapeuta espera que haga) resultan más fáciles de captar y de seguir.

364 Ibidem.

365 Ibidem.

Ya no se le dice al paciente lo que hay que hacer o dejar de hacer, sólo se menciona implícitamente.

Al mismo tiempo, el hecho de sugerir específicamente en qué forma puede lograrse que el problema empeore, hace que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores, y subraya cómo él mismo desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

Intervenciones o maniobras específicas o principales

Desde que los consultantes asisten a la consulta, se produce una activa interacción entre las partes intervinientes. Todas las conductas deliberadas del terapeuta son maniobras que se orientan a diferentes objetivos y se emplean para buscar información general y luego específica, para indagar exhaustivamente sobre el problema que ha motivado la consulta, para conocer cuáles han sido y son las maniobras intentadas para tratar de resolverlo.

Con nuestras acciones facilitaremos la expresión de las ideas, pensamientos, fantasías, ilusiones (cogniciones), de las emociones y los sentimientos de cada uno de los consultantes y también de las conductas y los comportamientos que se relacionan de manera directa o indirecta con el problema por el que consultan. Para las diferentes etapas, diferentes maniobras; para distintos objetivos, distintas acciones. Por lo tanto, hay maniobras para recolectar información, para precisar objetivos, para proponer los cambios, para trabajar con quienes sintonizan rápidamente con las pautas a modificar, para quienes poseen una marcada resistencia.

Nuestras acciones se fundamentan en los principios acerca de la “formación de problemas”, descriptos y propuestos en el capítulo dedicado a la *Terapia Estratégica* (Watzlawick, Weakland y Fish; *Cambio*): “las terribles simplificaciones”, “el síndrome de utopía” y “las paradojas”; como así también en su ampliación, los cinco tipos de “intentos básicos de solución” (Fish, Weakland y Segal; *La táctica del cambio*).

¿Cuándo se forma o se mantiene un problema? Los autores proponen que esa situación se da, porque:

Se intenta forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo

Cuando las cosas suceden de manera natural, espontánea, no requieren de acciones pensadas o elaboradas. Cuando se programan acciones, situaciones, realidades que no necesitan de tamaño tarea, estamos confundiendo pensamiento con acontecimiento; por lo que le adjudicamos creatividad, esfuerzo, ilusión, empeño a algo que no lo requiere, que no lo necesita, que por si fuera poco, sucede solo.

El problema es el producto de intentar solucionar una dificultad que no requiere de ningún accionar. Se ha formado un problema por el intento de solucionar, eliminar una dificultad que desde un punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente. Está relacionado con el *síndrome de utopía* ya que *se emprende una acción, cuando no se debería emprender*.

Es frecuente en el paciente que “padece una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona. Pertenece a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico: rendimiento sexual (impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, etc.), funcionamiento intestinal (constipación, diarrea), funcionamiento urinario (urgencia, frecuencia, imposibilidad de orinar en un mingitorio público), temblores, tics, espasmos musculares, problemas de apetito, tartamudeo, dolor imposible de aliviar, dificultad respiratoria (hiperaireación), insomnio, sudor excesivo, problemas de carácter (depresión), obsesiones, compulsiones, bloqueos creativos o de la memoria”³⁶⁶.

Todas estas funciones son “actividades humanas de orden mental o corporal”³⁶⁷. Cuando se genera una dificultad, ya que generalmente el rendimiento es fluctuante, se puede dejar transcurrir un tiempo más o menos breve en el cual se corrige espontáneamente.

366 Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio.

367 Ibidem.

“El paciente define dichas fluctuaciones como *el problema* y toma voluntariamente medidas para corregirlas y evitar su reaparición”³⁶⁸. Con todas estas, reforzará el cuadro y los síntomas, al tratar de hacer un esfuerzo deliberado que le asegure un rendimiento normal o efectivo. El paciente se entrapa en una situación de querer solucionar (con voluntad) algo que sólo se soluciona con el tiempo. Otras personas pueden participar en este esfuerzo generador del problema y potenciarlo, al ampliar el circuito mantenedor del síntoma.

La solución se obtiene cuando se consigue que el paciente renuncie a sus intentos de coacción. Pero no alcanza con decirle que deje de esforzarse. La maniobra implica enseñarle otra conducta que de por sí, excluya la conducta que deseamos eliminar.

Se intenta dominar un acontecimiento temido, aplazándolo

Es frecuente que las personas posterguen todas aquellas situaciones que creen son difíciles de resolver. A veces lo hacen hasta un momento propicio; pero en otras ocasiones la postergación es indefinida. Cuando esto sucede, estamos ante un problema generado por el mecanismo de formación de problemas que hemos llamado “terrible simplificación”, ya que se intenta una solución negando que un problema lo sea en realidad; o sea: *es preciso actuar, pero no se emprende la acción*.

“Los pacientes que se ven atrapados por esta contradicción suelen quejarse de estados de terror o de ansiedad; por ejemplo: fobias, timidez, bloqueos en la escritura y otras áreas creativas, bloqueos en el rendimiento (hablar en público, salir a escena, rendir exámenes) y fenómenos similares. Estas dolencias son también ‘autorreferenciales’. Difieren poco de las anteriores porque el estado de terror o de ansiedad puede surgir y mantenerse sin que intervenga nadie más”³⁶⁹.

Se trata de una distinción *muy importante*, ya que para que el miedo al síntoma o a una situación temida se mantenga, no es necesario que esté presente,

368 Ibidem.

369 Ibidem.

alcanza con que el sujeto la imagine, aunque sea en forma de rechazo, lo que lo lleva a decir en el momento de la consulta “yo no quiero pensar en eso, no pienso, o trato de no hacerlo, pero se me viene a la mente”.

Las fobias pueden comenzar de modo inocuo. Ante un cierto riesgo, el paciente especula, se alarma, al pensar en qué sucedería si esto le aconteciera en otra circunstancia (peligrosa, mortificante o humillante). Por lo común, su aprensión generará una *profecía autocumplidora*. Una vez confirmados sus temores, que sólo están en su mente, el sujeto queda a merced de una fobia perfectamente desarrollada. Ante la idea o el pensamiento de aquello que no desea tener o enfrentar, comienzan a funcionar en su cabeza otras ideas que conforman un circuito en el cual está instalada la fobia que le genera la ansiedad, que sí está presente. El paciente la confunde con un acontecimiento que quiere, pero no puede dominar, enfrentar y comienza una inacabable preparación para tal enfrentamiento, que se mantiene básicamente en la mente del sujeto y que muchas veces es reforzada por las conductas de quienes lo rodean.

Se requiere de una maniobra que exponga al paciente a una *tarea*, relacionada con el acontecimiento temido y postergado. Debe ser llevada a cabo al mismo tiempo que se le exige un dominio completo o incompleto, con el propósito de conocer más de lo que le sucede. El sentido que tienen estas maniobras ante los problemas de miedo–evitación, es exponer al paciente a la *tarea*, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito. Ello lo motiva a desafiar al terapeuta y no a la idea o pensamiento que mantiene la fobia.

Se intenta llegar a un acuerdo desde la oposición

Es difícil establecer un acuerdo con alguna persona de la cual me declaro explícita (más difícil, casi imposible) o implícitamente su opositor.

El problema se forma porque el planteo genera una propuesta paradójica, ya que se hace una doble propuesta. En el nivel verbal, en los contenidos se intenta hacer el acuerdo; pero en el nivel relacional, lo que se plantea es la oposición. De este modo, no resulta posible que el interlocutor acepte la propuesta que la “definición de la relación” propone.

Estas situaciones implican problemas en la relación interpersonal ya que, por un lado, se requiere mutua colaboración y por el otro, el planteo está basado en una diferencia relacional que explícita o implícitamente cuestiona al interlocutor. Un buen ejemplo de estas situaciones son: “las riñas conyugales, los conflictos entre padres e hijos pequeños o adolescentes, las disputas entre compañeros de trabajo, los problemas entre hijos adultos y padres de edad avanzada”³⁷⁰.

Si quien consulta lo hace pensando que “la otra parte lo amenaza o le niega la legitimidad de su propia posición”³⁷¹, es fácil entender que la diferencia está en el nivel relacional de los acuerdos.

La persona afectada ensaya la siguiente solución: “sermonear a la otra parte sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas y exigir que la otra parte la trate con respeto, atención y deferencia. La solución ensayada y fallida asume la forma de exigir que el otro lo trate como superior”³⁷².

La maniobra que propone el terapeuta al consultante (que es la víctima sometida a la paradoja) puede tener dos variantes:

- La primera es que el consultante (a los efectos prácticos, puede ser el mismísimo terapeuta) se debe mostrar confuso, ya que surgen dos demandas: una que propone un acuerdo, o quiere establecer un arreglo, la búsqueda de una salida, una solución posible; pero lo hace de un modo y desde una postura en que muestra la crítica, la oposición hasta el rechazo, al mismo tiempo que hace referencia a su intención de colaborar.
- La confusión es una respuesta que resulta inesperada, impensada, impredecible para quien propone esta paradoja, ya que se encuentra acostumbrado a recibir respuestas que muestran las diferencias. No espera que su interlocutor se coloque en una posición complementaria inferior, que desee saber más y que declare que no entiende. Desde esta postura, es posible que el mensaje sea escuchado, com-

370 Ibidem.

371 Ibidem.

372 Ibidem.

prendido y posiblemente aceptado, además de que promoverá a la propia reflexión si desea ser correspondido.

- Cuando la consulta es realizada por un subsistema de impacto en el cual no se encuentra el paciente identificado, la maniobra adquiere las características de lo que Peggy Papp llama “*maniobras basadas en la aceptación (del consultante) y en el rechazo o desafío (del paciente)*”.³⁷³
- Son maniobras que se emplean de manera frecuente cuando los padres consultan por sus hijos, sean niños pequeños o adolescentes, también son de utilidad cuando la consulta la realiza un cónyuge, o con padres mayores. Consisten, como su nombre lo indica, en la aceptación de los consultantes de llevar adelante una propuesta terapéutica, para lograr el rechazo del paciente identificado.
- Ejemplo: hace unos años fui consultado por dos hermanos (un hombre y una mujer) adultos, casados, por la situación que le planteaba la madre de ambos a la hija. Le reclamaba que la acompañara a todas partes, que no la dejara sola y hasta le rogaba encarecidamente que durmiera con ella en las noches. Ante la crisis matrimonial de la hija, decidieron hacer una consulta. Asistieron la madre y los hijos, posteriormente la madre sola, y en una tercera sesión los hijos. Como resultado de la intervención terapéutica, los hijos le pidieron disculpas a su mamá por lo injustos que habían sido con ella, al obligarla a quedarse sola creyendo que eran “mañas”, cuando en realidad ella estaba muy enferma, tal como les había transmitido el doctor. Le dijeron que si ella los perdonaba, estaban dispuestos a llevar adelante todas las medidas que fueran necesarias para ayudarla en su recuperación. La madre, sorprendida y agradecida, no esperaba que sus hijos hubieran aceptado una internación, tal como lo proponía el profesional consultado. La oposición de la paciente a la indicación, hizo innecesaria la misma.

373 Papp, P. (1988). El proceso del cambio.

El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación

Es frecuente que una persona que le da “crédito” a otra por la coincidencia valores, de ideales y de los proyectos compartidos, se coloque en una situación de complementariedad inferior. Mientras se trata de una situación voluntaria, elegida, suele ser bien y correctamente vivida. Sucede con los niños y sus padres, con los alumnos y sus maestros, con los jugadores y sus entrenadores en el deporte infantil.

Pero cuando el tiempo transcurre y se suceden las etapas del ciclo vital, se cursan algunas crisis propias del ciclo, o bien derivadas de un suceso inesperado que sorprende y cambia la posición de complementariedad, y por lo tanto la definición de la relación entre las personas.

Cualquier intento de mantener la situación original promueve el mecanismo de formación de problemas, centrado en que la propuesta realizada es paradójica. Las soluciones intentadas “son una imagen refleja del intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación, y pueden resumirse en la siguiente afirmación: *Me gustaría que lo hiciese, pero todavía me gustaría más que quisiera hacerlo*”³⁷⁴.

Se trata de la paradoja “sé espontáneo”. No se le puede pedir a la otra persona algo que la disguste o le exija determinado sacrificio o esfuerzo. La libertad del “otro” debe ser defendida por esa “otra” persona. “Esta penosa paradoja se expresa en numerosas formas clínicas: problemas conyugales, problemas de crianza infantil, esquizofrenia”³⁷⁵.

La pauta constante que se plantea es que una persona A intenta obtener sumisión de otra B; al mismo tiempo que niega estar pidiéndole a B tal sumisión. La maniobra general a sugerir consiste en lograr que la persona que solicita algo (en este caso, A) lo solicite de manera franca, lo formule directamente, sin rodeos. Complementariamente, se debe preparar a quien hace este pedido para escuchar una respuesta que puede ser diferente de la que espera, pero que es propia de B. De esta manera, se establece un planteo claro en el nivel

374 Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio.

375 Ibidem.

relacional y la respuesta, en este nivel, es satisfactoria. La diferencia que podría existir en el nivel del contenido se puede solucionar haciendo un acuerdo sobre el desacuerdo.

La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

Muchas son las oportunidades en que las personas acusan a otra por motivos conocidos y reales, y también muchas aquellas en que las propias inseguridades, las propias ideas, se le adjudican a otros, y son responsabilidades que no necesariamente tienen.

En general, cuando una persona recibe una acusación cuyos hechos, reales o ficticios, el acusador desconoce, ya que en realidad sólo los sospecha o intuye, la defensa del acusado da sentido y veracidad a la acusación. Esta es razón suficiente para que las atribuciones realizadas por el acusador sean ciertas, válidas para él. Se trata también de la construcción de un problema a partir de una paradoja.

En esta clase de problemas, por lo general, “hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado; por ejemplo infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez, problemas de la educación de los hijos, problemas relacionados con el trabajo, etc. Lo típico es que el sujeto “A” formule acusaciones acerca de “B”, y que éste responda mediante una negación de las acusaciones y una auto-defensa. Desgraciadamente, la defensa de “B” suele confirmar las sospechas de “A”. El resultado es que “A” continúa con sus acusaciones, “B” refuerza su defensa y así sucesivamente. El juego de interacciones acabaría si una de las partes abandonara su papel repetitivo”³⁷⁶.

La maniobra puede ser trabajar con las personas por separado y solicitarle al acusado que pueda reconocer la validez de la acusación que se le realiza, como lo que piensa y cree el acusador, pero de ninguna manera lo es para quien es acusado, aunque le sea imposible de justificar, aclarar, defender,

376 Ibidem.

porque nada de lo que haga o diga desde su perspectiva será aceptado, creído, ni válido para el acusador.

Maniobras específicas con nombre propio

Si maniobras son “las acciones del terapeuta dotadas de un claro propósito”³⁷⁷, es importante considerar que si bien se realizan en el consultorio, facilitando las acciones en el consultorio mismo, también pueden ser para dar lugar a un cambio de las conductas que se llevan a cabo entre una sesión y otra.

*De acuerdo con el “lugar” en el cual el/los consultante/s, (un paciente, una pareja o una familia) realiza la reestructuración (que ya definiremos), se reconocen dos tipos de maniobras que poseen nombre propio y algunas hasta apellido. Así, cuando las verbalizaciones del terapeuta proponen o promueven pensamientos, sentimientos y/o acciones diferentes en la sesión, las llamamos **directivas**.*

Por el contrario, cuando el terapeuta intenta que estos pensamientos, sentimientos y/o acciones se produzcan en el período entre una sesión y la siguiente, reciben el nombre de **tareas**. En ambos casos, implican o bien una acción que debe ser llevada a cabo, o bien acciones que serán rechazadas o evitadas.

Hemos tratado de transmitir *que todo lo que un terapeuta haga o deje de hacer, diga o deje de decir, influye en el/los consultante/s que han venido con el deseo y/o la esperanza de que así sea*. Si evocamos el Primer Axioma de la Teoría de la Comunicación³⁷⁸ y lo parafraseamos, en lugar de decir: *es imposible no comunicar*, podríamos expresar: **es imposible no influir**. Los distintos modos de influir de un terapeuta reciben un nombre y una categorización; y para su estudio proponemos la siguiente clasificación.

- Directivas
- Redefinición Reestructuración Reencuadre-Desencuadre.

377 Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

378 Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D. (1981). Teoría de la Comunicación Humana.

- Connotación positiva
- Prescripción del síntoma
- Tareas

Directivas

Se denominan así a las “*verbalizaciones del terapeuta tendientes a que el consultante desarrolle ciertas clases específicas de acciones que directa o indirectamente impliquen una incompatibilidad con la persistencia de la solución intentada. A los efectos de una clasificación práctica excluimos de esta definición las reformulaciones, aunque también tienen por finalidad “dirigir” el comportamiento de los consultantes*”³⁷⁹

Por lo tanto la redefinición resultan el *producto de un proceso en el que consultantes y terapeutas han “hilvanado” diversas directivas, que de manera simultánea y/o sucesiva logran potenciarse entre sí, dado que son formuladas para facilitar, predisponer, y motivar el cambio.*

A través de las directivas, el terapeuta solicita información acerca del problema, de las metas deseadas de manera consensuada y trabaja en la solución del problema. Algunas son *directivas en sus distintas formas*, otras son *redefiniciones o reformulaciones*, o sea la propuesta de un cambio del sentido o de cambios en la concepción que se tiene de la naturaleza del problema, o de los modos empleados para solucionarlo. La sucesión de directivas (verbalizaciones) constituyen la “base racional” y el argumento básico de la redefinición. Todas estas y en todos los casos promueven las acciones que facilitarían el cambio necesario.

El terapeuta prepara con propuestas *generales* (directivas) el camino para *redefinir*, y cuando son aceptadas se denomina *reestructuración*. Realizada ésta que resulta visible cuando cambian las conductas de los consultantes, al continuar el proceso terapéutico las directivas tendrán ahora el objetivo de

379 Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987) *Estrategias psicoterapéuticas institucionales*. Buenos Aires: NADIR.

consolidar el cambio realizado. Más adelante volveremos a referirnos a las redefiniciones y a la reestructuración. Pasemos ahora a las distintas formas de *directivas*, con las cuales vamos a preparar el camino para las mismas.

Variadas son las clasificaciones realizadas en el tiempo, la primera y más conocida en nuestro país, es la realizada por Hirsch y Piedrabuena³⁸⁰ considerando el “*cómo*” se verbaliza la directiva. Por lo tanto tendremos, directivas:

- **Imperativa:** *Haga tal cosa.* Una directiva formulada en tono imperativo puede resultar o parecer una orden, y su aceptación será posible si la construimos y la verbalizamos, además, con firmeza y calidez. Para ello, los consultantes colocan al terapeuta en una clara y consensuada posición de complementariedad superior. Se trata, por lo tanto, de una posición otorgada por quien o quienes realizan la consulta y el terapeuta se apoya en la muy buena motivación de aquellos que le ha otorgado maniobrabilidad. Un modo más moderado puede ser cuando el terapeuta dice con firmeza y convicción: “Usted debe hacer lo siguiente...”
- **Persuasiva:** El terapeuta puede decirle al consultante: “*Me parece que sería conveniente que haga tal cosa...*”

Esta directiva está expresada desde una posición “onedown”, es decir, desde una posición de complementariedad inferior. El terapeuta se coloca en la postura de hacer una sugerencia, intentando mostrar la validez de la propuesta, con el propósito de que el consultante se convenza de la misma.

- **Dubitativa:** “*alguna persona aconsejaría que en una situación como ésta, se hicieran las cosas de tal manera, pero en su caso... no sé si ello es lo más adecuado*”.

El terapeuta tiene una certeza, pero sabe que si la plantea como tal puede generar resistencia, por lo tanto la expresa como una duda. La certeza, la convicción, será una condición del paciente. Aquello que el terapeuta intenta transmitir debe estar relacionado con la concepción que el paciente y/o los consultantes tienen o bien del problema, o bien de la solución posible.

380 Ibidem

- **Generando expectativas:** “*Se me ocurre algo que ... pero no, olvídalo, no es para usted o no es el momento adecuado*”.

Resulta necesario generar expectativas cuando la motivación de los pacientes es escasa y, por lo tanto, no contamos con maniobrabilidad. Es empleada también cuando se necesita poner a prueba la motivación del consultante. Se toma un tema de interés del paciente y/o del subsistema de impacto, comienza a desarrollarse una formulación de forma tal que los consultantes se predispongan hacia nuestra propuesta, pero antes de terminarla, el terapeuta pone en duda la validez de la propuesta, esperando que sea el paciente quien por favor le pida una respuesta, una conclusión.

La formulación se debe realizar con un planteo basado en los términos y con los valores de quien, expectante, espera una respuesta. El terapeuta se apoya en un correcto empleo de los silencios como un modo de generar expectativas y con las dudas puestas en la situación, no en la capacidad del consultante.

- **Cuando se destacan sólo ciertos comportamientos:** “*¡Qué bien!*”, “*¡Cómo se le ocurrió esa idea?*”, “*¡Qué oportuno lo suyo!*”

El terapeuta puede exaltar con sus verbalizaciones aquellas conductas que valora, que considera positivas. Por lo tanto todas aquellas conductas que no resalte o destaque serán interpretadas por el consultante de manera opuesta. El terapeuta califica los comportamientos cuando le dice a su interlocutor, cosas simples como las expuestas.

Con su fraseo, repitiendo aquello que quiere resaltar, exalta las conductas que se desean destacar. También lo hace con preguntas que generan respuestas positivas, esto significa que es el terapeuta quien se emplea como instrumento, de forma tal que el consultante registre la diferencia que hacemos de aquellas conductas que deseamos privilegiar.

Esta directiva también se la conoce como *connotación positiva de la conducta* que resulta muy diferente de la connotación positiva del

síntoma que desarrollaremos más adelante. El Dr. Marcelo Rodríguez Ceberio expresa siempre que “una connotación positiva nunca se le niega a nadie” y lo hace para destacar los cambios positivos de quienes consultan. Convengamos que resulta de enorme utilidad emplearlas en nuestras interacciones cotidianas.

- ***Cuando se desafía al consultante:*** “*En casos así, siempre que la gente tenga recursos, lo que no sé si es su caso, lo conveniente podría ser...*” Estas se emplean una vez que poseemos la certeza de que nuestro paciente y/o consultante es proclive a desafiar las propuestas que se le formulan. Para ello, debemos conocer cómo es el patrón relacional predominante del paciente o del consultante cuando debe definir la relación.

Cuando nuestro interlocutor realiza una exaltación a las propuestas basadas en la igualdad o bien muestra una escasa tolerancia a funcionar en una posición de complementariedad inferior nos puede hacer pensar en su tendencia a desafiar las propuestas que se le formulen. Cuando el consultante se muestra reacio, con escasa motivación, pero tiene la tendencia descrita, existe la posibilidad de que acepte una propuesta desafiante.

- ***Cuando se generaliza, luego se precisa y posteriormente se cambia de tema.***

Durante el desarrollo de una entrevista, el terapeuta puede aprovechar el relato que realizan los consultantes, y al recordar la similitud que expresan las relaciones que se expresan en el relato con una situación real y de conocimiento general, el terapeuta puede pasar a planear la situación particular de los consultantes, que éste relaciona de manera literal o metafórica con la queja que lo trajo a la consulta.

Se puede, por ejemplo, preguntar sobre lo que haría en una situación como la que se describe, y mientras el paciente piensa la respuesta el terapeuta cambia el tema. Consideremos que se ha dejado “sembrada” una idea, que por propia difícilmente sea resistida.

- ***Cuando se cuentan historias o anécdotas:***

Todos los relatos, todas las historias nos permiten destacar algunas interacciones. Los terapeutas accedemos a los comentarios de los consultantes y/o del paciente, en ellos podemos observar algunos en los cuales se ponen un énfasis especial. Al relatar una historia conocida en la cual están presentes las creencias y los valores de los consultantes, un relato cuyos contenidos y/o relaciones posibilitem al terapeuta y los consultantes co-construir una analogía que claramente se vincula con la queja y/o el motivo de consulta consensuado, muy posiblemente llevará al consultante a relacionar lo acordado con su situación y/o con soluciones que él podría aplicar como propias, sin que sean una propuesta directa del terapeuta³⁸¹.

- ***Cuando se hace una propuesta negociadora:*** “veo que usted tiene dos alternativas, la primera es buena para usted, pero no para su familia. La segunda es buena para su familia y para usted, pero debe aceptar su error.

El terapeuta en su trabajo hace propuestas para co-construir con los consultantes un problema, una meta y las soluciones, pero no todas las proposiciones que realiza son consideradas y luego llevadas a cabo, tomadas al “pie de la letra”. Las directivas negociadoras le permiten al terapeuta lograr que los consultantes acepten algunas de sus propuestas como resultado de desechar otras.

Cuando el terapeuta lleva a la acción esta directiva, le pide al/los paciente/s y/o consultante/s que realicen una determinada acción que, se supone, despertará una resistencia, una negativa contundente. Ante esta imposibilidad, y luego de haber solicitado insistentemente dicha acción o comportamiento sin haber obtenido una respuesta concreta, se podrá formular una propuesta que resulte fácilmente aceptable.

- ***Cuando recurrimos a la paradoja:***

Una directiva paradójica debe ser pensada y muy bien elaborada por el terapeuta, como así también construida con el o los consultantes. El propósito terapéutico es que el paciente y/o los consultantes no

381 Para más detalles acerca de esta maniobra, ver en redefiniciones el empleo que Milton Erickson hacía de ellas.

pasen a la acción la directiva paradójica. Es decir no los transforme en una conducta.

La resistencia de quienes consultan puede colocar al terapeuta y al consultante en una situación paradójica. Esta se presenta o plantea de diferentes formas y con diferentes grados de intensidad, siempre como una respuesta a las propuestas del terapeuta (cualquiera sea la línea de abordaje elegida). La situación es paradójica porque quienes consultan, quienes buscan una ayuda, un alivio, una respuesta, una información o la ampliación de la que tienen, lo hacen a partir de la necesidad de que el terapeuta les *confirmará* la visión que tienen de su problema; y el terapeuta debe hacerlos sentir confirmados (en su identidad, como preocupados, dolientes), pero no en su construcción de la realidad (que incluye el problema que motiva la consulta), al mismo tiempo que les propone una alternativa, que facilite la resolución del problema. Si no lo hiciera o no lo lograra quedaría inmerso en el mismo problema de quienes lo consultan.

En ese sentido, en estas situaciones el terapeuta se adhiere al “status quo”, al no cambio, pero también considera todas las buenas razones o propuestas que sus consultantes podrían tener para cambiar o desear cambiar y, a su vez, reconoce las dificultades que el consultante tiene para cambiar.

Puede, también ser al revés, al observar las dificultades de cambio del paciente, y/o la pareja, y/o la familia, destaca “las ventajas” de la situación que viven o bien resalta lo peligroso que puede resultar un cambio, sin estar todos los miembros de la familia preparados, ya que podría perderse una magnífica oportunidad de cambiar. Ya que de producirse sin estar todos preparados y de acuerdo, y ante la incertidumbre o la franca oposición de algún o algunos miembros de la familia, la mejor propuesta es no pasar a la acción.

Esta oposición también puede estar dirigida al terapeuta y de manera parcial o total no ser explícita, la paradoja coloca a los consultantes en una posición por la cual les resultará difícil oponerse a la directiva construida paradójicamente, si mantienen los mismos argumentos que los llevó a la consulta.

Una directiva paradójica bien construida hace que la opción del consultante resulte un desafío de la propia construcción de la realidad. La mayor posibilidad de los consultantes surge de la propia necesidad de cambiar.

Estas maniobras pueden explicitarse siempre y cuando disminuyan la resistencia, aumenten la motivación del consultante y del terapeuta y se incremente la maniobrabilidad de este último. Se formulan con distintos grados de “imperatividad” por parte del terapeuta, para que el consultante haga algo, para que no lo haga o bien realice lo contrario. Un tipo especial de directiva paradójica es la “prescripción del síntoma”, que trataremos con mayor amplitud más adelante.

Los silencios

¿Puede ser el silencio una maniobra?

¿Puede ser el silencio una directiva?

Personalmente, creo que sí, pero ello implica dejar de lado la definición de Hugo Hirsch y colaboradores, que dice que son directivas todas aquellas verbalizaciones del terapeuta. Pienso y creo que la falta de una verbalización, una expresión cuando alguien la está esperando debe ser considerada como directiva.

En un sentido analógico, el silencio puede dar lugar a que nuestro/s interlocutores *piensen, sientan y/o lleven a cabo acciones*, con el valor agregado de ser “propio producto”, ya que al no haber sido verbalizado por el terapeuta, no será posible resistencia alguna de parte de quien consulta.

Más aún: por ser el producto de la “propia ocurrencia o creatividad”, seguramente será mejor que lo que el terapeuta le pueda haber expresado, indicado.

.....
.....
.....
.....
.....

Si estos puntos representan un *silencio*, y este se produce *antes de un comentario, seguramente generaremos mayor expectativa, una mejor atención, una mayor concentración y hasta motivación ante la verbalización.*

Si los puntos de los renglones anteriores pudieran ser leídos cada uno como el vacío o ausencia de palabras o sonidos, este *silencio posibilitaría que el lector aumentara su curiosidad por conocer lo que se ofrecerá más adelante, a continuación.*

Una maniobra mencionada anteriormente al tratar las directivas mostraba que, cuando el terapeuta hacía una *generalización, luego precisaba un tema y posteriormente lo cambiaba*, lo hace para sembrar una idea, es decir, realizar un planteo que el terapeuta desea que prospere, pero como una idea personal, propia de la persona que consulta. Para que se pueda establecer esta “siembra”, es conveniente plantear la idea, luego proponer un silencio y finalmente cambiar el tema de conversación.

El silencio y una actitud de comprensión les ofrecen a los consultantes confianza y son una forma de transmitir respeto, consideración, confirmación.

El silencio, dijimos, es una directiva y puede ser también ofrecida o solicitada como *tarea* en el sentido de aconsejar que no se hable de un tema específico hasta que no haya transcurrido un determinado tiempo o un determinado acontecimiento. Y en este sentido puede ser una *tarea directa*, ya que la llevan a cabo por unas horas hasta el día siguiente o bien *paradójica*, al suponer que alguna de las partes no podrá mantener el silencio.

Mantener silencio sobre ciertos temas, para algunas personas puede ser muy difícil; para otras, en cambio, el silencio es el mayor argumento de su poder. (Vídeo del caso de una niña de 15 años, que se negaba a hablar, supervisión realizada por Hugo Hirsch).

La combinación de las palabras verbalizadas y el silencio realizado en el fraseo nos pueda dar la posibilidad de generar como resultado: una “directiva paradójica”, una “tarea preparatoria”, una “tarea directa”, una “tarea indirecta”, una “tarea paradójica”.

Es frecuente que el terapeuta le solicite a la pareja o a la familia que consulta, que por cierto tiempo se mantenga sin hablar de un tema polémico, para que lo planteado en sesión sea revisado en forma personal, en un período que trascienda el espacio de la sesión. De este modo, una solicitud de este tipo propone una *tarea* para la casa, tema que desarrollaremos posteriormente.

Otra clasificación posible pensada en el “*para qué*”³⁸² de la pregunta, las respuestas orientan a la acción en el futuro.

1. *Para solicitar información, y/o para ampliar y/o precisar o aclarar la información ya ofrecida.*

Son aquellas preguntas habituales y generales que se realizan en la *etapa social*, para conocer los nombres y las edades de quienes asisten a la primera consulta, cuando se desea conocer la escuela a la que asisten los niños y/o los adolescentes, para conocer acerca de las actividades de los adultos, el domicilio, y saber siempre han vivido en la provincia, etc. Será importante conocer si se trata de una consulta realizada por propia motivación, y porque se es consultado. Si no fuera así, será bueno conocer si fue una derivación realizada desde la escuela, o desde un juzgado, etc. También será quien o quienes fueron quienes sugirieron o condicionaron la consulta.

En un segundo momento de la primera entrevista, ya en la *etapa de planteo del problema*, el terapeuta realizará preguntas para conocer las razones que han motivado la consulta en el momento actual, cuando comenzó el motivo que los trae ahora a la consulta (para conocer el tiempo transcurrido entre la aparición del problema y este momento). Si se trata de la consulta de una pareja o de una familia, las preguntas se formulan para todos y se considera quien o quienes responden. También quien o quienes se abstienen de hacerlo.

En la etapa en la cual se les solicita a los presentes que *interactúen* para acordar un orden de la importancia que cada uno le asigna a los temas planteados. Observando la relación entre los presentes.

Será en esta etapa en la cual surgen la mayor cantidad de preguntas de parte del terapeuta y que creemos conveniente desglosar. En las siguientes etapas de una primera entrevista como es la *definición de los cambios deseados* y la *etapa de cierre* y debemos considerar la clasificación realizada por Hirsch y Piedrabuena y que están íntimamente relacionadas con el *cómo* se verbalizan dichas preguntas.

2. *Para propiciar o generar reflexiones, y/o emociones, y/o acciones.*

Considerando *el modo, el tono* de nuestra propuesta podremos formular preguntas que generen un clima de intimidad y de conexión entre los asistentes, sea una entrevista individual, de pareja y/o de familia. Para lo cual el terapeuta puede acercar su silla a quien llora, o muestra su tristeza, y en el modo más cálido y empático reconoce la validez de su dolor y su tristeza y le pregunta ¿Usted cree que alguien que se encuentre en una situación como la suya podría no llorar, no estar triste?

Y puede agregar que sólo después de expresar sus emociones, podrá cambiar ese llanto por una reflexión y de manera más que conveniente de continuar en la vida. Pero todo a su tiempo, ahora es el momento de las emociones que expresan su verdadero sentir. Luego vendrá el momento de las acciones. Entonces el terapeuta podrá preguntar ¿Qué va a hacer? ¿Qué acciones va a emprender como manera de aliviar y/o solucionar este problema?

3. *Para dar lugar a excepciones resulta propicio hacer preguntas abiertas.*

Conocer si la circunstancia que aflige, preocupa se presenta desde hace mucho tiempo. Será importante conocer si es una situación que se mantiene todo el tiempo o tiene episodios, ya que se presenta en algunos momentos, por lo tanto debemos conocer cuáles son las circunstancias que se pueden asociar a la presencia, y cuáles son razones que lo mantienen. También es oportuno conocer cómo se produce el alivio.

En el relato que surge de estas respuestas podremos conocer los circuitos mantenedores del síntoma o problema, las soluciones intentadas y fallidas, pero también aquellas que fueron exitosas pero se abandonaron. Como resultados los consultantes podrán reflexionar sobre aquellas acciones exitosas en cuanto a los resultados obtenidos y que fueron abandonadas, en muchas ocasiones sin saber por qué.

Rescatar las excepciones experimentadas del pasado que otorgan validez a los propios recursos, da lugar a la esperanza. ¿Si alguna vez pudo resolver un problema similar al que se me presenta ahora posiblemente lo pueda solucionar?

4. *Para cerrar temas debemos hacer preguntas cerradas y específicas.*

En muchas ocasiones se realizan consultas en las que se hacen referencia a síntomas obsesivos o bien fóbicos, en su relato los consultantes hacen referencia a todos los tipos de intentos de solución practicados, algunos de los cuáles han sido francamente fallidos, pero otros no tanto (faltó intensidad, o bien continuidad) y por último unos pocos que representaron el cambio deseado, fueron dejados de lado. Éstos representan soluciones exitosas, abandonadas por no se sabe qué razones. Con las preguntas cerradas el terapeuta puede darle un sentido positivo a éstas últimas, que además tienen el valor de haber sido pensadas y llevadas a cabo por el propio consultante. Con las respuestas a este tipo de preguntas pondremos énfasis en lo que *sí* se debe hacer y al mismo tiempo en las que *no* debería repetir, mantener.

Con el sí de sus respuestas el consultante le otorga sentido y validez a los aspectos positivos que resultan de sus propios recursos. Surge motivación y la esperanza.

5. *Preguntas circulares para describir las relaciones de la familia.*

Representa una manera de conocer cómo comprenden “terceros” la relación de dos personas. Por ejemplo un hijo describiendo la relación de sus padres. Un padre relatando las interacciones de sus hijos. Las respuestas pueden contener descripciones que representan alternativas viables para el cambio en la definición de la relación.

Las preguntas circulares amplifican la visión del problema y de las posibles soluciones a la vez que interfieren e invalidan respuestas lineales. Fueron inicialmente utilizadas por los terapeutas que hacías preguntas por turno a los diferentes miembros de la familia sobre las conductas de dos o más de los otros miembros. El terapeuta entonces construía un mapa de la familia como red de relaciones interconectadas, considerando la coherencia entre los pensamientos y las emociones. Utilizadas en los procesos de mediación, muestran los posibles patrones existentes entre el problema y la relación personal de los involucrados. Se utilizan para crear circularidad en el tiempo, se puede preguntar “¿Qué pasó antes de...?”, “¿Qué crees pasará después de...?”.

6. *Para hacer evidente y manifiesta la participación de quien no se siente involucrado.*

Se pueden hacer preguntas para que la respuesta haga evidente la participación responsable de quien responde. Por ejemplo se le puede preguntar a un individuo si existe la posibilidad de que la conducta de otro y que le ha causado tanto daño, resulte una respuesta a algo que él hizo o dejó de hacer para que esa persona le haya respondido de esa manera.

Se le puede preguntar a un adolescente “cómo o qué hacés para que tu mamá sea siempre así de molesta”.³⁸³

Otras directivas

Se trata de verbalizaciones que realiza el terapeuta a modo de reflexión, como expresando de manera explícita los patrones de interacción mostrados por los consultantes en la entrevista y que acuerdan son comunes y frecuentes en la cotidianidad de la vida familiar. Se pueden llevar a cabo de diferentes maneras:

383 En el Capítulo 26, caso David, se encuentra esta pregunta.

1. *Pensamientos en voz alta*. Utilizando sólo el comienzo de refranes o dichos populares, con la intención de que sean completados por los consultantes.
2. La dramatización de un *diálogo interno del consultante* (en el marco de un circuito autorreferencial). Por ejemplo: una madre, cuyo hijo se lleva muchas materias a rendir desde el segundo trimestre, se encuentra en el dilema de contarle a su esposo esta terrible situación. Sabiendo que no le va gustar y se va a enojar con el hijo y con ella. Puede ponerse o explotar, poniéndose agresivo. Pero. También sabe que si no se lo cuenta me va a decir que es cómplice del hijo y que por lo tanto me va a adjudicar la responsabilidad del bajo rendimiento escolar. Cuando el terapeuta verbaliza estos posibles pensamientos debe observar cuánto y cómo su relato es verosímil para la madre. De esta manera se siente comprendida con lo cual aumenta su motivación y por ende la maniobrabilidad del terapeuta. Naturalmente podrá pasar a otra instancia vinculada a la acción que va a llevar a cabo.

Cuando el terapeuta realiza una dramatización, siempre debe aclarar que se trata de lo *que imagina* que es posible en la familia. Y completa con otra pregunta ¿Es posible que sea de esta manera?

3. La dramatización de un *diálogo posible en la familia* (en el que el terapeuta, hace dos, tres, o más personajes). Mostrando el circuito interaccional mantenedor del síntoma. Por ejemplo una familia compuesta por una mamá (M), un papá (P), una hija mayor (Ha) y un hijo (Ho). Se trata de un caso similar al recientemente citado, sólo que ahora hay una hija mayor que ha tenido un rendimiento ejemplar durante su escolaridad. Durante la consulta el terapeuta puede verbalizar un circuito interaccional que expresa el conflicto familiar.

El terapeuta expresa: permítanme expresarme para saber si he comprendido la situación que me relatan. Y en voz alta lo que ha escuchado del relato familiar a cerca del problema que los trae a la consulta. “Si entiendo (Ho) se lleva numerosas materias desde mediados de año, razón por la cual (M) se molesta con (Ho) que es justificado por (P) que prefiere que su hijo desarrolle su actividad de-

portiva (juega muy bien al futbol e imagina un futuro profesional), por lo que (Ha) hace una clara alianza con su mamá y discute con su (P)”, el terapeuta pregunta: ¿Es así?

Este circuito, también está presente cuando se discute durante la semana, porque (Ho) sale con sus amigos y llega tarde en las noches. (P) lo defiende y explica que si no sale viernes y sábado porque tiene partidos, no está mal que lo haga en la semana. (M) se queja de que no duerme esas noches y (Ha) recuerda que a ella no la dejaban salir.

Otras preguntas más directas nos ofrecen la posibilidad de conocer el circuito interaccional de la familia vinculado al síntoma o al problema si preguntamos: ¿Cómo describiría que son las interacciones que se presentan antes de que surja el síntoma o problema? ¿Qué dice o hace o no dice o no hace usted?

De manera complementaria es conveniente conocer las conductas de los otros miembros del sistema y lo podemos hacer con siguiente pregunta: *¿Qué dicen o hacen los otros, su cónyuge, sus hijos, sus padre según el grupo de la familia conviviente o cuando la visitan otros familiares significativos (abuelos, por ejemplo).*

Cuando deseamos conocer cuál es el *circuito autorreferencial del paciente*, de acuerdo a la conducta podremos preguntar: *¿Cuáles son los pensamientos más frecuentes de su parte?, ¿Cómo piensa que son las “cosas”.*

Para conocer acerca del circuito autorreferencial de las personas próximas y significativas para el paciente nuestra pregunta podrá ser: *–De acuerdo a la conducta de los otros ¿Qué cree que piensan, (por ejemplo su cónyuge, sus hijos, sus padres) según el grupo de la familia conviviente o cuando la visitan otros familiares significativos (abuelos, por ejemplo).*

En la *Terapia centrada en soluciones* se sugiere realizar lo que han denominado *preguntas de influencia relativa* por ejemplo:

- Por ejemplo cuál es la influencia que el problema ha tenido y tiene en la vida de la persona; y por el contrario,
- Cuál es la influencia que la persona ha tenido y tiene en “la vida del problema”.

Redefinición, reestructuración, reencuadre-desencuadre

Si recordamos la definición de directivas³⁸⁴ de Hirsch y Rosarios que ofrecemos con antelación, observamos que las redefiniciones son directivas.

Se entiende por *redefinición* “la operación mediante la cual el terapeuta ofrece un nuevo sentido”³⁸⁵, como así también cuando ofrece una descripción diferente (modifica la puntuación de las secuencias, las jerarquías dadas a las personas, a los hechos y elecciones realizadas, etc.) a una situación que los consultantes han definido como problema, y que causa pena, dolor, fastidio o agresión. Cuando el paciente y/o los consultantes aceptan este nuevo sentido, esta nueva descripción, experimentan un cambio en la visión del problema en cuanto a la pena, el dolor, el fastidio o la agresión. Se experimenta, así, una *reestructuración*.

Por su parte, Michael White y David Epston³⁸⁶ plantean algunas preguntas, cuyas respuestas facilitarán la comprensión de lo expuesto:

- ¿Cómo explicamos entonces la experiencia que una persona tiene de sus problemas y la presentación de éstos para la terapia?
- Podrían hacerse una serie de suposiciones. Podríamos asumir que la experiencia de una persona es problemática para ella, por ejemplo, porque se la sitúa en relatos que otros tienen acerca de ella y de sus relaciones, y que estos relatos son dominantes en la medida que no dejan espacio suficiente para la presentación de los relatos preferidos por la persona. O podríamos también suponer que la persona en cuestión participa activamente en la representación de unos relatos que encuentra inútiles, insatisfactorios y cerrados, y que estos relatos no incluyen suficientemente la experiencia vivida de la persona, o se hallan en contradicción con aspectos importantes de esa experiencia vivida.

384 Verbalizaciones del terapeuta tendientes a que el consultante desarrolle ciertas clases específicas de acciones que directa o indirectamente impliquen una incompatibilidad con la persistencia de la solución intentada (Hirsch, H. y Rosarios H. Estrategias psicoterapéuticas institucionales).

385 Hirsch, H. y Rosarios H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

386 White, M. y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos.

- ¿Cuáles son las implicaciones de estas suposiciones para la actividad que llamamos terapia? Si los supuestos son razonables, entonces podremos dar por sentado que, cuando alguien acude a terapia, un resultado aceptable podría ser la identificación o generación de relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados que aporten posibilidades más deseables y que las personas experimentarán como más útiles, satisfactorios y con final abierto.

En esta circunstancia, quien haya consultado ha *reestructurado*.

Hirsch y Rosarios entienden que **reestructuración** “significa cambiar el propio marco conceptual o emocional en el cual se experimenta una situación, y situarlo dentro de otra estructura que aborda los hechos correspondientes a la misma situación concreta, igualmente bien o inclusive mejor, cambiando así el sentido de los mismos. Lo que cambia es el sentido atribuido a la situación y no los hechos correspondientes a ésta”³⁸⁷.

Acerca de la *redefinición*, ya en 1597 **Francis Bacon**, en su libro *De la negociación*, dejó establecido:

Si queréis manejar a un hombre, habéis de conocer primeramente su naturaleza o sus modos, para así manipularlo; o sus fines, y así persuadirle; o sus debilidades y desventajas, para amedrentarle; o bien a aquellos que tienen influencia sobre él, para así gobernarle. Al enfrentarnos con personas arteras, hemos de considerar asimismo sus finalidades para interpretar sus discursos, siendo preferible decirle lo menos posible y aquello que menos esperan.

Y **Wittgenstein** planteó acerca de la *reestructuración*:

No llama la atención hacia nada, no da lugar a introspección comprensiva, sino que enseña un juego diferente, haciendo así obsoleto el anterior³⁸⁸.

387 Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

388 Citado en Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

A su vez, **Saint-Exupery**³⁸⁹ planteó: “La verdad no es aquello que descubrimos, sino lo que creamos”.

Inclusive Epicteto³⁹⁰, en el siglo I, ya había sentenciado:

No son las cosas mismas las que nos inquietan, sino las opiniones que tenemos acerca de ellas. Las palabras “acerca de” recuerdan el hecho de que cualquier opinión es *meta* con respecto al objetivo de dicha opinión o punto de vista, y pertenece, por tanto, al nivel lógico inmediatamente superior.

La reestructuración opera, así, en el nivel de la materialidad, en el cual, como hemos intentado señalar, puede tener lugar un cambio, incluso si las circunstancias objetivas de una situación están más allá del poder humano.

¿Qué es lo que se halla implicado en la reestructuración?³⁹¹

- “Nuestra experiencia del mundo se basa en la categorización de los objetos de nuestra percepción en clases. Estas clases son constructos mentales y por tanto aspectos de la realidad totalmente diferentes de los objetos mismos. Las clases se forman, no solamente sobre la base de las propiedades físicas de los objetivos, sino en especial de su grado de significación y de valor para nosotros”.
- “Una vez que un objeto ha sido conceptualizado como miembro de una clase determinada, resulta extremadamente difícil considerarlo también como perteneciente a otra clase. El hecho de pertenecer a una clase, por parte de un objeto, se designa como su *realidad*”.
- “Lo que hace que la reestructuración sea un instrumento tan eficaz de cambio es el hecho de que, una vez que percibimos la pertenencia alternativa de un miembro u otra clase, no podemos volver tan fácilmente a la trampa y la angustia representadas por el previo punto de vista acerca de su *realidad*”.

389 Ibidem.

390 Idem.

391 Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

De acuerdo con Hirsch y Rosarios³⁹², las reformulaciones o redefiniciones están dirigidas a dos aspectos:

- *A la naturaleza del problema* (Por ejemplo, cuando el terapeuta hace referencia a una característica del hijo diciéndole: “Su chico no es malo, está enfermo”).
- *Al significado de la solución intentada*. (Por ejemplo, cuando el terapeuta le dice a un padre: “Con este comportamiento ‘sobre-protector’, usted lo desprotege, porque no lo prepara para la vida; como usted le soluciona los problemas, es probable que él no sepa si puede o no hacerlo solo).

En su libro *Raíces Profundas*, William O’ Hanlon realiza una sistematización de la técnica empleada por Milton Erickson que resulta muy útil para aprender a **redefinir**. Para que esta tarea resulte más fácil y sencilla debemos distinguir entre:

- *Reencuadre o Reestructuración*: el terapeuta o el proceso terapéutico le proporciona al consultante un marco de referencia o un significado alternativo a la situación relacionada con la queja que trajo a la consulta.
- *Desencuadre*: cuando se anula o arrojan dudas sobre los marcos de referencia o significados atribuidos a una situación preocupante hasta ahora.

O’ Hanlon realiza una distinción importante, ya que reconoce, distingue y diferencia los *hechos* de los *significados*³⁹³. Llama:

- *Hechos* a todas aquellas observaciones y descripciones con base sensorial, lo que realmente sucede o ha sucedido que puede ser percibido por nuestros sentidos de muy distintas formas. Michael Yapko, destacado profesional anteriormente mencionado, los llama *acontecimientos*.
- *Significados* a las interpretaciones, conclusiones y/o atribuciones derivadas o realizadas de los hechos que se trata o bien relacionadas

392 Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

393 O’ Hanlon, W. (1989). *Raíces Profundas*.

con ellos. Michael Yapko las llama *atribuciones*, y se encuentran en el plano de las ideas, de los pensamientos.

Podemos *reencuadrar o desencuadrar*, en otras palabras *redefinir*, a partir de “unir” lo que estaba separado o de separar lo que está unido. Lo llamamos “*separación*” o “*vinculación*”, y se basa en la propensión natural de las personas a trazar distinciones (separar) y/o realizar asociaciones (vincular). Con estas dos operaciones podemos generar todos los elementos con los cuales construimos “significados” adjudicables a los “hechos”, y de esta forma, podemos armar un nuevo marco de referencia o encuadre.

Atribuciones causales

Con respecto a la *modificación de los significados*, O’ Hanlon (1989) plantea la tendencia natural a asignar a la información que obtenemos, cualidades, características o relaciones con situaciones conocidas y manejadas por la experiencia previa.

Este mecanismo se realiza por medio de la formulación de teorías o razonamientos *acerca de las causas o los por qué* de lo que sucede o de lo que no sucede. Así, tratamos de que estas teorías que construimos nos expliquen las razones de lo que está pasando, lo cual se relaciona directamente con nuestra tendencia a buscar y determinar si nos encontramos en presencia de una *causa* o un *efecto*.

De intenciones, motivaciones o propósitos y función

Esta tendencia natural a relacionar las cosas para buscar una explicación a las propias acciones o a las de otras personas se basa en la elaboración de constructos, cuya función es, por lo tanto, atributiva.

De rasgos de personalidad: Muchas son las oportunidades en que la atribución tiene una clara referencia a características de personalidad que le adjudica-

camos a quienes interactúan con nosotros. Se trata de las ideas que tenemos acerca de cualidades interiores psicológicas o emocionales de esas personas.

“Lectura de la mente”. *Las experiencias internas de otras personas*: Es aquella situación en la cual algunas personas actúan con la certeza de saber qué piensan y/o sienten sus familiares, amigos y/o cualquier otra persona.

Clasificación y agrupamiento

Con la información que se maneja en la entrevista se puede hacer:

- *Clasificación*: Todas las personas tenemos la tendencia de ordenar, clasificar las cosas. El modo en que elegimos hacerlo es arbitrario, es una elección de la persona en cuestión. Destacamos una característica significativa o un rasgo sobresaliente y en virtud de esta observación clasificamos, le asignamos un lugar, una función, pensamos en un origen o en un pronóstico. Lo hacemos en forma natural, de un modo espontáneo ante todo lo que sentimos, pensamos o hacemos. También sucede con sentimientos, pensamientos y acciones que le atribuimos a los otros.
- *Designación*: Es parte de la misma característica, ya que siempre tenemos una tendencia a ponerle nombre a las cosas, a las experiencias vividas o relatadas por otros.
- *Generalización*: Cuando hacemos una globalización de una particularidad, haciendo que sea lo *mismo* una vez que *siempre*, o que *un hombre* sea igual que *todos los hombres*.
- *Adjetivos caracterizadores*: Cuando le asignamos una cualidad o resaltamos una característica o alguna experiencia y esta se destaca, sobresale por encima de las demás.
- *Equivalencias*: Cuando decimos que una experiencia es semejante a otra. Por ejemplo alguien hace un relato y otro de los presentes, dice:–“*Sí, a mí me pasó lo mismo. Resulta que...*” con lo que ese otro sujeto interpreta que su interlocutor ha tenido una experiencia semejante y lo podrá entender, comprender, ubicarse en su lugar.

- *Vinculación:* Cuando unimos, asociamos o ligamos dos o más elementos que no estaban juntos, asociados o unidos. Al vincularlos, modificamos la concepción que teníamos de ellos: “*Dime con quién andas y te diré quién eres*”. Si hablamos de caballo blanco, en la Argentina, pensamos en San Martín.
- *Separación:* Cuando separamos dos o más elementos que en general la gente asocia como una misma cosa, si bien pueden presentarse por separado, aunque ello no fuera lo corriente.
- *Evaluaciones:* Cuando se formula un juicio acerca de los méritos o la importancia de algo o alguien.
- *Conclusiones:* Cuando se realiza una conclusión sobre el significado o la implicación de una experiencia.
- *Predicción:* Se llama así a una conclusión en la que se anticipa o prevé el futuro.

Metáforas

La metáfora constituye uno de los métodos más ingeniosos y agradables para redefinir, reformular, desencuadrar o reencuadrar la concepción del problema y las soluciones intentadas que traen los pacientes, en el momento de la consulta.

Para hacer un empleo correcto de las metáforas en la psicoterapia debemos hacer un recorte de las interacciones que se dan en el sistema terapéutico. Es decir, seleccionamos interacciones que describan el circuito mínimo mantenedor de la queja por la que se consulta y/o del síntoma, que son redundantes y en las cuales se expresan las patologías relacionales derivadas de los axiomas de la comunicación (rechazo, descalificación, diferencias en la puntuación, complementariedad rígida o escalada simétrica). Así, puede observarse la **interacción disfuncional básica** a partir de la cual se organiza el problema, o bien lo que los consultantes plantean como queja y/o motivo de consulta, formado y posteriormente mantenido sobre la base de la visión de mundo y el sistema de creencias de quienes participan de la interacción. La

observación y el chequeo de esta *interacción disfuncional básica* permitirán encontrar un símil, una metáfora de lo que los consultantes plantean como problema.

Las metáforas pueden emplearse de tres formas diferentes, según describe O' Hanlon cuando sistematiza el uso que hacía Milton Erickson de las mismas: las analogías, el encuadre metafórico y las metáforas propiamente dichas.

- *Analogía*: podemos definirla como “cuando *algo* se asemeja a *otra cosa*”. Abordamos la “*cosa*” cuando observamos que el tratamiento, la conversación sobre ese “*algo*” generará resistencias o un clima de tensión, en el paciente y/o sistema de impacto, que será no apto para la buena comprensión por parte de lo que deseamos transmitir. En general, no es necesaria una explicación.
- *Encuadre metafórico*: Cuando hacemos una descripción y en ella hay una imagen implícita, esta imagen que nos encargamos de describir minuciosamente contiene elementos, y acciones que la transforman en un símil, un “sinónimo simbólico” de la situación que el paciente y/o sistema consultante vive, y no puede resolver. Esta debe ser tomada por el terapeuta y trabajada de manera que pueda ser incorporada por el consultante, modificando de alguna manera la visión del mundo (reencuadre y/o desencuadre). Es una explicación, en otros términos y con otro tema.
- *Metáfora*: Cuando se narra una **historia** que lleva implícita la imagen que queremos que el paciente y/o consultante haga propia. Esta historia se caracteriza por la descripción de una **acción** que tiene principio, medio y final. Con ella se le ofrece al consultante una comprensión de su situación y se le formula una propuesta de solución al motivo de consulta.

Jeffrey Zeig en su libro *Un seminario didáctico con Milton Erickson*, destaca que las anécdotas pueden tener diversos orígenes:

- *Ficticias* cuando su origen está basado en: los cuentos tradicionales, en las fábulas, en parábolas³⁹⁴ y/o en alegorías³⁹⁵
- Relatos o crónicas de genuinas experiencias, personales o de público conocimiento.
- Aventuras vitales, propias o socialmente conocidas.

A su vez, señala que Erickson las empleaba en cualquier fase del tratamiento, y que pueden ser muy útiles para:

- El diagnóstico.
- El establecimiento de una relación empática.
- La ejecución de un plan de tratamiento, porque son muy útiles para encuadrar y reencuadrar.

En mi caso particular, empleo las metáforas desde un primer momento, desde los conocimientos de la ficha de preentrevista, y ya en la etapa social de la primera entrevista, ya que al consultar, nuestros interlocutores pueden hacer referencia a su situación como de dolor o de angustia. Como terapeutas, somos sintónicos con la situación y el estado de quien nos habla cuando decimos:

- “Claro, se encuentra en un callejón sin salida”.
- “Bien, entiendo que se sienta como en un pozo profundo”.
- “Sí, me doy cuenta de que su situación se parece a caer en una ciénaga en la que cuanto más hace para salir, más siente que se hunde”.

Cuando hacemos estos comentarios, estamos haciendo dos acciones a la vez, como maniobra general estamos empleando, aquella que establece que el terapeuta debe *adquirir y mantener la credibilidad, la confianza y la maniobrabilidad*, y lo intentamos usando una metáfora. Si el consultante acepta la metáfora como expresión de su situación, hemos sembrado una idea. Más que eso: una imagen que, por ejemplo, en el primer caso implica que lo adecuado

394 Narración de un suceso fingido, de que se deduce, por comparación o semejanza, una verdad importante o una enseñanza moral. Microsoft® Encarta® 2008. © 1993-2007 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

395 Ficción en virtud de la cual algo representa o significa otra cosa diferente. Microsoft® Encarta® 2008. © 1993-2007 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

es retroceder, desandar el camino o por lo menos aceptar como válida la alternativa de no seguir, de no hacer más de lo mismo.

En la interacción con los consultantes coconstruimos el problema, la meta mínima, las nuevas soluciones a intentar y las teorías que apoyan la concepción que se tiene de esta información y de cómo solucionar el problema. En la recolección de todo este material y en la interacción permanente, comenzamos a establecer el estilo preferencial del o los consultante/s; si prefiere una comunicación con predominio de contenido y relaciones afectivas, o con más o menos contenidos y relaciones cognitivas y lo mismo en lo que hace a lo conativo o propuestas de acción.

La metáfora interaccional responde al estilo del consultante, lo que nos cuenta está organizado en el **razonamiento** que hace del problema, o bien prevalecen los **sentimientos** o bien apela a la **acción** llevada o a llevar a cabo. En cualquier etapa puede ser incluida una analogía, un encuadre metafórico o una metáfora.

Las **analogías** nos evocan una imagen semejante a la interacción disfuncional básica y generalmente no requieren de una explicación. Se puede comprender claramente cuando comparamos una situación con un freezer, o bien con un fusible (que se encuentra allí para proteger el circuito), o con una guerra de trincheras (de las que nadie sale, más bien espera, sin que cambie el clima de guerra), con un callejón sin salida, con un drama, con una comedia, con un tandem (método empleado por los ciclistas para que el esfuerzo que implica la resistencia del viento sea “soportado” por quien va adelante, y beneficiando a quienes lo siguen haciendo un menor esfuerzo), o bien cuando le recordamos que actúan como si fueran los dueños de la pelota (no es conveniente que no formen parte del equipo, sin correr el riesgo de quedarse sin partido).

Es de suma utilidad tener algunos elementos reales que evoquen la imagen y/o su manera de funcionar, ya que tenerlo en las manos facilita la vivencia y genera una mayor intensidad a nuestro mensaje. (fusible, clavo, brújula, mapa, tornillos, tuercas, etc.).

Son **encuadres metafóricos** los refranes, los dichos populares o ciertas descripciones que llevan una imagen, una acción implícita que refleja la interacción disfuncional básica y que puede ser tratada de manera explícita, ya que genera una mínima oposición o resistencia.

Son **metáforas** los relatos o “historias de ...” que, conocidas o creadas al efecto, compartimos con los consultantes. Todas las historias tienen un protagonista, el consultante, que se siente identificado o no, ya que puede adjudicarle a otro el protagonismo y, por lo tanto, la responsabilidad de sus males y pesares. Nosotros somos quienes debemos establecer la diferencia.

Con la metáfora interaccional, intentamos que los consultantes vean, sientan y/o reconozcan el juego en el que están implicados. Además, que perciban cómo *un cambio en el principal afectado* cambia la situación y su relación con el otro o los otros. La persona que consulta puede y debe visualizar el cambio a partir de la puesta en acción de maniobras sobre sí mismo, dado que sólo sobre sí mismo tiene un exclusivo y total control. También resulta afortunado: la solución la realiza a su propia medida; nosotros sólo lo ayudamos.

Prescripción del síntoma

La *prescripción de síntoma* es una maniobra que recibe “nombre propio”, dada su utilidad e importancia. Nos referimos a ellas al abordar las *Maniobras Generales*, específicamente a las *de comienzo*. Ahora bien, concretamente, ¿Qué es prescribir el síntoma?

Cuando personas preocupadas realizan una consulta con el deseo de modificar una situación, de resolver un problema, esperan una respuesta que alivie o solucione su inquietud.

Si el terapeuta advierte que la motivación es nula o escasa, y que la maniobrabilidad con que cuenta es directamente proporcional a la motivación, si el portador de los síntomas se encuentra en la fase de precontemplación o de contemplación, etc., todas las posibles intervenciones “caerán en saco roto” y los resultados no tendrán ninguna relación con la claridad que podamos tener del problema. Por el contrario, si del resultado de una primera entrevista hemos podido consensuar con los consultantes de cuánto y cómo el síntoma forma parte habitual, cotidiana y “normal” de las interacciones del sistema, seguramente podremos convenir que no cambiar (maniobra general de comienzo) “por ahora” es conveniente, con dicha verbalización estaremos (estarán, los consultantes) contradiciendo su propia epistemología; es decir,

la concepción que tienen y traen del problema que los aqueja, del paciente sintomático y de ellos, miembros significativos con que éste interactúa. Si así sucede, hemos estado trabajando desde *directivas paradójicas*. Pero como se elaboran con el objeto de modificar la epistemología del paciente identificado y de su familia, se transforman en una **redefinición**.

El terapeuta prescribe, insta, promueve a la familia y/o al paciente individual a que continúe haciendo exactamente lo que consideran “sintomático o enfermo”, lo hace con los mismos argumentos, fundamentos de la familia. Éstas han “sostenido” lo que ahora desea cambiar. Las razones invocadas por el terapeuta para solicitar estas acciones están apoyadas en los comportamientos que quienes consultan han manifestado en el desarrollo de la entrevista. De acuerdo con ellas podrá generar las *directivas paradójicas* y las redefiniciones (que desarrollaremos en el próximo tema) a partir de las cuales propondrá una visión alternativa de la realidad descrita por los consultantes.

Prescribir con éxito significa que el terapeuta se anticipa a lo que sucederá. Por lo tanto, si quienes reciben la prescripción están preparados y/o conocen lo que va a suceder, obviamente se modificará el contexto y también la configuración familiar (circuitos de retroalimentación). Funcionalmente, el paciente y/o la familia está/n en otras condiciones cuando se plantea el síntoma. De este modo, las respuestas serán diferentes, y diferente será también la interacción, ya que se ha creado un nuevo circuito, en el cual el síntoma no está presente y, si lo está, no se le otorgan los mismos significados ni se le hacen las mismas atribuciones. Posiblemente, han pasado de una etapa de contemplación o preparación del problema a la etapa siguiente de preparación y/o acción, según corresponda.

Como se planteó anteriormente, es muy importante saber distinguir entre *directivas paradójicas* y *tareas paradójicas*.

El terapeuta debe tener muy claro cuándo dice algo para que se haga, o cuándo dice algo para que no se haga. El modo empleado, el fraseo, la entonación y la postura deben ser significativamente diferentes. La *directiva* se expresa de manera tal que la acción que puede estar implícita no se lleve a cabo. Cuando se frasea una *tarea* esta debe ser llevada a la acción, por lo menos en un principio

La *prescripción del síntoma* puede ser **parcial**, y esto implica un pedido explícito de que se mantenga o exagere una conducta identificada como problema, que puede ser el síntoma o una conducta que ayude a mantener el síntoma.

Para construir una *prescripción del síntoma* debemos valernos de contenidos o aspectos que incluyan valores que le ofrezcan credibilidad a quien va dirigido:

- *Componente afectivo*: cuando la construcción realizada por el terapeuta está basada en los aspectos afectivos de la relación existente entre los consultantes, o entre el paciente identificado y quien él determina como significativamente involucrado. Se le puede pedir al paciente que se deprima o tenga miedo como una forma de conocer más acerca de lo que le pasa en esas circunstancias.
- *Componente cognitivo*: cuando la construcción de la maniobra se basa fundamentalmente en las ideas y pensamientos más frecuentes, que son los que provocan o mantienen esa depresión o ese miedo.
- *Componente conativo*: cuando la prescripción se realiza preferentemente entre los aspectos “conductuales” de quienes vienen a la consulta y/o de alguna otra persona que se encuentra francamente involucrada. Por lo tanto, se lo insta a actuar como si en realidad estuviese sucediendo o pudiera suceder lo no deseado.
- *Componente significativosimbólico*: dada nuestra natural tendencia a rotular experiencias o acontecimientos, la prescripción realizada debe tender a bloquear una posible interpretación que mantenga o agrave el síntoma, o bien a ofrecer una que resulte más conveniente.
- *Componente contextual*: cuando la prescripción se hace teniendo en cuenta el contexto del paciente y/o consultante, que puede estar prevenido de la solicitud del terapeuta y no responder según el circuito del síntoma, bloqueándose. Es lo que Peggy Papp (1988) describe como “maniobras basadas en la aceptación y el rechazo”.

Connotación positiva del síntoma

Como decíamos anteriormente, es una maniobra con nombre y apellido. Se apoya en las directivas que han posibilitado construir el problema o las metas, y cuando se trabaja en pro de las soluciones, de manera sutil y con mucho cuidado, indagando acerca de cuáles habrían sido los beneficios del problema.

Conocemos los problemas acarreados; ahora bien, deberíamos saber cómo ha perdurado el síntoma (soluciones intentadas) y qué beneficios podemos destacar del mismo. En efecto, al hacer una evaluación positiva de lo que la situación permite, el terapeuta construye con la familia el sentido que ha tenido el síntoma o la conducta disfuncional, considerada patológica o enferma. La connotación positiva del síntoma tiende a modificar el sistema de valores de la familia, de los consultantes y por consiguiente su modelo de mundo. Cuando el significado y la evaluación de una conducta cambian, los miembros de la familia deben reaccionar necesariamente de un modo diferente con respecto a esta conducta.

Describir los comportamientos sintomáticos como erróneos, en cuanto tienden a mantener la homeostasis de un sistema paralizado en el sufrimiento, de modo implícito define que el sistema debe cambiar. Si así lo hiciésemos, trazaríamos una distinción entre la tendencia homeostática como “mala” y la capacidad de transformación como “buena”, desconociendo que ambas son caracteres funcionales de todo sistema, que transcurren circularmente según un continuum³⁹⁶.

Se trata entonces de una *prescripción de los síntomas*, que permitirá *reencastrar* o redefinir la evaluación, la descripción de las secuencias y características que hace la familia de los síntomas y conductas orientadas a las soluciones posibles, pero no exitosas. Por lo tanto, esta **redefinición** se puede transformar en reestructuración.

Los terapeutas de la Escuela de Milán proponen la necesidad de incluir a todos los miembros del sistema en dicha visión positiva. Esto implica que, al connotar positivamente al síntoma del paciente designado, debe incluirse aquellos comportamientos (sintomáticos) de la familia que aparecen correla-

396 Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988

cionados con el síntoma. Así los terapeutas ponen en un mismo nivel a todos los miembros de la familia, evitando verse envueltos en alianzas o escisiones que constituyen a los modos disfuncionales de la familia. Por ejemplo todos los comportamientos observables aparecen inspirados por el común deseo de mantener la unión o la cohesión familiar, de este modo connotamos como positivo la tendencia homeostática del sistema y no a las personas, respetando la propiedad de totalidad del sistema³⁹⁷.

Tareas

Se reconocen como tareas aquellas “actividades concretas que el terapeuta solicita u ordena. Muchas directivas del terapeuta no tienen por objeto que el consultante realice tareas específicas, sin llevarlo a ciertas clases de comportamiento”³⁹⁸.

Steve de Shazer (1987) señala que “la costumbre de dar instrucciones (tareas) a los pacientes es un tipo de conducta no menos antiguo que el propio concepto de curación” y agrega que “las tareas suelen ser una forma de intervención estratégica que cumple diversas finalidades. En general, la tarea se asigna *para promover el cambio*, vale decir, para activar nuevas pautas de transacción”.

Se las llama tareas porque son algo así como “deberes para hacer en la casa” (fuera o después de la sesión). Son acciones que deberán ser llevadas a cabo tal como se indican o para que el consultante realice justamente lo opuesto, lo contrario, ya que están destinadas a propiciar o bien a evitar todos o algunos de los comportamientos que son o están relacionados con el motivo de consulta.

En otras oportunidades, el objetivo de las tareas será sostener la intensidad de las intervenciones o directivas realizadas durante la sesión. Representan la posibilidad y la oportunidad de que las “energías” cognitivas, afectivas y conativas se canalicen de un modo coherente con el desarrollo de las entre-

397 Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988

398 Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

vistas realizadas y de las nuevas alternativas que éstas generen a partir de las directivas y/o redefiniciones ofrecidas, es decir las reestructuraciones para los consultantes/pacientes.

Para su desarrollo, consideramos la bibliografía existente y un trabajo realizado en septiembre de 1995, en el marco de una reunión de trabajo organizada por el Equipo de Admisores del Centro Privado de Psicoterapia S.A.³⁹⁹

Ya hemos definido las tareas que se deben realizar y los objetivos que se deben alcanzar en el período que transcurre entre una sesión y la siguiente, destinados a la búsqueda de comportamientos diferentes, en la conducta disfuncional o en otras actividades relacionadas.

Las tareas sugeridas o indicadas implican necesariamente que el trabajo realizado durante la sesión contenga elementos construidos con el empleo de las intervenciones (directivas y redefiniciones) relacionadas con lo co-construido en sesión como problema, como metas que, por lo tanto, serán de utilidad para las soluciones.

Como intervención terapéutica, las tareas representan un recurso valioso en muchos modelos de terapia, en particular en la Terapia Sistémica, pero no existe mucha bibliografía al respecto. Por ejemplo, *tarea* no figura en el *Vocabulario de Terapia Familiar* de Fred Simon, Helm Stierlin y Lyman Wynne; como tampoco se han encontrado artículos referidos a las tareas en las revistas *Sistemas Familiares* y *Perspectivas Sistémicas*, que se publican desde 1985 y 1988, respectivamente.

Jay Haley⁴⁰⁰, quien emplea los términos *tareas* y *directivas* como sinónimos, detalla cuáles son las finalidades de las tareas:

- que la gente se comporte diferente, para que tenga experiencias subjetivas diferentes.
- intensificar la relación Terapeuta–Paciente y extender la relación fuera del consultorio.

399 Integrado por Rosina Crispo, Cristina Elias, Peter Heidyn, Marcela Labrit y Sara Piedrabuena (de Buenos Aires); Cinthya Forteza y Sara Cosacov (de Córdoba); Lino Guevara (de Neuquén) y quien suscribe por la región de Cuyo. El trabajo fue sintetizado por Marcela Labrit.

400 Haley, J. (1980). Terapia para resolver problemas.

- obtener información.

Y de acuerdo con el modo en que son impartidas, clasifica las tareas en:

- Directas:
 - Cuando se le dice a la gente lo que debe hacer con el propósito de que lo cumpla.
 - Decirle algo con el propósito de que no lo cumpla, o sea de que cambie por vía de la rebelión.
- Paradójicas
- Metafóricas

Steve de Shazer (1986) hace referencia al hecho de pedir a la familia una “Tarea de Fórmula”⁴⁰¹ y recuerda la experiencia realizada en Milán por Mara Selvini y colaboradores, cuando formulaban una “*prescripción invariante*”⁴⁰²: en las situaciones planteadas por familias particularmente difíciles, la tarea y su cumplimiento nos brindan información acerca de la familia. El mismo autor destaca algunas de las “*tareas de fórmula*” que suele usar, a las que llama “llaves maestras”, como por ejemplo⁴⁰³:

- “El ritual de escribir, leer y quemar”.
- “La tarea de la pelea estructurada”.
- “Haga algo diferente”.

Asimismo, propone el modelo “Tit for tat” (“ojo por ojo”)⁴⁰⁴, basado en tareas condicionadas por la respuesta del paciente. En la primera sesión, asigna una tarea y, de acuerdo con la respuesta del paciente, evalúa la manera de cooperar y la continúa de la siguiente manera:

- Si la respuesta es directa: asigna tareas directas.

401 Tarea de fórmula: llama así a las tareas que, como si fueran ganchos, funcionan de manera efectiva en diversas situaciones.

402 Prescripción invariante: tareas que son indicadas siempre cuando se presenta el mismo tipo de problemas. En el libro Paradoja y contraparadoja se puede ampliar la lectura.

403 de Shazer, S. (1986). Claves para la solución en terapia breve. Páginas 134 y 135.

404 Ibidem, p. 88.

- Si la modifica: asigna tareas que pueden ser modificadas.
- Si la respuesta es opuesta: asigna tareas vagas
- Si no cumple la tarea: no asigna nuevas tareas

William O' Hanlon (1989) sistematiza las maniobras habituales de Milton Erickson y nos proporciona algunas ideas que resultan muy valiosas para reconocer dónde, cuándo y cómo intervenir, con el deseo de modificar la pauta que mantiene el circuito de interacciones del síntoma. Esta sistematización nos permitirá pensar en la *tarea* como una forma de alterar o de interrumpir el circuito mencionado.

O' Hanlon llama a estas acciones “intervención en la pauta” y pueden consistir en:

- Cambiar la frecuencia, la velocidad, la duración, el momento, la ubicación, la intensidad y/o la secuencia.
- Crear un corto circuito.
- Agregar o suprimir elementos.
- Interrumpir la secuencia.
- Fragmentar elementos.
- Hacer que se presente el síntoma sin la pauta.
- Hacer que se presente la pauta sin el síntoma.
- Intervenir la pauta.
- Vincular la aparición del síntoma con otra pauta indeseada o de difícil realización.

Por otra parte, Hugo Hirsch y colaboradores (1987) clasifican las tareas en: preparatorias, directas, indirectas, metafóricas, paradójicas y ordalías; éstas a su vez pueden ser directas o paradójicas.

Tareas preparatorias

El objeto y su diseño están relacionados con la posibilidad de “testear la *motivación*” del consultante y generar una mayor disponibilidad con el proceso terapéutico, de modo que cuando se le solicitan otras tareas, el grado de compromiso por la inversión de esfuerzo realizado sea lo suficientemente alto e importante como para retirarse sin haber logrado su objetivo. Las tareas preparatorias lo motivan, lo comprometen, y si no lo hacen nos ofrecen la información de la falta de motivación y compromiso.

Son tareas necesarias para el proceso terapéutico, pero no son suficientes para la solución del problema.

Tareas directas

Se llaman directas porque su “cumplimiento lleva obviamente al logro del objetivo buscado”. Por ejemplo, cuando el terapeuta instruye a los padres acerca de cómo imponer límites y da ejemplos prácticos de secuencias y acciones o falta de ellas, vistas en sesión.

Se pueden impartir cuando el consultante expresa control voluntario sobre el problema, por ejemplo una mamá que no sabe cómo controlar al chico versus la mamá que sabe cómo hacerlo, pero está impedida anímicamente de llevarlo a cabo.

Tareas indirectas

Se reconocen como *indirectas* todas aquellas acciones que se “solicitan con la esperanza de que, al ser llevadas a cabo, generen a su vez el comportamiento necesario para resolver el problema”.

Son conductas que al ser realizadas tienden a reemplazar, desplazar y/o modificar las conductas y/o acciones que se vinculan o son el síntoma. “Puede ser

útil pedirle a un insomne que haga un registro exacto de los pensamientos que le aparecen durante el insomnio. El concentrarse en sus pensamientos lo saca de su preocupación y el sueño será una consecuencia”.

Tareas metafóricas

Tareas metafóricas son aquellas que “llevan a un cambio de conducta en un área relacionada simbólicamente con la queja, con lo que se desea modificar”

Cuando los pacientes vienen a la consulta, también actúan como esas personas que se acercan a un profesional que acaba de dar una conferencia para preguntarles acerca de algo que dijo, y que “tiene relación con lo que le pasa a una amiga que sufre de... y a ella le gustaría saber cómo ayudarla”. Muchos consultantes actúan como esta “amiga”: abordan su propio problema hablando como si no se tratara de algo que los involucra, sino que le pertenece a otros.

Cuando el paciente o los consultantes hablan en un sentido figurado, como si no se tratara de ellos, es posible mantener el diálogo en esos términos, pero sabiendo que se aprovechará todo cuanto se diga o haga (*tarea*) como si fuera para otro, pero en su propio provecho, porque la metáfora los llevará a relacionar lo recibido y elaborarlo como suyo, como producto de su propia cosecha.

Son útiles cuando el paciente está muy motivado, pero necesita “animarse” con logros solapados, incluidos para sí mismo.

Tareas paradójicas

Llamamos *tarea paradójica* a aquellas acciones que el terapeuta demanda a los consultantes y/o paciente identificado, con el objeto de disminuir o terminar con el síntoma, resolver el problema que se ha definido como motivo de consulta. Se acude a este tipo de tarea cuando no se pueden emplear propuestas directas debido al grado de resistencia del paciente y/o consultante, su escasa motivación y la poca maniobrabilidad del terapeuta.

En ese sentido, una *tarea paradójica* evita confrontar al paciente con la concepción que tiene del problema y/o de las soluciones intentadas, pero si lo pone frente a una concepción del problema y debe aceptar que no lo alivia, no lo ayudará a cambiar el *síntoma o la pauta que lo mantiene*. Una *tarea paradójica* debe cumplirse durante algún tiempo para que el problema sea resuelto.

Aunque ya lo expresáramos es conveniente recordar que, es muy importante establecer las diferencias que existen entre las **directivas paradójicas y las tareas paradójicas**.

Con las *directivas paradójicas* se busca que el consultante **no** lleve a cabo lo que se le sugiere, solicita u ordena. Por ejemplo, cuando a un adolescente se le solicita que siga llegando tarde para que sus padres se den cuenta de que todavía tienen que hacerse cargo de él: no creemos que un adolescente acepte este pedido, y menos que intente llevarlo a cabo.

Por el contrario, las *tareas paradójicas* se elaboran y se ofrecen al paciente y/o a los consultantes para **ser cumplidas** por lo menos por un tiempo, a fin de que el problema pueda ser resuelto. Por ejemplo, cuando se le solicita a una pareja que dado que no saben discutir y/o pelear, deberán aprender a mantener una “pelea estructurada”, que tiene principio, causa conocida y un final anticipado y que, por si esto fuera poco, no será producto del enojo entre ellos, sino de la solicitud del terapeuta.

Ordalías

Las ordalías son tareas que empleaba Milton Erickson y que han sido muy bien trabajadas por Jay Haley en su libro *Terapia de ordalías*⁴⁰⁵.

De acuerdo con mi experiencia, no son fáciles de llevar a cabo, ya que se requiere de una gran motivación por parte de quienes consultan y, por lo tanto, de una gran maniobrabilidad por parte del terapeuta, que además deberá ser muy bien aprovechada.

Cuando se construye y se formula una ordalía, la premisa fundamental es lograr que el síntoma resulte más difícil de mantener que de abandonar. La tarea del terapeuta consiste en construir una ordalía adecuada al problema de la persona que desea cambiar, que a la vez resulte más severa que el problema mismo. Para ello se deben considerar los siguientes requisitos:

- Que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma.
- Que beneficie a la persona.
- Debe ser algo que la persona pueda ejecutar y no objetar.
- No debe causar daño al sujeto, ni a ninguna otra persona.

Jay Haley las clasifica, a su vez, en *tareas directas* y *ordalías paradójicas*:

- Tarea directa:

En esta situación, el terapeuta explica claramente el problema y pide que cada vez que se presente el problema por el que se consulta, la persona que lo sufre lleve a cabo la ordalía, construida como beneficiosa para la solución.

El ejemplo más frecuente puede ser el que se plantea con aquellos pacientes cuyos médicos han explorado exhaustivamente síntomas diversos y han encontrado a los pacientes clínicamente bien, por lo cual les sugieren una consulta psicoterapéutica. Luego de indagar y explorar lo que les sucede, lo que les gusta realizar y lo que no hacen, es frecuente obtener como respuesta la necesidad de acti-

405 Haley, J. (1980). *Terapia de ordalías*.

vidad física. De este modo, se les solicita a los pacientes que lleven a cabo esa actividad o bien que la intensifiquen, para su propio bien.

Esta tarea puede ser relacionada con la Teoría del Exceso de Energía (física o emocional) y debe ser adecuadamente canalizada. Invocada esta, se le puede solicitar al paciente con dificultades para dormir que haga ejercicios físicos o escriba el anhelado libro durante la noche. El procedimiento puede llevarlo a resolver por lo menos uno de sus problemas: duerme, o escribe y resuelve su frustración, o hace gimnasia con lo cual, seguramente logrará dormir.

- **Ordalía paradójica.**

“La *ordalía paradójica* puede ser la misma conducta sintomática” por la que se ha venido a consultar. La maniobra consiste en “alentar al cliente a tener el problema cuya solución a venido a buscar”; las buenas razones que podemos invocar son la necesidad de conocer más y mejor el problema que debemos ayudar a resolver.

Una *ordalía* es una intervención paradójica en tanto se les pide a los individuos que pasen “voluntariamente” por el trance del que preferirían salir. En general, “entraña la transformación de un acto involuntario (así se define el síntoma) en voluntario”. Cuando se define como necesario, o se señala que posee un cierto atractivo, cualquier síntoma pierde esta posibilidad, y deja de serlo cuando se lo ejecuta y reitera deliberadamente.

“Si una persona tiene dos síntomas, el terapeuta puede pedirle que repita uno cada vez que se le presente el otro, con lo cual introducirá una *ordalía paradójica* eficaz para el tratamiento simultáneo de dos síntomas”.

Las *tareas indirectas y metafóricas* se pueden aplicar en todos los casos; pero son de elección cuando el consultante trae como motivo de consulta algo que atañe a su propio desempeño, expresando un cierto grado de “involuntariedad” (hay algo que quisiera hacer, o dejar de hacer, y no puede).

Las *tareas directas* se aplican en algunos casos y su enorme ventaja es la rapidez, sencillez y economía.

Las *tareas paradójicas y las ordalías* han sido ejemplificadas.

A modo de síntesis⁴⁰⁶

¿Qué es una tarea?

- Una *acción* definida, explícita y concreta.
- Que se da en un contexto definido.
- Que está relacionada con el síntoma en forma directa o indirecta.
- Que compromete al consultante a partir de una experiencia concreta o vivencia propia, dentro de la sesión o fuera de ella.
- Que es realizada con la energía propia del consultante y promueve su responsabilidad en el logro de sus objetivos.
- Que puede ser llevada a cabo por el consultante y su cumplimiento es exigible por el terapeuta.
- Que su ejecución será detallada cuidadosamente.
- Que puede ser diseñada graduando escalonadamente su dificultad.
- Que puede ser experimentada como un pre-test para una tarea mayor posterior.

Dado que nos proporcionan la factibilidad de ponderar claramente posiciones de error que permitan ir corrigiendo y afinando nuestra hoja de ruta, las tareas sirven:

- Para comprometer al paciente activamente.
- Para mostrar el tipo de terapia.
- Para facilitar el pasaje admisor–terapeuta.
- Para aumentar la motivación y/o conocerla.
- Para abreviar la terapia.
- Para ordenar la sesión posterior.
- Para obtener información.

⁴⁰⁶ Equipo del CPP, integrado por Rosina Crispo, Cristina Elias, Peter Heidyn, Marcela Labrit y Sara Piedrabuena (de Buenos Aires); Cinthya Forteza y Sara Cosacov (de Córdoba); Lino Guevara (de Neuquén) y quien suscribe por la región de Cuyo. El trabajo fue sintetizado por Marcela Labrit.

¿Cuándo se deben dar tareas?

- Cuando el problema es muy focal.
- Cuando el problema es muy difuso.
- Cuando el problema es de entrenamiento.
- Cuando hay estrés.
- Cuando hay miedos–obsesiones.
- Cuando hacen falta pautas para niños.

¿Cuándo no debemos dar tareas?

- Cuando la consulta no es para Psicoterapia, sino para solicitar un certificado, un diagnóstico o un informe.
- Cuando sólo piden una opinión.

Cuadros de utilidad

Cuadro N° 3

Maniobras generales

- No apresurarse.
- Los peligros de una mejoría.
- Un cambio de dirección.
- Cómo empeorar el problema.
- Adquirir y mantener la credibilidad, la confianza y la maniobrabilidad.

Cuadro N° 4

Maniobras específicas

Elaboradas por el terapeuta a partir de cuando:

- Se intenta forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.
- Se intenta dominar un acontecimiento temido, aplazándolo.
- Se intenta llegar a un acuerdo desde la oposición.
- El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.
- La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

Las llamamos:

- **Directivas.** De acuerdo con el modo de formulación, pueden ser:
 - Imperativa.
 - Persuasiva.
 - Dubitativa.
 - Generando expectativas.
 - Cuando se destacan sólo ciertos comportamientos.
 - Cuando se desafía al consultante.
 - Cuando se generaliza, luego se precisa y posteriormente se cambia de tema.
 - Cuando se cuentan historias o anécdotas.
 - Cuando se hace una propuesta negociadora.
 - Cuando recurrimos a la paradoja.
- **El silencio** es una directiva y lo empleamos para:
 - Crear expectativas.
 - Facilitar dar lugar a reflexiones.
 - Sembrar ideas.

- **Las preguntas como directivas** pensadas en el “*para qué*”⁴⁰⁷ de la pregunta, las respuestas orientan a la acción en el futuro.
 - Para solicitar información, y/o para ampliar y/o precisar o aclarar la información ya ofrecida.
 - Para propiciar o generar reflexiones, y/o emociones, y/o acciones.
 - Para dar lugar a excepciones resulta propicio hacer preguntas abiertas.
 - Para cerrar temas debemos hacer preguntas cerradas y específicas.
 - Preguntas circulares para describir las relaciones de la familia.
 - Para hacer evidente y manifiesta la participación de quien no se siente involucrado.
- Otras directivas.
 1. *Pensamientos en voz alta*. Utilizando sólo el comienzo de refranes o dichos populares, con la intención de que sean completados por los consultantes.
 2. La dramatización de un *diálogo interno del consultante* (en el marco de un circuito autorreferencial).
 3. La dramatización de un *diálogo posible en la familia* (en el que el terapeuta, hace dos, tres, o más personajes).
 - ¿Cómo describiría las interacciones que se presentan antes de que surja el síntoma o problema? ¿Qué dice o hace, o no dice o no hace usted?
 - ¿Qué dicen o hacen los otros, su cónyuge, sus hijos, sus padre según el grupo de la familia conviviente o cuando la visitan otros familiares significativos (abuelos, por ejemplo).

- ¿Cuáles son los pensamientos más frecuentes de su parte?, ¿Cómo piensa que son las “cosas”.
- En la *Terapia centrada en soluciones* se sugiere realizar lo que han denominado *preguntas de influencia relativa* por ejemplo:
 - a. Por ejemplo cuál es la influencia que el problema ha tenido y tiene en la vida de la persona; y por el contrario,
 - b. Cuál es la influencia que la persona ha tenido y tiene en “la vida del problema”.

Redefinición o reformulación o reencuadre o desencuadre. Reestructuración

En general están referidas:

- A la naturaleza del problema.
- Al significado de la solución intentada.

Se trata de directivas y, específicamente, es una forma de aprender a realizar una redefinición.

Se debe distinguir entre hechos y significados

- *Hechos*: Es la descripción de un acontecimiento.
- *Significados*: Tienen que ver con el sentido atribuido a dicho acontecimiento.

Elementos del marco de referencia o del encuadre

Podemos reencuadrar o desencuadrar a partir de:

- *Separar*: (Los hechos. Los significados. Los hechos de los significados. Los significados de los hechos).

- *Vincular*: (Los hechos. Los significados. Los hechos de los significados. Los significados de los hechos).

Elementos de los significados agregados

Atribuciones

- Acerca de las causas, los para qué o los porqué.
- De intenciones, motivaciones o propósitos y función.
- De rasgos de personalidad.
- “Lectura de la mente”. Las experiencias internas de otras personas.

Clasificación y agrupamiento

- Clasificación.
- Designación.
- Generalización.
- Adjetivos caracterizadores.
- Equivalencias.
- Vinculación.
- Separación.

Evaluaciones

- Conclusiones o Implicaciones o Significaciones.
- Predicción.
- Metáforas.
- Analogía.
 - Encuadre metafórico.
 - Metáfora.

Prescripción del síntoma

- Componente afectivo.
- Componente cognitivo.
- Componente conativo.
- Componente significativo-simbólico.
- Componente contextual.

Connotación positiva del síntoma

- **Tareas.** Pueden ser:
 - Preparatorias.
 - Directas.
 - Indirectas.
 - Metafóricas.
 - Paradójicas.
 - Ordalías:
 - Ordalía directa
 - Ordalía Paradójica

Cuadro N° 5

Sistematización de las Maniobras de Milton Erickson, según Jeffrey Zeig.

Intervención en la pauta (son directivas).	Utilización de las pautas presentes	Del lenguaje del paciente	
		De las creencias de quien consulta	
		De los intereses y motivaciones del paciente.	
		Del síntoma o los síntomas del paciente.	
		De la conducta del paciente	
		De la resistencia del paciente	
		Copia de las pautas presentes.	
		Bio rapport.	
Modificación Alteración u obstrucción de las pautas presentes Intervención en la pauta	Modificación Alteración u obstrucción de las pautas presentes Intervención en la pauta	Cambiar la frecuencia/velocidad.	
		Cambiar la duración.	
		Cambiar el momento (del día, de la semana, del mes).	
		Cambiar la ubicación.	
		Cambiar la intensidad.	
		Cambiar alguna otra cualidad o circunstancia.	
		Cambiar la secuencia de los acontecimientos.	
		Crear un cortocircuito en la secuencia.	
		Interrumpir o de alguna manera impedir la secuencia.	
		Agregar o suprimir elementos de la secuencia. (descarrilamiento).	
		Fragmentar algún elemento completo, en elemento más pequeño.	
		Hacer presente el síntoma, sin la pauta síntoma.	
		Hacer que presente la pauta, sin el síntoma.	
		Intervenir la pauta.	
		Vincular la aparición de la pauta síntoma con una experiencia no deseada, evitada o deseada pero difícil de obtener).	
		Tarea condicionada por el síntoma (son tareas)	Ordalías.
		Establar pautas nuevas (son directivas)	La tendencia al sí.
La tendencia invertida.			
La tendencia al no.			

Separación y vinculación (son directivas)	Separación	Ilusión de alternativas
		Oposición de opuestos, oxímoron
		Disociación.
		Separación en el tiempo.
		Separación corporal/vocal e intercalación.
		Rechazo de una (la peor) alternativa.
	Vinculación	Transformación del síntoma.
		Construcción de asociaciones nuevas.
		Sugestiones condicionadas.
		Sugestiones temporales acerca de la resolución de síntomas.
Vinculación y separación simultáneas	Anclaje de la resistencia.	
	Anclaje del síntoma.	
Comunicación paralela (son directivas)	Comunicac. simbólica	Para el control del dolor.
		Para suscitar fenómenos hipnóticos.
		Para otros propósitos diversos.
	Analogías	
	Refracción	Inducción y sugestión paralelas.
		Áreas simbólicas.
		Chistes.
		Acertijos.
		Relatos.
Metáforas.		
Implicación (son directivas)	La presuposición lingüística.	
	La ilusión de alternativas.	
	El opuesto implicado.	
	El prerequisite implicado.	
	El resultado implicado.	
Ambigüedad	La técnica de la confusión.	
	Observaciones o conductas fuera de contexto.	
	Observaciones o conductas que se prestan a dos o más conductas.	
	La inutilización de las capacidades de procesamientos consciente de los pacientes o sujetos.	

Cuadro N° 6

Jeffrey Zeigg nos cuenta el uso que Milton Erickson hacía de las anécdotas

Nos resulta útil para ampliar lo planteado por O' Hanlon cuando habla de Comunicaciones paralelas y cuando se refiere a Metáforas.

Estos relatos o anécdotas podían ser:

- anécdotas ficticias,
- cuentos tradicionales,
- fábulas,
- parábolas,
- alegorías,
- relatos de crónicas,
- de genuinas experiencias,
- de aventuras vitales.

Las empleaba en cualquier fase del tratamiento, y pueden ser muy útiles para:

- el diagnóstico,
- el establecimiento de una relación empática,
- la ejecución de un plan de tratamiento, porque son muy útiles para encuadrar y reencuadrar.

Cuadro N° 7

Según propone Peggy Papp en su libro *El proceso del Cambio*:

- Intervenciones directas, basadas en el cumplimiento.

Se trata de:

- Consejos.
- Explicaciones.
- Sugerencias.
- Tareas que deben ser tomadas literalmente y seguidas según las indicaciones.
- Intervenciones indirectas o paradójicas, basadas en la oposición.

Construir una paradoja incluye tres pasos:

- Redefinir: Esta es la posibilidad de dar un sentido diferente a aquello que se desea cambiar.
- Prescribir: Se trata de anticipar, para lograr que la nueva visión, forme parte de la visión habitual de los que consultan.
- Refrendar: En cada ocasión que sea necesario.
- Intervenciones basadas en el cumplimiento y en la oposición.

Se debe reconocer o considerar:

- Las posiciones complementarias.
- Individuos que viven solos.

Tres son los pasos:

- Motivación.
- Mantenimiento
- Renegociación

Cuadro N° 8

Gráfico procesado y elaborado por Ruth Casabianca.

Presentado en el II Curso Intensivo De Terapia Sistémica.

Realizado en Mendoza del 10 al 15 de Septiembre de 1990.

Tipo de demanda		Actitud Pasiva	Actitud Activa	Actitud Desafiante
	Cognitiva	Redefinición explicativa con prescripción	Redefinición explicativa con o sin sugerencia	Redefinición explicativa con desafío o prescripción paradójal
	Afectiva	Redefinición con énfasis emocional con prescripción	Redefinición con énfasis emocional con o sin sugerencia, jamás prescripción	Redefinición con énfasis emocional con desafío o prescripción paradójal
	Conativa	Redefinición con énfasis en la acción con prescripción.	Redefinición con énfasis en la acción con o sin sugerencia.	Redefinición con énfasis en la acción con desafío o prescripción paradójal.

Capítulo 15: Terapia centrada en las soluciones

Jorge Fernández Moya
Sofía Grzona

Las terapias centradas en las soluciones deben ser consideradas propuestas provenientes de los modelos derivados del constructivismo, de los que hemos realizado un apretado desarrollo en el Capítulo 5. En este libro, lo hemos propuesto a continuación del capítulo correspondiente a “Terapias Estratégicas” porque se trata de un desarrollo realizado desde las mismas ideas básicas y del trabajo clínico y la investigación desarrollada por el grupo del Mental Research Institute, también conocido como el Grupo de Palo Alto, en California.

La terapia centrada en las soluciones se “construye” desde los trabajos pioneros de MRI, posteriormente se desarrolla en el Centro de Terapia Familiar Breve del Instituto de Wisconsin de Estudios Familiares, en Milwaukee, en donde Steve de Shazer⁴⁰⁸, se desempeña como Director.

Refieren Bertrando y Toffanell⁴⁰⁹, respecto de esta aseveración:

El modelo deriva por filiación directa del modelo del MRI, pero lleva al extremo la importancia concedida a los recursos de los clientes y el interés por el lenguaje, manteniendo al mismo tiempo los requisitos de practicidad, simplicidad y brevedad:

Sus ideas han sido planteadas en el libro *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*, en el que reconoce los orígenes de su trabajo cuando expresa “las ideas arraigan históricamente en una tradición que se inicia con

408 De Shazer, S. (1986) *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*.

409 Paolo Bertrando y Dario Toffanelli. *Historia de la terapia familiar*.

Milton H. Erickson y transita por Gregory Bateson y el grupo de terapeutas-pensadores del MRI”. Y reconoce que han sido ellos “como grupo, los autores de las ideas” que nosotros hemos desarrollado en el Capítulo dedicado a la Terapia Estratégica.

En esta propuesta hacen especial énfasis en la inclusión del *conductor* y del equipo terapéutico en la consideración del “sistema terapéutico”, entendiendo a este último como un nuevo suprasistema, que se forma a partir de las interacciones anteriores. A este modo de *pensar, conocer y decidir* decidieron denominarlo como *epistemología ecosistémica*.

Así como el MRI ha planteado que los caminos para la creación de problemas implican la repetición de las soluciones intentadas fallidas, De Shazer plantea que hacer foco en las soluciones traería una nueva luz sobre un área que hasta entonces permanecía a oscuras en la mirada de quienes consultan. En la práctica, la construcción de una solución no requiere saber nada del pasado de una persona, ni nada sobre lo que mantiene el problema, sino abrir la expectativa de cambio. Por ello, si mira al pasado, lo hará sobre las *excepciones* del problema o situaciones de éxito, en lugar de focalizar en los aspectos que han favorecido el problema.

Justifica esta propuesta a nivel teórico a partir del concepto de *ajuste*. Concepto que fue también desarrollado por Von Glaserfeld de manera coincidente, sin que ninguno de ellos tuviera conocimiento de él previamente. Ambos proponen para explicarlo la metáfora de la llave:

Una metáfora sencilla: las quejas que llevan los clientes al terapeuta son como cerraduras en puertas que se abren hacia una vida más satisfactoria. El consultante⁴¹⁰ ha intentado todo lo que piensa que es razonable, correcto y bueno, y lo que ha hecho se basa en su verdadera realidad, pero la puerta sigue cerrada; por lo tanto, cree que lo que ocurre está más allá de cualquier solución. Con frecuencia, esto conduce a esfuerzos cada vez mayores para descubrir por qué la cerradura es como es o por qué no se abre. Sin embargo, parece claro que lo

410 La traducción del inglés refiere al consultante como “cliente”. Evitamos esa denominación por las implicancias asociadas al consumo mercantil que tiene en nuestra lengua. Además, hemos incorporado la posibilidad de que quien consulta sea una mujer en lugar de utilizar un genérico masculino, ya que entendemos que el uso de este tipo de lenguaje invisibiliza a las mujeres como grupo social.

que aportará una solución será una llave, y no una cerradura, y existen ganzúas capaces de abrir muchas clases de diferentes cerraduras. Del mismo modo, una intervención terapéutica, sólo necesita ajustarse de tal modo que la solución se desarrolle. No tiene por qué ser tan compleja como la cerradura misma. El hecho de que la solución sea complicada no significa que la solución deba serlo en idéntica medida. (de Shazer, 1986, p. 15).

En base a esta propuesta se entiende que la solución a un problema complejo no tiene por qué ser igualmente compleja, solo necesita ajustarse a la pauta que se plantea como problemática y permitir la salida de ésta.

Steve de Shazer en otro de sus libros, *Claves para la solución en Terapia Breve*, realiza algunas consideraciones acerca del tiempo de duración de las terapias y deja claramente establecido que *cuanto menor es el tiempo de duración, mejor es*. En este libro se caracteriza como Terapia Breve a la que se desarrolla en un promedio de diez sesiones, considerando que puede variar según el motivo de consulta y consultante de dos a más de diez. Lo importante es que paciente y terapeuta estén conscientes de que el número de sesiones es flexible y se centra en el logro de los objetivos propuestos.

Asimismo, destaca que “todo lo que se necesita es que la persona envuelta en una situación perturbadora *haga algo diferente*, aunque esa conducta sea aparentemente irracional, sin duda inapropiada, obviamente extravagante o humorística”. Este aporte será más y mejor comprendido si se recuerda el Cuadro 5 recientemente expuesto en este libro, cuando Jeffrey Zeigg se refiere a las Intervenciones en la Pauta, concretamente en “Utilización de las pautas presentes y en Modificación, Alteración u Obstrucción de las pautas presentes”.

Para James Prochaska y John Norcross⁴¹¹, se trata de un modelo que tiene como premisas básicas el hecho de que “las personas son saludables. Las personas son competentes. Las personas tienen la capacidad para construir soluciones que pueden mejorar sus vidas”; premisas que se relacionan con el concepto de potencialidad no desarrollada que ya planteáramos.

411 Prochaska, J. y Norcross, J. *Sistemas de Psicoterapia*. (2000) Traducción realizada por Centro Privado de Psicoterapias, Mendoza.

Por lo tanto, los mismos autores destacan que “la psicoterapia puede ayudar a las personas a mejorar sus vidas centrándose en las soluciones, antes que estar focalizados en los problemas. El por qué alguien devino en bebedor hace 25 años (v.g. presiones de sus pares) puede tener poco que ver con *cómo* va a cambiar el individuo ahora”. Las causas allá y entonces nada tienen que ver con las soluciones que se proponen construir ahora y sobre todo pensando en el futuro.

Prochaska y Norcross resaltan el hecho de que los y las terapeutas centrados en soluciones afirman que “el cambio está sucediendo todo el tiempo. Las personas dejan de fumar o beber todos los días. Las personas pueden superar la depresión y la ansiedad todos los días. El hecho es que la mayoría de los problemas se resuelven sin psicoterapia, lo cual da cuenta de las competencias de los individuos. Y pocas personas que resuelven problemas por su cuenta tienen teorías de la personalidad y la psicopatología. Lo que puede arrojar un futuro más sano y feliz es poseer metas más sanas y más felices. No podemos cambiar nuestro pasado, podemos cambiar nuestras metas”.

El objetivo de la terapia no debiera ser eliminar la conducta sintomática, sino establecer las condiciones para que la persona pueda alcanzar la meta (enunciada o implícita). En *Sistemas de Psicoterapia*, Berg y Miller (1992) y Walter y Peller (1992) destacan algunos *criterios para construir metas bien definidas*. De acuerdo a ellos las metas debieran ser:

- *Positivas*. La palabra clave aquí es “*en vez de*”: ¿Qué va a hacer usted en vez de eso?
- *Proceso*. La palabra clave es “*cómo*”: ¿Cómo va a llevar cabo esa alternativa más saludable o más sana?
- *Presente*. La frase clave aquí es “*en el camino*”: “Cuando te vayas de aquí hoy, y estés *en el camino*, ¿qué estarás haciendo de diferente, o diciéndote a ti mismo?”
- *Práctico*. La palabra clave es “*alcanzable, posible*”: ¿Cuán *alcanzable* es esa meta?
- *Tan específico como se pueda*. La palabra clave es “*específico*”: ¿Qué tan *específicamente* estará usted haciendo esto?

- *Control del cliente.* La palabra clave es “usted”: ¿Qué estará haciendo usted cuando la nueva alternativa ocurra?
- *Lenguaje del consultante.* Siempre se debe aprender, para posteriormente dialogar con el consultante en sus mismos términos y significados (tal como expresáramos en el capítulo anterior).

Y a continuación agregan: “Dado que las personas pueden estar estancadas repitiendo patrones pasados a causa de que centran demasiado tiempo y energía en sus problemas, la meta de la terapia es cambiar el foco tan prontamente como se pueda hacia soluciones en el presente que van a sostener metas más saludables y felices en el futuro. *Hablar del problema* mantiene el foco en el problema, de modo que el cambio terapéutico implique un cambio a hablar de *soluciones*”.

La pregunta del milagro, que desarrollaremos en el siguiente capítulo puede ser de ayuda para los consultantes a transformar su realidad imaginada en metas prácticas y específicas que ellos puedan alcanzar.

Prochaska y Norcross afirman que los terapeutas centrados en soluciones sostienen que “las metas que elegimos determinan el futuro que vivimos”; y ofrecen *cuatro guías para elecciones terapéuticas* (Walters y Peller, 1992):

- Si funciona, no lo arregles. Elige hacer más de eso.
- Si funciona un poco, elige construir sobre eso.
- Si nada parece funcionar, elige experimentar, incluyendo la imaginación de milagros.
- Elige abordar cada sesión como si fuera la última. El cambio comienza ahora, no la semana próxima.

Este modo de intervención deja por el piso el concepto de *resistencia*. Ya que toma la conducta de quien consulta como información fundamental para construir las metas y tareas siguientes, como lo veremos en el próximo capítulo.

Para finalizar, sugieren algunos *camino para construir soluciones*, tal como lo plantea De Shazer (1986):

- Foco en las metas: “¿cuál es tu meta al venir aquí?” En lugar de “¿qué te trae por aquí?”, pregunta que orienta a pensar hacia el pasado.
 - Foco en la solución: cuando todo se haya solucionado: ¿qué estarás haciendo diferente?
 - Foco en la excepción: ¿Cuándo no ocurre el problema?
 - Elección o espontaneidad: si las excepciones se ven como algo que ocurre fuera del control de la persona se le alienta a ver cómo podría generar más de eso.
 - Pequeños cambios llevan a grandes cambios: las grandes metas se construyen sobre los pequeños cambios que las personas van logrando.
 - Cada solución es única, para cada persona.
 - Las soluciones evolucionan fuera de las conversaciones. Las soluciones emergen de los diálogos que se focalizan en ellas. Por lo que incluirlas en las conversaciones es fundamental para que aparezcan.
 - El lenguaje es nuestra realidad: si en la terapia se habla del pasado, este se seguirá repitiendo. En cambio, si se habla sobre posibilidades, éstas comienzan a existir en la vida del paciente.
- **Aplicaciones y resultados de la Terapia Centrada en Soluciones.**

La Terapia centrada en soluciones ha sido aplicada virtualmente a todo trastorno de conducta y en todos los formatos. El foco breve es particularmente valorado para tratamiento de problemas leves y trastornos adaptativos (Araoz y Carrese, 1966), pero también ha sido recomendado para “pacientes mentales crónicos” (Booker y Blymyer, 1994; Webster, Vaughn y Martínez, 1994). Aunque para estos último la tasa de éxito parecería ser menor (Beyebach, Estrada y Herrero de Vega, 2006).

Esta amplitud en su utilización ha favorecido su expansión fuera del contexto eminentemente clínico. Sus herramientas son utilizadas en la orientación escolar, en el ámbito laboral, así como en el ámbito deportivo (Beyebach, Estrada y Herrero de Vega, 2006). Fuera del ámbito de la psicología también se han utilizado los principios de la terapia centrada en soluciones en el tra-

bajo con grupos, entre estos podría distinguirse el coaching, realizado por profesionales habilitados, por ejemplo.

Desde sus inicios una de las preguntas recurrentes del Centro de Terapia Familiar Breve estuvo vinculada a la efectividad de sus tratamientos. La evaluación permanente de los resultados y el trabajo en equipo ha sido central en la evolución del modelo tal como se utiliza hoy.

Además de este impulso inicial, hace varias décadas se realizan investigaciones sobre su efectividad. Algunos de los primeros estudios sugieren que la tasa de éxito de los tratamientos con terapia centrada en soluciones oscila entre el 66% y el 86% (George, Iveson & Ratner 1990). Ensayos clínicos posteriores continúan evidenciando no sólo índices de *eficacia* similar, sino también de *eficiencia*. En todos ellos el número de sesiones es significativamente más bajo respecto a otro tipo de terapias (un promedio de 6 a 8 sesiones). Y los seguimientos a mediano plazo (1 año) muestran que las mejorías se sostienen en el tiempo (Beyebach, Estrada y Herrero de Vega, 2006).

Particularmente este tipo de tratamiento ha sido considerado de fuerte soporte empírico para el abordaje de la Depresión por la *American Psychological Association (APA)* (Chambless et al., 1998), así como por la *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, el sistema responsable de proveer guías de tratamiento con evidencia empírica en el Reino Unido (Morian y Martínez, 2011).

En el 2015 la APA realizó una actualización sobre efectividad en psicoterapia en donde se concluyó que la Terapia Centrada en Soluciones es claramente superior al no tratamiento y tiene una efectividad similar a otras terapias en el abordaje de los trastornos depresivos. Sin embargo, las investigaciones encontraron diferentes niveles de efectividad, tanto para depresión como para otros síndromes. Esto sugiere que podrían existir algunos errores de diseño en los estudios realizados. Se consideró, entonces, que para poder obtener datos más certeros respecto a la efectividad de esta terapia deberán realizarse futuras investigaciones (Tolin, McKay, Forman, Klonsky, & Thombs, 2015). Entendemos que resulte difícil llegar a resultados que evalúen la efectividad de la TCS sobre un trastorno en particular; ya que hablamos de una terapia que se centra en los problemas de las personas y sus soluciones posibles más

que en sus etiquetas diagnósticas, por lo que ese tipo de medición resulta en sí misma paradójica.

En líneas generales, podemos decir que la Terapia centrada en soluciones resulta útil para múltiples problemas, de índole diversa. El grado de su efectividad variará dependiendo del motivo de consulta, de la cronicidad del problema, así como de la experticia del terapeuta y el vínculo que se establezca con quienes consulten.

Capítulo 16: Intervenciones de la terapia centrada en las soluciones

Jorge Fernández Moya
Sofía Grzona

Hemos desarrollado en el Capítulo 15 las Intervenciones de la Terapia Estratégica y expresamos que Steve de Shazer se formó en el MRI, por lo que la influencia de este grupo de investigadores resulta obvia.

Es muy importante destacar que como terapia constructivista y al estar orientada hacia las soluciones el diálogo entre consultantes y terapeuta se realiza desde otro lugar, de otra forma. No se habla de problemas más allá de lo estrictamente necesario para reconocer y validar la queja, pero el esfuerzo y la energía se coloca en las *soluciones*.

En este sentido una parte fundamental del trabajo se centra en las *excepciones*, en donde podrían distinguirse cinco pasos: *elicitar la excepción*, marcarla, ampliarla, atribuir el control a la persona y seguir (Beyebach, 1999 en Ramírez Treviño y Cruz Rodríguez Alcalá, 2012). Se hace un importante foco en las excepciones, ya que estas consisten en la llave que abre la puerta a las soluciones.

Una vez que de Shazer vuelve a Milwaukee, realiza con su grupo la tarea de afinamiento de las intervenciones, dado su interés por el lenguaje. Según él: “El “sistema” es siempre un sistema lingüístico y las palabras son el elemento más importante de la transacción terapéutica”⁴¹².

412 P. Bertrando y D. Toffanetti. Historia de la terapia familiar.

En este sentido desarrollan una maniobra que representa la mejor expresión del modelo ya que implica desarrollar un futuro más satisfactorio. Se trata de la “*pregunta del milagro*” que se plantea de la siguiente manera.

“Bien supongamos... que sucediera un milagro...”. “Imagine que esta noche sucede un milagro y que mientras usted duerme, el problema que lo ha traído a la consulta se resuelve:

- *¿Cómo lo sabría?*
- *¿Qué habría cambiado?*
- *¿Qué vería a la mañana siguiente que fuera diferente? y*
- *¿Qué le indicaría que fue un milagro?*
- *¿Cómo lo notaría su pareja, su familia”⁴¹³*

Se trata de una pregunta, que como maniobra se realiza en la primera entrevista con el objeto de contribuir a que el consultante y el terapeuta a entender qué género de soluciones pueden ser aptas para ellos⁴¹⁴, dadas las expectativas de los consultantes. Podemos decir que se trata de una Maniobra General de Comienzo, ya que las respuestas darán las bases sobre la cuáles podremos co–construir el problema y las soluciones.

Sería importante construir un ejemplo:

Se trata de una persona mujer, docente de escuela secundaria que asiste a la consulta por los problemas de conducta que le plantean sus alumnos y que le resultan muy difíciles de abordar. Sus conductas oscilan entre enojarse mucho y gritar, o en inhibirse y no poder expresar palabra alguna.

Ante la sugerencia del terapeuta que le formula la pregunta del milagro, la paciente refiere que el milagro posible para ella es ingresar al aula y encontrar a los alumnos tranquilos, conversando en un tono de voz normal para la distancia que existe entre ellos y que al pararse ella en el umbral, los alumnos de a poco realizan un respetuoso silencio y saludan cuando ella lo hace.

413 Ibidem.

414 Ibidem.

Al preguntarle ¿Cómo lo sabría? Es posible que ella responda que no resulta habitual que en estas épocas encontrarse con una situación semejante, sería un milagro, pero la verdad es que a ella le gusta que los alumnos o por lo menos la mayoría de ellos muestren con su actitud respeto e interés por lo que ella, como docente les ofrece.

Al preguntarle ¿Qué habría cambiado? Ella respondería que lo que ha cambiado es el respeto y la consideración que los alumnos le “devuelven”.

Al preguntarle ¿Qué vería a la *mañana siguiente que fuera diferente*? Expresaría que sus ganas, deseos de ir a trabajar han cambiado. Ahora siente más ganas de ir y se ha dado cuenta que al volver su ánimo es diferente.

Al preguntarle ¿Qué le indicaría que fue un milagro? Ella respondería que la mayor parte de sus colegas se quejan de manera similar y que, si lo consiguiese sólo ella, sería un verdadero milagro. Pero que actualmente y partir de éstas preguntas se ha dado cuenta de que el cambio debe ser de ella y no esperar tanto de los alumnos. Se da cuenta de que debe ser más creativa, en el sentido de ofrecer los conocimientos considerando “cómo son y/o actúan” sus alumnos, ya que sus clases están un poco desactualizadas, que será muy bueno incorporar “un lenguaje adecuado para los alumnos, incluyendo imágenes, y/o ejemplos provenientes de la cultura adolescente de sus alumnos.

Al preguntarle ¿Cómo lo notaría su pareja, su familia? La consultante debería poder responder con certeza, como cree que su pareja, o su familia se darían cuenta al observarla que está más distendida, con más ganas y advertirían cuánto menos se queja durante el día.

La pregunta del milagro ubica el cambio en el *futuro*, a diferencia de las terapias estratégicas que lo sitúan en el presente.

La esperanza es mayor, siempre y cuando se realicen las acciones necesarias y adecuadas para que los “milagros” se produzcan. Esta tarea permite elaborar expectativas de cambio y solución. Tal como se describió en el capítulo anterior, Steve de Shazer (1986) se focalizó en posibles intervenciones generales utilizadas como llaves que abrieran distintos tipos de cerraduras/problemas. Utiliza con las familias, lo que él llama: “*Tarea de Fórmula*”⁴¹⁵,

415 Tarea de fórmula: llama así a las tareas que, como si fueran ganzúas, funcionan de manera

que recuerda la experiencia realizada en Milán por Mara Selvini y colaboradores, cuando formulaban la “*prescripción invariante*”⁴¹⁶: en las situaciones planteadas por familias particularmente difíciles. La tarea y su cumplimiento brindan información acerca de la familia.

El mismo autor destaca algunas de las “*tareas de fórmula*” que suele usar, a las que llama “*llaves maestras*”, tareas que pueden funcionar en diferentes tipos de situaciones, como por ejemplo⁴¹⁷:

- “*El ritual de escribir, leer y quemar*”

La misma puede ser utilizada en algunos casos en los cuáles es necesario que ciertas ideas o pensamientos, o bien ciertos temores, que se presentan de manera obsesiva en el consultante o en un paciente identificado, puedan ser superados. Generar una ceremonia “*privada*” en la cuál se escribe la idea o pensamiento que atormenta, el temor que no se puede meta-comunicar, quede registrado y sea leído la cantidad de veces que sea útil y necesario (pero en un corto período de tiempo) y sea quemado. Complementariamente las cenizas pueden ser enterradas o dejar que se las lleve el viento.

- “*La tarea de la pelea estructurada*”

Una pelea es una interacción. Seguramente se vincula con un conflicto entre dos personas. Puede ser una pareja (matrimonio), o una madre y/o un padre con un hijo/a, lo fundamental es que ambas personas se quejen de sus disputas o peleas. Varios son los motivos que lo llevan a discutir y pelear, éstas fueron las razones que motivaron la consulta.

En su versión original de Shazer (1986) propuso cuatro pasos. El primero es arrojar una moneda, luego el ganador podrá criticar y quejarse durante diez minutos al perdedor y éste deberá guardar silencio. En el tercer paso es el perdedor el tomará la voz durante

efectiva en diversas situaciones.

416 Prescripción invariante: tareas que son indicadas siempre cuando se presenta el mismo tipo de problemas. En el libro Paradoja y contraparadoja se puede ampliar la lectura.

417 de Shazer, S. (1986). Claves para la solución en terapia breve. Páginas 134 y 135.

otros diez minutos y luego deberán pasar diez minutos en silencio antes de arrojar la moneda de nuevo.

La pelea estructurada puede ser sugerida como tarea, por y para varias razones.

- Como tarea directa para lograr un acuerdo.
 - Como tarea preparatoria de manera de que cada uno de los oponentes sepa más de sí mismo y del otro.
 - Como tarea paradójica para que sea llevada a cabo, pero no se llegue a un alto grado de discusión.
 - Como una prescripción del síntoma, para alguno de ellos o ambos aprendan a controlar sus impulsos, sus expresiones. O bien para tolerar la frustración posible.
 - Como connotación positiva, porque de esa manera se comunican apasionadamente única manera de dialogar, ya que en general no lo hacen y/o les cuesta hacerlo.
- *“Haga algo diferente”*

La posibilidad de descubrir los múltiples caminos que pueden llevar a un mismo lugar, son difícilmente pensados por las personas. Por supuesto que el camino más corto es en línea recta, pero si se desea pasear, es bueno hacerlo por un camino que ofrezca un hermoso paisaje. Si se tiene apuro, es preferible tomar un atajo, aunque no se encuentre asfaltado.

En su formulación inicial en el Centro de terapia familiar Breve esta tarea requería que una persona (por ejemplo, una madre) se quejara por la conducta de otra (su hija adolescente) y refiriera haberlo intentado “todo”, con lo cual cada vez que ocurre la conducta queda fijada una secuencia de acciones que se repiten dejando a la conducta sintomática que siga perpetuándose. Frente a esta acción se le propondrá a él o la consultante (madre), hacer “algo diferente” a lo que cree sería la reacción correcta, cada vez que ocurra la conducta sintomática (de la hija).

Hacer algo diferente es poner en juego la creatividad. Es “dejar atrás” soluciones intentadas, para pasar a soluciones creativas, novedosas. Es aumentar los recursos. Será importante especificar que

la nueva conducta deberá ser “realmente diferente” de la anterior, por más extraña o disparatada que parezca.

Una variación de esta tarea es pedirla a los consultantes que presten atención a las situaciones en que se produce una excepción a la pauta problemática. De esta manera lo “diferente” ya estará dentro del repertorio de recursos de las personas.

- *Preste atención a lo que desea que continúe ocurriendo.*

Una Tarea de Fórmula para la primera sesión desarrollada por de Shazer y su equipo fue la siguiente:

- *“Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, nos gustaría que observe de modo que pueda describirnos la próxima vez lo que ocurre en su familia (pareja, vida, trabajo) que usted quiere que continúe ocurriendo”.* (p. 150).

Se propuso aplicar esta tarea en las situaciones en las que la definición de la meta era vaga, con el objetivo de que las personas o familias se focalizaran en sus potencialidades. Pretende generar una profecía autocumplidora positiva.

En la sesión posterior, si las personas identifican un cambio, refiriendo que las cosas que quisieran que continúen son conductas que antes no ocurrían, se les anticipa la posibilidad de recaídas. Si dicen que nada ha cambiado, se les indica que algo deben estar haciendo bien, porque las cosas suelen ir de mal en peor. Y si identifican que nada bueno ha ocurrido, se reflexiona acerca de que quizás aún no se encuentran lo suficientemente mal como para empezar un cambio.

A partir de las llaves maestras, el equipo buscó un modo para identificar cuáles intervenciones eran más efectivas. De este modo desarrollaron un *modelo para tomar decisiones terapéuticas* al que llamaron “Tit for tat” (“ojo por ojo”)⁴¹⁸, o árbol de decisión, basado en tareas condicionadas por la respuesta del paciente. Ya en la primera sesión, asigna una tarea y, de acuerdo con la respuesta del paciente, evalúa la manera de cooperar y la continúa de la siguiente manera:

418 Ibidem, p. 88.

- Si la respuesta es directa: asigna tareas directas.
- Si la modifica: asigna tareas que pueden ser modificadas.
- Si la respuesta es opuesta: se encomiendan tareas que incluyan la posibilidad de hacer lo opuesto.
- Si ha sido vaga: se asigna tareas vagas o relatos.
- Si no cumple la tarea: no asigna nuevas tareas, (o se encomiendan tareas indirectas u optativas).

En base a este árbol de decisión es que de Shazer plantea “*la muerte de la resistencia*”. Toma la perspectiva ericksoniana acerca de que la gente realmente desea cambiar. Por tanto, la modificación de una tarea o indicación no necesariamente indica resistencia, sino que implica la manera en que la persona busca adecuar una tarea a sus necesidades; así como un mensaje acerca de su modo de hacer las cosas. De acuerdo a esta concepción utilizada por su equipo, desaparece la idea de resistencia, dando lugar al concepto de *cooperación*. Detalla sus procedimientos cooperativos de la siguiente manera:

En primer término vinculamos el presente con el futuro (ignorando el pasado), luego felicitamos al consultante por lo que ya ha hecho de útil o bueno (o ambas cosas) para él -o ella-, y a continuación (una vez que sabe que estamos de su parte), podemos sugerir algo nuevo que él -o ella- podría hacer y que es, o por lo menos podría ser, bueno para él -o ella-.

El terapeuta es quien tiene que dar el primer paso hacia la cooperación, y la manera de hacerlo empieza por la expectativa en que el cambio es posible y la preparación de una tarea para que ello ocurra. Si quien es terapeuta opta por ver resistencia en las conductas de quienes le consultan, no podrá ver sus intentos de cooperar, ya que ambos conceptos se excluyen recíprocamente.

Steve de Shazer (1987) señala que “la costumbre de dar instrucciones (tareas) a los consultantes es un tipo de conducta no menos antiguo que el propio concepto de curación” y agrega que “las tareas suelen ser una forma de intervención estratégica que cumple diversas finalidades. En general, la tarea se asigna *para promover el cambio*, vale decir, para activar nuevas pautas de transacción”.

Respecto de las técnicas propias de estos desarrollos terapéuticos en el uso de la Cámara Gessell, podemos establecer que resulta una “marca registrada” de los mismos:

- *La pausa para la consulta.* El grupo realiza una innovación al uso del teléfono en la Cámara Gessell. El terapeuta sale de la entrevista para coordinar acciones con su equipo ubicado retrocámara. En los 70 el equipo de Milán ya la empleaba, aunque el equipo de De Shazer lo ignoraba cuando profundizó en esta técnica.
- *El elogio del equipo* ubicado en la retrocámara. Es como si se rompiera el vidrio, ya que el terapeuta transmite a la familia o consultante la percepción positiva de quienes no se ven, sobre ellos. Esto implica un encuadre terapéutico innovador que incluye la cibernética de segundo orden al identificar a los observadores detrás del vidrio como “participantes”; implica la consideración del equipo de retrocámara como parte del sistema terapéutico y por ello la adopción de una *epistemología ecosistémica*. Luego de la pausa para la consulta el terapeuta vuelve a la sala donde se encuentra con la familia trayendo un elogio del equipo antes de proponerles una intervención.
- **Los procedimientos**⁴¹⁹

De Shazer y el equipo del Centro de Terapia Familiar Breve mostraron un gran interés por lograr una adecuada integración de teoría y práctica. Esto los llevó a planificar en detalle las intervenciones y estudiar sus efectos minuciosamente. Los procedimientos empleados tienen aspectos comunes con la Terapia Estratégica:

- Planificación previa de la sesión (en el capítulo de Terapia Estratégica, la desarrollamos como “Preentrevista”).
- El preludio (lo llamamos y describimos como “Etapa Social”).
- Recolección de datos (“etapa de la interacción” en la cual definimos el problema y conocemos cuáles son las normas de interacción de los consultantes).

419 De Shazer, S. (1986) Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico.

- La pausa para la consulta y el diseño de la intervención: consta de dos partes:
 - *El elogio* (al regresar de la retrocámara, el terapeuta reconoce los aspectos positivos evaluados por el equipo, que puede ser considerado como una connotación positiva). Tiene como propósito que aumente la disposición de la familia de realizar la tarea terapéutica propuesta, y sorprender a la familia que probablemente esté esperando que se remarquen sus aspectos negativos.
 - *El indicio* (en nuestro trabajo, lo hemos plantado como la pauta o la regla que se relaciona con la *queja*, luego *motivo de consulta* y las soluciones a proponer). Se hace referencia a la secuencia interaccional observada se trata de proponer una tarea que guarde cierta relación con esta. Es decir, se pretende que exista cierto *isomorfismo* entre la pauta disfuncional y la tarea que se proponga. Transmisión del mensaje, a continuación de los elogios (los consultantes se encuentran receptivos para ofrecer las sugerencias o indicaciones; es lo que llamamos conclusión de la entrevista). A nivel metodológico esto ocurre al finalizar la sesión y queda como primer punto a revisar en la sesión siguiente.
 - *Estudio posterior* (evaluación de la sesión por parte del equipo, a la que denominamos *evaluación del terapeuta*). Se tratan de realizar algunas predicciones acerca de cómo se comportará la familia o consultante frente a la tarea propuesta.
- Otro de los procedimientos utilizados es la *pregunta de escala*, cuyo objetivo es evaluar los avances obtenidos. De una sesión a la otra. Se le pregunta a él o la consultante: *en una escala del 1 al 10, en donde 10 sería el mayor malestar posible y 1 que se siente totalmente relajado, ¿dónde se ubica hoy?*
- Existen ciertos **supuestos** principales a partir de los cuales, los y las terapeutas entienden que se construirán la queja y a partir de esta las

soluciones. Estos supuestos son expuestos por De Shazer (1986)⁴²⁰ en *Claves para la solución en terapia breve*:

- “Las quejas involucran la conducta generada por la visión de mundo que tiene el cliente”. (p. 41).
- “Las quejas se mantienen por la idea que tiene el cliente en cuanto a lo que él decidió hacer para encarar la dificultad original es lo único correcto y lógico que puede hacerse. En consecuencia, los clientes se comportan como si estuvieran atrapados en la alternativa de hacer más de lo mismo (Watzlawick y otros, 1974) en tanto han rechazado o se han prohibido una mitad en la disyunción entre esto o aquello”. (p. 43).
- “Para iniciar la solución de una queja se necesitan cambios mínimos; una vez que se han iniciado (como consecuencia de la tarea del terapeuta), el-o la- consultante generará cambios adicionales (este es el efecto de irradiación).” (p.51).
- “Las ideas sobre lo que se debe cambiar se basan en ideas sobre aquello a lo que se parecería la visión de la realidad del cliente si no mediara la queja particular que presenta”. (p. 55). El terapeuta necesitará, por lo tanto, introducir algunas *dudas* sobre el significado que dan las personas al problema, con lo que se da paso al siguiente supuesto:
 - “Sólo es necesario sugerir el encuadre o los encuadres nuevos; la nueva conducta basada en cualquier encuadre nuevo puede promover la resolución del problema por parte del consultante.” (p. 57).
 - “La importancia primordial al concepto sistémico de Totalidad: un cambio en un elemento del sistema, o en una de las relaciones entre elementos, afectará a todos los elementos y relaciones que conjuntamente componen el sistema.” (p. 60)
- A partir de aquí es donde este modelo de terapia corre el foco de la queja para orientarlo a *cómo funcionan las soluciones*. El primer

420 de Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*.

paso para esto es comenzar a construir una expectativa de cambio que sea satisfactoria.

- **Los desafíos más allá de la técnica**

Tras algunas décadas del surgimiento de este modelo, Eve Lipchick (2005)⁴²¹ una de las integrantes originarias del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, y posterior fundadora del ICF Consultants, aportó reflexiones acerca del devenir de la Terapia Centrada en Soluciones. La terapeuta define su obra como una “reacción al minimalismo y a la intelectualización posmoderna de la terapia”. Observa con preocupación el olvido de la teoría y del espíritu que dio lugar a este modo de trabajo bajo el afán de encontrar herramientas técnicas desprovistas de la empatía y emocionalidad necesarias para la intervención terapéutica humana y verdaderamente transformadora. Recupera la colaboración y la confianza genuina en los recursos de quienes consultan como las bases a partir de las cuales la TCS surgió como tal.

Tomando una concepción constructivista de la terapia, retoma los conceptos de Maturana y Varela (1987) para entender el modo en que conocemos y acentúa su concepción del amor como la base biológica de la vida social. A partir de estos desarrollos junto a la Teoría General de los Sistemas, puntualiza sobre los supuestos centrales en la Terapia Centrada en Soluciones, haciendo énfasis en algunos que han sido “perdidos de vista” por muchos terapeutas. Citaremos algunos de estos últimos:

- *Cada consultante es único*, así como también lo es cada relación. Solo porque una solución funcionó en un caso similar el terapeuta no tiene por qué creerse conocedor de la solución para el problema de esta persona singular.
- *Los clientes poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismos*. Este postulado central es, quizás el más difícil de mantener presente cuando el interés de los y las terapeutas es aliviar el sufrimiento de quien consulta. Sin embargo, han prescindido de nuestra ayuda hasta el momento de la consulta y esto es lo que no debemos olvidar. A nivel práctico, la pregunta que se hace a

421 Lipchick, E. (2005) Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica. Buenos Aires: Amorrortu.

los consultantes al recordar esto es: ¿Cómo ha podido arreglárselas hasta ahora?

- *Usted no puede cambiar a los clientes; solo ellos pueden cambiarse a sí mismos.* Cuando los consultantes parecen haber llegado a un punto muerto, es importante comunicarles que comprendemos sus sentimientos. No tiene sentido intentar ayudar a cambiar a las personas mediante la lógica si no existe un acuerdo sobre las emociones subyacentes.
- *Las emociones son parte de todo problema y de toda solución.* Es imprescindible poder conectarnos con las emociones de las personas que consultan, así como con el clima emocional que se desarrolla en la consulta, no basta con centrarse únicamente en conductas o pensamientos.

En relación a este último punto Lipchick subraya la importancia de la *relación terapéutica* en los resultados de la psicoterapia. Quien consulta lo hace en una posición de vulnerabilidad, y quien conduce la terapia debe hacerse eco de esto. Intentará resolver, en lo posible, las dudas y normalizar la angustia propia del proceso terapéutico, mientras que transmite una sensación esperanzadora al centrarse en la posible solución y confiar en los recursos que la persona tiene para ello.

El trabajo con las emociones puede emplearse para facilitar las soluciones. Tanto las emociones de los y las consultantes como de los y las terapeutas. Esto no puede ser puesto en práctica sin la sensibilidad necesaria de los tiempos que las personas necesitan para tomar conciencia de ellas.

Siendo este un trabajo destinado a quienes se están formando en la práctica de esta epistemología y modo de intervención, nos parece fundamental recalcar la actitud de humildad y genuina cooperación que emana de los textos que dieron origen a la Terapia Centrada en Soluciones, por lo que tomamos el trabajo de Lipchick, que nos recuerda este espíritu inicial.

Capítulo 17: Terapia Estructural

María Beatriz Sabah

En general, las terapias sistémicas propician y sostienen que los individuos deben ser comprendidos en el contexto social en el que conviven. Salvador Minuchin, aprendió sobre la diversidad y adaptabilidad de las familias. Nació en Entre Ríos, en 1922, creció en una familia judía en el campo argentino y siendo médico, se fue a vivir a Israel durante varios años. Allí trabajó con familias de los *kibutz* (granjas colectivas).

Con el objetivo de hacer su especialidad emigró a Estados Unidos, en 1960. Trabajaba con jóvenes delincuentes en la Willwych School de Nueva York, buscando alternativas que fueran efectivas en la rehabilitación de los mismos. Los jóvenes con los que trabajaba provenían de familias desorganizadas, pobres y con múltiples problemas. El acercamiento a la delincuencia con una mirada en los sistemas, probó ser más útil que definirla como un problema del individuo.

En 1965, Minuchin comenzó a dirigir la Clínica de Guía Infantil de Filadelfia, en donde desarrolló la Terapia Familiar Estructural e investigó en familias con niños diabéticos, asmáticos y con anorexia nerviosa. En la década de 1970, la terapia familiar se expandió gracias a la labor conjunta realizada con Braulio Montalvo y Jay Haley. Trabajaron juntos y Salvador Minuchin escribió *Familia y Terapia Familiar* en 1974. En 1976, se concentra en el entrenamiento de terapeutas familiares en Nueva York.

La Terapia Estructural se ocupa desde sus inicios en las pautas, en los aspectos de la relación que mantienen el síntoma (la psicopatología), más que de las causas que pudieron haberlo originado. Pensando que lo que puede

cambiar son los factores contemporáneos, interpersonales que mantienen el cuadro psicopatológico, se concentra en trabajar sobre las estructuras familiares disfuncionales.

Considera que hay una estructura familiar saludable. La misma se presenta cuando la familia se organiza de manera apropiada, por lo que sus fronteras serán claramente marcadas. El subsistema marital desarrollará fronteras que permitan la privacidad y la intimidad de los esposos. Por su parte, el subsistema fraterno tendrá su deslinde, que permitirá el aprendizaje de la competencia, la rivalidad y la cooperación entre iguales; podrá tener jerarquía de responsabilidad y privilegios según la cultura familiar. El subsistema parental tendrá fronteras claras que permitan la negociación y un buen acceso hacia los hijos, necesario para una buena paternidad. Cada subsistema individual deberá poseer fronteras claras que permitan la individualidad. El sistema familiar como un todo regulará la frontera que los circunda, según los factores sociales, culturales y económicos. De acuerdo con esto, se admitirá la inclusión de parientes, amigos, etc., en la vida familiar. Las fronteras de un subsistema están delimitadas por *las reglas que definen quién participa en el subsistema y cómo*⁴²².

Las familias representan sistemas abiertos que continuamente enfrentan demandas de cambio. Cuando un miembro de la familia desarrolla un síntoma y deviene en *paciente identificado*, el problema básico será la inhabilidad de la familia para crecer y adaptarse al cambio. Así, la meta terapéutica será reestructurar a la familia para liberar a los miembros, de tal modo que crezcan y se relacionen con pautas no patológicas.

Reestructurar significa modificar las reglas de la relación, lo que implica modificar las fronteras o límites de los subsistemas, que de rígidos o difusos deberán pasar a ser claros, modificando el enmarañamiento o desapego familiar. O sea, que se trabajará para que las cercanías y/o las distancias dentro del sistema familiar y el manejo de la información con el contexto de la familia sea funcional.

Salvador Minuchin define a la familia como “*un sistema abierto en transformación, es decir que constantemente recibe y envía descargas de y desde el*

422 Umbarger, C. (1987) Terapia Familiar Estructural.

medio extrafamiliar y se adapta a las diferentes demandas de las etapas del desarrollo que enfrenta”⁴²³. Asimismo, la familia tiene funciones básicas⁴²⁴:

- Una es interna, se trata de la protección psicosocial de sus miembros con relación a la alimentación, la socialización y la protección en general.
- Una externa, que se refiere a la acomodación respecto de la cultura, y la transmisión a sus miembros de la misma.
- La familia es la matriz de identidad de sus miembros. Esto tiene dos aspectos: sentimiento de identidad desarrollado en la pertenencia y sentido de separación desarrollado en la participación de los miembros de la familia en distintos contextos, el trabajo, la escuela, etc.
- La cuarta función familiar tiene que ver con la capacidad de cambio y de continuidad. Esto configura la identidad familiar que se va modificando, pero que a la vez permite continuar siendo la misma familia.

La estructura familiar *“es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”*⁴²⁵. Estas pautas de interacción son configuradas en la búsqueda de la satisfacción de las demandas de cada miembro de la familia.

El sistema familiar opera con estas pautas transaccionales repetitivas que configuran un modo de funcionamiento familiar: *“así se hacen las cosas”*. También existen reglas de jerarquía, género, complementariedad que regulan el funcionamiento familiar.

Como en todo sistema, hay mecanismos de control que en las familias se configuran como requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpa frente a conductas desviadas de las normas familiares.

La familia tiene capacidad de adaptación al estrés creando pautas alternativas. Es este exquisito equilibrio entre morfogénesis y morfoestasis del sistema el que sostiene el cambio y a la vez hace permanecer a la familia tal cual es.

423 Minuchin, S. (1979). Familia y Terapia Familiar.

424 Ibidem.

425 Ibidem.

En el sistema familiar, los límites permiten la diferenciación de funciones de acuerdo con el sexo, con la generación, con el interés, etc. Los individuos piensan, sienten y existen dentro de contextos sociales, y los eventos que experimentan en la familia son aspectos importantes de su conciencia. Si el contexto familiar se transforma hacia un nivel más elevado de desarrollo, entonces la conciencia del individuo será también más elevada. Al modificar un modo desacoplado de funcionamiento familiar con personas desconectadas girando en sus órbitas individuales, éstas empiezan a relacionarse, a integrarse; cada individuo del grupo podrá ser más atento a cómo las personas están interrelacionadas.

En un caso clásico relatado por Minuchin⁴²⁶ de una chica anoréxica, le preguntó a la adolescente sobre la regla familiar contra las puertas cerradas: ¿Querría ella cerrar la puerta para tener más privacidad? Ella dijo que sí quería y se alió al terapeuta para desarrollar fronteras más claras en torno a los subsistemas individuales de esa familia enmarañada. Así, la indicación de cerrar puertas, incluso a los padres, les posibilitaría empezar a ver un funcionamiento familiar con límites.

En la Terapia Estructural el terapeuta es activo y directivo, guía el cambio y crea crisis tratando de modificar el equilibrio familiar. Reencuadra los síntomas como parte integral del funcionamiento familiar. En vez de poner el foco en el individuo, lo pone en la persona dentro del contexto.

Preguntas como: ¿Cómo hacen tus padres para mantenerte como un niño de cuatro años? Dirigido a un adolescente puede reencuadrar al síntoma en una pauta de mantenimiento contextual. El terapeuta alentará a la familia a que realicen las transacciones en sesión y no sólo a describirlas. En las *puestas en acto*, el terapeuta dirige explícitamente a los miembros de la familia a involucrarse en una actividad particular, tal como “*discute con tu madre hasta que termine tu tiempo y trata de llegar a una decisión*”. Poner en acto pautas ayuda, por una parte, a los miembros de la familia a experimentar sus propias reacciones y por otra parte, al terapeuta a sugerir pautas alternativas.

James O. Prochaska señala que la Terapia Estructural es única en su énfasis en el proceso que hemos llamado “liberación social”. La liberación social es el proceso por el cual un sistema social es cambiado de una manera tal, como

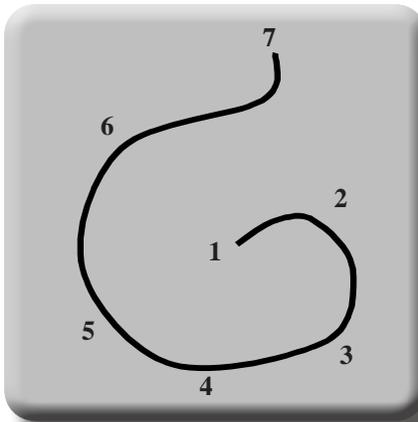
426 Minuchin S. y Fishman, H. (1984). Técnicas de Terapia Familiar.

para crear alternativas que permitan responder en forma saludable. Mientras más alternativas haya en un sistema, mayor será la libertad individual para elegir respuestas que conduzcan a su propio crecimiento.

Las tareas de reestructuración pueden producir estrés, porque las tareas transgreden reglas que han conservado a la familia unida dentro de ciertos límites. Cooperando, la familia participa activamente en la creación de reglas que fomentan el crecimiento.

El terapeuta estructural se relaciona con el sistema familiar con empatía adecuada, calidez y cuidado. Es líder y defiende el beneficio de cada uno de los miembros contra el sistema estructurado destructivamente. El terapeuta se une a cada uno para demoler un conjunto de reglas que impiden a los miembros relacionarse. Desafía, confronta, bloquea, usando técnicas que causan desequilibrio. Esta reestructuración permite al grupo movilizar sus recursos subutilizados y mejorar su habilidad para enfrentarse con el estrés y el conflicto.

Carter Umbarger⁴²⁷ plantea la terapia como un cambio en espiral:



1. Se cuestiona la homeostasis
2. Provocando una crisis que desencadena conductas nuevas
3. Habilitando las conductas
4. Se producen cambios en el estado de ánimo y la imaginación de las personas
5. Posibilitación
6. Se crean secuencias interactivas nuevas
7. Morfoestasis

El sistema familiar tiene propiedades de autoperpetuación, por lo que el proceso que el terapeuta inicia en el seno de la familia será mantenido en ausencia de éste.

427 Umbarger, C. (1987). Terapia Familiar Estructural.

La estructura familiar no constituye una entidad inmediatamente observable. El terapeuta obtiene datos y diagnostica experimentalmente en el proceso de asociarse con la familia. Analiza el campo transaccional en el que se relaciona con ella, elaborando hipótesis sobre las pautas y diseñando un mapa de la familia.

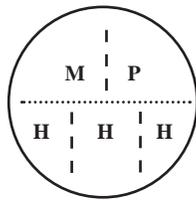
“Un mapa familiar es un esquema organizativo, no representa la riqueza de las transacciones de la familia. Es estático, mientras que la familia está en constante movimiento. Pero el mapa constituye un dispositivo útil que le permite al terapeuta organizar el material de diverso tipo que obtiene. El mapa le permite formular hipótesis acerca de las áreas, en el seno de la familia, que funcionan correctamente y acerca de otras áreas donde no ocurre lo mismo. También le ayuda a determinar los objetivos terapéuticos”⁴²⁸.

Mapa estructural gráfico: símbolos empleados

Límites

-----	Límites claros
.....	Límites difusos
—————	Límites rígidos
Alianza	=====
Sobreinvolucración	=====
Afiliación débil	⌊ ⌋
Conflicto

428 Minuchin, S. (1979). Familia y Terapia Familiar.



Familia Aglutinada



Familia Desligada



La única estructura familiar inmediatamente accesible al terapeuta es la estructura disfuncional. Una de las tareas que enfrenta será la de explorar las áreas de posible flexibilidad y cambio, como así también las alternativas estructurales que han permanecido inactivas y que pueden ser activadas por las preguntas del terapeuta.

Las familias descartan las indagaciones que no son sintónicas con el sistema familiar. Cuando responden, pueden asimilar u acomodarse aprehendiendo y activando otras alternativas de funcionamiento. Si la familia responde a la intervención como totalmente novedosa, esta indagación se ha convertido en reestructurante. Durante el desarrollo de la terapia y de la configuración del sistema terapéutico, el terapeuta se sitúa a sí mismo como líder dirigido hacia metas y proyectando objetivos. En cada sesión se responde a los elementos inmediatos y el progreso hacia metas se evalúa como movimientos prolongados a lo largo del tiempo.

En el proceso de ruptura del equilibrio familiar, la confianza en el terapeuta es de vital importancia. Cuando en este proceso se asocia a un miembro, los otros pueden experimentar estrés y responder insistiendo en conservar el modo actual de funcionamiento.

El terapeuta incita a los miembros de la familia en la dirección de los objetivos mientras soportan las vicisitudes del período de transición. Esto se logra con el apoyo, comprensión y confirmación de los miembros de la familia, de sus necesidades en cada etapa del proceso.

El cambio se produce por un cuestionamiento de la percepción de la realidad del grupo familiar, porque se les proporciona posibilidades alternativas que les parecen adecuadas y se las ensaya en la sesión, con tareas en la casa y de ese modo aparecen nuevas relaciones que se refuerzan a sí mismas.

El terapeuta acompaña en la crisis, dado que las personas cambian si se les ofrece algo a cambio y si se los apoya. Se desplazará en dirección a un modo de funcionamiento desconocido si comparte la meta y si se desarrolla un apoyo en el seno de la familia.

Unión y acomodamiento son los términos en que se desenvuelve el mismo proceso. La unión se utiliza cuando se pone el acento en las acciones que realiza el terapeuta, tendientes a relacionarse con los miembros de la familia. El acomodamiento enfatiza las adaptaciones del terapeuta tendientes a lograr la alianza. Para esto acepta la organización, el estilo de la familia y se funde con ellos, experimentando las pautas transaccionales familiares y la fuerza de las mismas. Es decir, evalúa el dolor de un miembro de la familia al ser excluido o utilizado como chivo emisario y la satisfacción que experimenta al ser amado o confirmado en el seno familiar.

El terapeuta reconoce el predominio de determinados temas familiares y participa conjuntamente con los integrantes en su exploración; siguiendo los caminos de la comunicación, descubriendo cuáles están abiertos y cuáles son bloqueados. Cuando traspasa los umbrales familiares debe estar alerta ante los mecanismos de estabilidad del sistema.

Todo este proceso no es unilateral: a la vez que el terapeuta se acomoda a la familia, la familia se acomoda para unirse a él. La asociación es, para Salvador Minuchin, el proceso clásico por el cual se establece el sistema terapéutico, sin el cual la reestructuración no puede producirse y todo intento de alcanzar objetivos fracasará.

Las operaciones de mantenimiento requieren, por lo general, la confirmación activa y el apoyo de los subsistemas, apoyar el potencial y la fuerza de cada individuo, confirmar a la persona y cuestionar la función en el núcleo familiar. Este tipo de apoyo puede ser reestructurante, porque otras partes de la familia pueden verse obligadas a acomodarse al terapeuta.

Otra técnica de asociación es el rastreo. El terapeuta sigue el contenido de las comunicaciones y de la conducta de la familia, al mismo tiempo que los alienta para que continúen. El rastreo consiste en el planteamiento de preguntas que puedan clarificar lo que está en juego, la realización de comentarios aprobadores, o estimular para que pueda amplificar un punto. El terapeuta se ubica como parte interesada y pregunta.

En la actualidad, podemos desarrollar una descripción más exhaustiva del modo de preguntar del terapeuta. El Grupo de Milán desarrolla las preguntas circulares en las entrevistas familiares. Los desarrollos de la *mediación* aportan modos específicos de realizar el trabajo del mediador a través de preguntas que pueden ser conocidas como recontextualizantes, reflexivas, circulares, abiertas, cerradas, etc.

Minuchin hace referencia al *mimetismo*⁴²⁹, que es una operación humana universal. Puede ser utilizado para acomodarse a un estilo familiar y/o sus modalidades afectivas, por medio de distintas operaciones implícitas y espontáneas, como la similitud de posturas, de expresiones, de experiencias, que pueden ser utilizadas con finalidades específicas. Parecerse en decir “*tengo dos hijos adolescentes*” en el ritmo de la comunicación (lento, jovial, coartado) puede incrementar el poder de la reestructuración.

El diagnóstico es una hipótesis de trabajo desarrollada por el terapeuta a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con el proceso de asociación con la familia y con la respuesta de la familia al terapeuta. Al evaluar, el terapeuta toma en cuenta seis áreas.

En primer lugar, se considera la estructura familiar, las pautas transaccionales preferidas y las alternativas disponibles.

En segundo lugar, evalúa la flexibilidad que tiene el sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, tal como es revelada por la modificación de las alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas en respuesta a los cambios y al terapeuta.

En tercer lugar, se examina la resonancia del sistema familiar y su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros. Toda familia ocupa un lugar determinado dentro de un continuo que se encuentra entre el aglutinamiento por un lado y el desligamiento por el otro, considerando un momento específico del ciclo vital de la familia. Se examina la resonancia de acuerdo con las respuestas que ofrece el grupo familiar, que de manera inmediata o en forma tardía presenta ante cada acontecimiento particular.

En cuarto lugar, se examina el contexto de la vida de la familia analizando las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología familiar.

429 Minuchin S. y Fishman, H. (1984). Técnicas de Terapia Familiar.

En quinto lugar, es examinado el estadio de desarrollo que la familia está transitando, como así también su rendimiento en las tareas apropiadas para esa etapa. Esto es, el ciclo de vida familiar, crisis, distintos tipos y modos de tratar con las mismas.

Por último, se explora la manera en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de pautas preferidas por la familia.

El diagnóstico interaccional recopila información de significados del material presentado, lo que dice la familia y cómo lo dice, su tono de voz, las relaciones frecuentes, etc. El orden de la comunicación permite obtener un material adicional. La historia contada por quién y para qué, va determinando el contexto de las posibles conversaciones. El diagnóstico interaccional posibilita la captación de pautas repetitivas y alternativas, y se modifica constantemente a medida que la familia va asimilando al terapeuta, se acomoda a él y reestructura o resiste las intervenciones reestructurantes.

Este tipo de diagnóstico es inseparable de la prognosis. La determinación de los cambios de la familia, después de la asociación con la misma, revela sus posibilidades de modificación. Todo diagnóstico es una forma de clasificar y reunir datos. El terapeuta de familia tiene la ventaja de trabajar con un sistema de personas interconectadas que se influyen mutuamente y que acuerdan un contrato terapéutico con él.

Generalmente, las familias desean que el problema por el cual consultan se resuelva sin interferencia con sus pautas transaccionales preferidas. Consecuentemente, los acuerdos sobre la naturaleza del problema y los objetivos del cambio en un primer momento estarán limitados y podrán desarrollarse cambios en el tiempo. Además, los cambios esperados en el paciente identificado serán mostrados como dependientes de la modificación familiar. Por ejemplo, en el caso de la paciente anoréxica, atendido por Charles Fishman⁴³⁰, primero se trabaja en las relaciones con la familia de origen de la paciente (los padres incluidos en el sistema familiar nuclear), luego se trabaja la relación con los hijos incluidos en la protección de la madre y la preocupación por ésta, para por último trabajar en la relación de pareja y su determinación en el mantenimiento de los síntomas de la paciente identificada.

430 Fishman, H. (1988). Tratamiento de adolescentes con problemas.

Sin embargo, las operaciones de reestructuración o de unión son interdependientes. En efecto, *“la terapia no puede lograrse sin la unión, pero ésta no tendrá éxito sin la reestructuración. La unión puede utilizarse como una técnica reestructurante. En éstas, el terapeuta se convierte en actor de la obra familiar. En la reestructuración, opera como director y como actor. Crea escenarios, coreografías, esclarece temas y lleva a los miembros de la familia a improvisar, dentro del marco de los límites impuestos por el drama familiar. Pero también se usa a sí mismo incorporándose a alianzas y coaliciones, fortaleciendo o debilitando límites, y enfrentando o apoyando las pautas transaccionales. Utiliza la posición de liderazgo dentro del sistema familiar para plantear desafíos a los que la familia debe acomodarse”*⁴³¹.

En su primer libro, Salvador Minuchin plantea por lo menos siete **operaciones reestructurantes**:

- *El captar las pautas transaccionales de la familia*: se pueden utilizar además, técnicas como la dramatización de las pautas, por medio de la cual se amplían los datos, incitando a que la familia actúe algunas de las formas en las que habitualmente resuelven los conflictos.
- Recrear los canales de comunicación implica reconducir a un miembro que habla de otro, a que hable con el otro miembro, en vez de acerca de él.
- *El señalamiento de los límites*: cada miembro de la familia y cada subsistema puede negociar la autonomía e independencia para funcionar en los circuitos en los que participa.
- *El acrecentamiento del estrés*: A menudo las familias acrecientan el estrés frente a un conflicto; son poco flexibles e incapaces de recurrir a formas de relación diferentes. El terapeuta puede acentuar las diferencias bloqueando las pautas transaccionales preferidas, desarrollando el conflicto implícito y uniéndose en alianzas y coaliciones; por ejemplo, en familias con pacientes psicósomáticos, bloqueando la pauta acostumbrada de evitación del conflicto.
- *La utilización de los síntomas*: se consideran expresión de un problema contextual. De forma tal que se combate la tendencia familiar

431 Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). Técnicas de Terapia Familiar.

a centralizarse en el portador del síntoma, cuestionando su función central.

- *La asignación de tareas:* Con las tareas se crea un marco en cuyo seno los miembros deben desenvolverse, señalan y actualizan el área de exploración o la que necesitan desarrollar. Por ejemplo: “*Enséñele a su hija a prender fuego*”, a una madre con una niña incendiaria. Aumentan así la relación de cercanía madre-hija.
- *La manipulación del humor:* El afecto acompaña las transacciones de la familia y constituye uno de los múltiples indicios que determinan las conductas del terapeuta. El afecto es una pista de lo admisible en una familia determinada.
- El apoyo, educación y guía: El terapeuta comprende la importancia de estas funciones en el seno familiar, las estimula y las instrumenta. Por ejemplo: “este bebé es su antidepresivo”, “sería bueno si usted pudiera descansar y aprender a divertirse”.

La familia necesita de una estructura viable para desarrollar sus tareas esenciales: apoyar la individualización, al mismo tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia. Los miembros de la familia no suelen vivenciarse a sí mismos como parte de una estructura. Todo ser humano se considera a sí mismo como una unidad, un todo en interacción con otras unidades. Sabe que influye en la conducta de los otros individuos, y que éstos, a la vez, influyen sobre la suya. Cuando interactúa en la familia, experimenta el mapa que ésta traza del mundo. De esta manera, los miembros de cada familia conocen, con distintos niveles de conciencia y detalle, la geografía de su territorio. Cada uno sabe lo que está permitido, lo prohibido, las fuerzas que se oponen a las conductas atípicas, así como la índole y eficacia del sistema de control. Sin embargo, el individuo, rara vez vivencia la red familiar como un gestalt.

El término *holón* (del griego *holos*, que significa todo y el sufijo *on*, que evoca una partícula) fue acuñado por Arthur Koestler para designar a aquellas entidades de rostro doble en los niveles intermedios de cualquier jerarquía. Minuchin y Fishman denominan así a la unidad de intervención, que siempre es un *holón* (individuo, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad): es un todo y una parte al mismo tiempo.

La parte y el todo se contienen recíprocamente en un proceso continuado de comunicación e interrelación. La familia nuclear es un holón de la familia extensa y ésta de la comunidad, y así, cada todo contiene a la parte, y cada parte contiene también el programa que el todo impone.

El holón individual incluye el concepto del sí mismo en contexto, contiene los determinantes personales e históricos del individuo, como así también los aportes actuales del contexto social. Las diferentes interacciones con los demás traen a luz y refuerzan los aspectos de la personalidad individual que son apropiados a ese contexto, sea éste laboral o familiar, etc. El individuo recíprocamente influye sobre las respuestas de las personas de esos contextos. Existe un proceso circular y continuo de influjo y refuerzo recíproco, que tiende a mantener una pauta fijada; al mismo tiempo, individuo y contexto son capaces de flexibilidad y cambio.

Las familias poseen otros subsistemas diferenciados además de los individuales, algunos formados por generación (el de los hermanos), por el sexo (abuelo, padre, hijo varón) o por la tarea (subsistema parental). Cada persona puede pertenecer a diferentes subsistemas.

Dentro de la familia, tres unidades poseen significación particular, además del individuo:

- a. El **holón conyugal** se constituye con la unión de las personas con un proyecto compartido de formar una familia. Cada una de estas dos personas trae un conjunto de valores y expectativas que deberá conciliar con el otro en el tiempo: cada cónyuge debe resignar una parte de sus ideas y preferencias, lo que implica perder individualidad para ganar en pertenencia. En este proceso se forma un proceso nuevo. Las pautas de interacción que se van elaborando suelen ser implícitas y, una vez establecidas, gobiernan el modo en que cada uno de los cónyuges se experimenta a sí mismo y experimenta al compañero dentro del contexto matrimonial.

Una de las tareas más importantes es la fijación de fronteras que protejan al sistema conyugal, procurándole un ámbito para satisfacer sus necesidades psicológicas, sin que se inmiscuyan los parientes políticos, los hijos, u otras personas. Esta relación ofrece a sus miembros una *plataforma de apoyo* para el trato con el universo extrafamiliar y proporciona una función de apuntalamiento mutuo

en sus acciones. Es vital para el desarrollo familiar y crecimiento de los hijos, modelo de relaciones de intimidad y de cómo se manifiestan en las interacciones cotidianas. Si hay una disfunción conyugal repercutirá en toda la familia.

- b. En el **holón parental** las interacciones incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización. Aquí el niño aprende lo que debe esperar de las personas que poseen más recursos y fuerzas, y a considerar racional o arbitraria la autoridad. Llega a conocer si sus necesidades habrán de ser contempladas, así como los modos más eficaces de comunicar lo que desea, dentro del estilo familiar. Según las respuestas que le den sus progenitores, y según estas sean adecuadas o no a su edad, el niño modela su sentimiento de lo correcto. Conoce las conductas recompensadas y las desalentadas y vivencia el estilo con que la familia afronta los conflictos y las negociaciones.

Los adultos tienen la responsabilidad de cuidar, proteger y socializar a los niños; pero también poseen derecho a tomar decisiones que atañen a la supervivencia del sistema total, en asuntos como cambio de domicilio, selección de escuela, divorcio y fijación de reglas que protejan a todos los miembros. El subsistema parental se modifica a medida que el niño crece y sus necesidades cambian. Con el aumento de su capacidad, aumentan las oportunidades para que tome decisiones y el control de sí mismo.

- c. El **holón fraterno** constituye para un niño el primer grupo de iguales en el que participa. Dentro de este contexto, los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, competir y cooperar. Así, van tomando diferentes posiciones, proceso que promueve, por un lado, su sentimiento de pertenencia a un grupo, y por otro lado, su individualidad, vivenciada en el acto de elegir y de optar por una alternativa dentro de un sistema. Estas pautas cobran significado en el ingreso a grupos de iguales fuera de la familia.

Capítulo 18: Intervenciones de la Terapia Estructural

*María Beatriz Sabah
Jorge Fernández Moya*

En este Capítulo sobre las Intervenciones de la Terapia Estructural desarrollada por Salvador Minuchin, utilizaremos la misma modalidad que empleáramos con las intervenciones estratégicas y las intervenciones de la terapia centrada en soluciones.

Por lo tanto, trabajaremos, considerando maniobras generales y específicas, reconociendo que pueden a su vez dividirse en maniobras de comienzo, de proceso y de cierre.

Maniobras generales

Las maniobras generales de comienzo son aquellas orientan y facilitan la relación con los consultantes. En la Terapia Estructural las mismas se conocen como coparticipación y planificación.

Coparticipación

Minuchin y Fishman plantean que la terapia familiar consiste en entrar en coparticipación con la familia, experimentar la realidad como sus miembros la viven y involucrarse en las interacciones repetidas que dan forma a la estructura familiar y plasman el pensamiento y la conducta personal. Esta coparticipación debe ser instrumentada para poder convertirse en un agente de cambio que obre dentro de las reglas del sistema familiar.

Se trata de aquellas intervenciones por las cuales el terapeuta asume el liderazgo de la entrevista y del proceso terapéutico. El hecho de encontrarnos con todos los miembros de una familia delante nuestro podría ser una razón suficiente para creer que todos desean ayuda por igual, pero como establecen Minuchin y Fishman⁴³² “en la práctica es posible y frecuente, que los miembros de la familia y el terapeuta no entiendan de la misma manera la localización del sufrimiento, su causa y el proceso de la curación”.

Los autores denominan “coparticipación” a los “acuerdos más o menos explícitos para librar de síntomas a quien es su portador en la familia, reducir el conflicto y la tensión para la familia como un todo y aprender nuevos modos de superar dificultades. Entran en coparticipación dos sistemas sociales para un propósito específico y por un plazo determinado”⁴³³. Se trata o resulta equivalente a los que hemos llamado co-construcción del problema, las metas y las soluciones.

Y tal como en las terapias estratégicas el terapeuta se reconoce y asume como directivo, por lo que queda a cargo de conducir el proceso. Las intervenciones estructurales muestran al terapeuta como un “líder autoritario”, refiere Prochaska y Norcross, pero nosotros creemos que se trata de “convicción, firmeza y también autoridad”.

Desde la Terapia Estructural el terapeuta debe ser visto y considerado como “instrumento de cambio de los modos de interacción”⁴³⁴.

432 Minuchin S. y Fishman H. Ch. 1984. Técnicas de terapia familiar.

433 Ibidem.

434 Los modos de interacción, representa lo que desde la terapia estratégica hemos denominado como “circuitos interaccionales”.

La propuesta que realizan Minuchin y Fishman acerca de la instrumentación del terapeuta es que “éste debe sentirse cómodo en diferentes niveles de participación. Cualquier técnica podrá sentir útil, según el terapeuta, la familia y el momento”.⁴³⁵

“**Coparticipar** con una familia es más una actitud que una técnica y constituye la cobertura bajo la cual se producen todas las interacciones terapéuticas. Coparticipar con una familia es hacer saber a sus miembros que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos”.

En otras palabras, pero con idéntico fin y para obtener los mismos resultados es que describíamos la Quinta maniobra general que denominamos: “*Adquirir y mantener la credibilidad, la confianza y la maniobrabilidad*”.

La coparticipación se puede realizar desde tres posiciones:

- Posición de cercanía
- Posición intermedia
- Posición distante

Posición de cercanía

Desde esta posición el terapeuta realiza una intervención de manera constante *confirma todos los aspectos posibles* de ser confirmados. Y se ocupa de que todos los miembros presentes reciban esta confirmación, necesaria para sobrellevar la pena, el dolor, la tristeza y hasta el enojo que produce una situación difícil de soportar.

En este caso los autores, entienden la confirmación como redefiniciones que inevitablemente modifican el marco conceptual que los miembros de la familia poseen hacia el paciente, o bien hacia su conducta, o hacia las motivaciones que subyacen a éstas.

Hemos acordado que confirmar, significa “devolverle a otro la imagen que tiene de sí mismo”, en estas situaciones y como principal intervención de la posición de cercanía, es hacerlo privilegiando aquellos aspectos en los que es

435 Ibidem.

posible que sean considerados de alguna otra manera posible” por el contexto y confirme la autopercepción del individuo.

Posición intermedia

Desde esta posición, “el terapeuta coparticipa como un oyente activo, neutral. Asiste a la gente para que le cuente lo que le pasa. Esta modalidad de coparticipación se llama unión y *rastreo*. Es un buen método para recopilar datos. Pero nunca es tan neutral”⁴³⁶.

Posición distante

Cuando el terapeuta adopta una posición distante, “no hace el papel de actor, sino de director”⁴³⁷ dirige la acción y la dramatización.

En muchas ocasiones las familias, pero más frecuentemente las parejas que consultan, asisten con el deseo de que el terapeuta funcione como árbitro de sus diferencias.

Planificación

Los terapeutas hacemos algunas consideraciones desde el momento en que recibimos los primeros datos de una familia. En ese momento inevitablemente pensamos en ciertas hipótesis considerando la clasificación de familias que hicieron Minuchin y Fishman y que consideráramos en el Capítulo de familia funcional. Recordemos que la propuesta considera los siguientes tipos según la *composición de la familia*:

- Familias de *pas de deux*.
- Familias de tres generaciones.
- Familias con soporte.

436 Minuchin S. y Fishman H. Ch. Técnicas de terapia familiar. 1984.

437 Minuchin S. y Fishman H. Ch. Técnicas de terapia familiar. 1984.

- Familias acordeón.
- Familias cambiantes.
- Familias huéspedes.

En relación con el **estado de desarrollo** en que se encuentra la familia, tenemos:

- Familias con padrastros o madrastras.
- Familias con un miembro fantasma.

Este desarrollo supone una transición, es esta la que generalmente motiva la consulta. Otros tipos de familia son:

- Familias Descontroladas.
- Familias Psicósomáticas.

En el capítulo de Diagnóstico, establecíamos que estas presunciones o hipótesis deben ser corroboradas o rechazadas en la coparticipación, con la familia.

Considerar las características es de fundamental importancia, ya que intervenciones similares seguramente tendrán repercusiones según la configuración de la familia, el estado de desarrollo y la etapa del ciclo vital por la que se encuentran transitando.

Maniobras específicas

De acuerdo con Minuchin y Fishman, para transformar la estructura familiar, la intervención del terapeuta puede desequilibrar el sistema por medio de tres tipos de cuestionamientos:

- cuestionamiento del síntoma,
- cuestionamiento de la estructura
- cuestionamiento de la realidad familiar.

A continuación, presentamos un cuadro comparativo que permitirá obtener una visión general de estas **maniobras de la Terapia Estructural**:

Cuestionamiento del síntoma (Reencuadramiento)	Escenificación	Observación de las interacciones espontáneas. Organiza interacciones. Propone modalidades diferentes o Interacciones alternativas
	Enfoque	
	Logro de intensidad	Repetición del mensaje. Repetición de acciones isomórficas. Modificación del tiempo. Cambio de la distancia. Resistencia a la presión de la familia.
Cuestionamiento de la estructura familiar (Reestructuración)	Fijación de fronteras	Distancia psicológica. Duración de la Interacción
	Desequilibrio de las jerarquías	Alianza con un miembro de la familia. Alianza alternante. Ignorar a miembro/s de la familia. Coalición contra miembros de la familia.
	Enseñanza de la Complementariedad	Cuestiona el problema. Cuestiona el control lineal. Cuestiona el modo de recortar los sucesos.
Cuestionamiento de la realidad Familiar (Reencuadramiento)	Constructos cognitivos	Símbolos universales. Verdades familiares Consejo especializado
	Intervenciones paradójicas	Paradojas. Intervenciones basadas en la aceptación y en el desafío. Directas. Basadas en el desafío El grupo como coro griego. Fidelidad a la paradoja sistémica
	Insistencia en los lados fuertes de la familia	Respuesta al paciente individualizado. Alternativas de interacción.

Cuestionamiento del síntoma

Las familias han individualizado a uno de sus miembros como la fuente del problema, le relatan al terapeuta todas sus luchas, las soluciones ensayadas y los fracasos de sus intentos. El terapeuta ingresa en la familia pensando que el problema no está en el paciente identificado, sino en ciertas pautas interaccionales de la familia. Las soluciones intentadas son repeticiones estereotipadas de interacciones ineficaces que organiza a los miembros de la familia alrededor del síntoma y su portador. “El síntoma es la reacción de un organismo sometido a tensión”⁴³⁸. Por lo tanto, la tarea del terapeuta es cuestionar la definición que la familia da del problema, reencuadrar la concepción que tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y conductuales diferentes, de modo tal que la familia avance hacia un manejo más diferenciado y eficiente de su realidad.

El cuestionamiento del síntoma es, entonces, un **reencuadre**; es el cambio del marco conceptual que rodea a la persona portadora del síntoma. A través de las siguientes técnicas se establece el reencuadramiento terapéutico:

- ***Escenificación***: se busca que la familia interactúe en presencia del terapeuta para vivenciar su realidad como ellos la ven. En la escenificación hay tres movimientos: A) Observación de interacciones espontáneas. B) el terapeuta selecciona y organiza las interacciones. C) Propone modalidades diferentes de interacción o alternativas.

Ejemplo: la madre regaña a la niña que se sienta sobre la mesa, se lo ruega luego para que deje de sentarse en ella y no lo consigue. Luego esta pauta se repite con un papel que la madre ruega que devuelva y no consigue.

El terapeuta selecciona lo observado y organiza la danza disfuncional en presencia de él, describe la tensión en la madre y busca la motivación para el cambio, “*que logre estar más cómoda*”. Propone alternativas, infunde esperanzas a la familia “*ordene que pase; haga que ocurra*” ayudando a la mamá a modificar su relación con su hija.

438 Minuchin, S. (1979). Familia y Terapia Familiar.

- **Enfoque:** el terapeuta selecciona y organiza los datos dentro de un esquema que les otorga sentido. Esto le impide ser absorbido por los datos. El terapeuta elabora un foco y una meta terapéutica y desecha los diversos datos interesantes, pero no útiles. El enfoque incluye una meta estructural como una estrategia para lograrla.
- **Intensidad:** ¿Cómo hacer llegar el mensaje? La familia tiene campos de sordera selectiva regulados por la historia en común. Para que la familia oiga el mensaje, pueden emplearse distintas técnicas:
 - **Repetición del mensaje:** por ejemplo “*este cuerpo es tuyo y no de tu familia*”, lo dice luego en referencia al control sobre diferentes órganos, por lo tanto “*ellos no pueden elegir por vos*”.
 - **Repetición de las interacciones isomórficas:** diversas interacciones que responden a una misma regla familiar, por ejemplo: la sobreprotección.
 - **Modificación del tiempo:** superar el umbral de la familia con más o menos tiempo de permanencia de una interacción, modificando las pautas que mantienen la distancia interpersonal o los mecanismos de evitación del conflicto. Por ejemplo “*a ver si podés estar en silencio por cinco minutos de reloj*” “*podes hablar con tu papa solamente por un rato*”.
 - **Cambio de distancia:** el terapeuta puede cambiar la intensidad, cambiando la posición recíproca de los miembros en una sesión. Por ejemplo: puede hacer que se sienten juntos o enfrentados; poner de relieve la significación en la diada: “*Acá está el núcleo del problema*”; separar a un miembro para intensificar su carácter periférico en ese momento: sentar al niño lejos, así la madre no lo ve ni habla por él.
 - **Resistencia a la presión de la familia:** el no hacer, puede producir intensidad en la terapia, sobre todo cuando el terapeuta no hace lo que la familia quiere que haga. Por ejemplo: “*Pregúntele usted, Doctora, porqué hace eso, a ver si a usted se lo dice*”; a lo que el terapeuta responde: “*Cómo voy a tener yo más influencia o suerte con él que ustedes que viven*”.

y *comparten con él todo el día*". Con su resistencia a ser absorbido por el sistema, el terapeuta introduce intensidad en la terapia.

Cuestionamiento de la estructura familiar

*"Las familias son sistemas complejos constituidos por partes interrelacionadas en un orden jerárquico"*⁴³⁹. En estos sistemas complejos, las uniones intracomponentes son más fuertes que las intercomponentes; por lo tanto, las relaciones en un holón son más fuertes que las que ligan entre holones.

El holón de pertenencia es el más significativo para sus miembros. Cuestionar la estructura de holón de la familia y su *"así se hacen las cosas"* se puede realizar de tres modos:

- ***Fijación de frontera:*** tiende a regular la permeabilidad que separa los holones entre sí de la siguiente forma:
 - **Distancia psicológica:** cada terapeuta tiene un repertorio para exponer la intromisión e invasión en el espacio psicológico del otro y otras transgresiones a los límites. El principal recurso es que nadie debe hablar por el otro o decir lo que el otro piensa o siente. Cada uno debe contar su propia historia y ser dueño de su propia memoria. También se regula al introducir distancia, separando miembros, cambiándolos de sillas, mandando a la retrocámara, poniéndose en el medio e impidiendo el contacto visual, etc.
 - **Duración de la interacción:** alargar el proceso del contacto, dar tareas, practicar interacciones desacostumbradas, iniciarlas en las sesiones. Son formas en las que el terapeuta interviene.
- ***Desequilibrio:*** el mero ingreso del terapeuta modifica la estructura de poder de la familia. Esta técnica cuestiona la distribución del poder y el vínculo jerárquico entre los miembros del sistema. Al te-

439 Anderson, R. y Carter, I. (1994). La conducta humana en el medio social.

rapeuta se le plantean problemas éticos, pues al desequilibrar asume una epistemología lineal y es inicuo por definición. Para realizar esa tarea puede hacer una:

- **Alianza con miembros de la familia:** puede ser con un miembro jerárquico, dominante o débil; su meta es rebasar el umbral de lo permisible dentro de la familia. Para reordenar las posiciones jerárquicas, se requiere cierto mantenimiento de la estrategia.
- **Alianza alternante:** la meta de esta técnica consiste en atribuir a cada subsistema pericias diferentes y complementarias, con lo que se evita la competencia por la jerarquía dentro del mismo contexto. Por ejemplo: es útil en familias con miembros adolescentes, en donde es necesario apoyar a los padres en la toma de decisiones y al mismo tiempo es necesario apoyar el privilegio del adolescente a cuestionar el proceso de toma de decisiones.
- **Ignorar a un miembro** de la familia: no reconocer el miembro refractario posibilita un nuevo alineamiento familiar. “Si no quieres hablar vamos trabajar con tus padres solamente”.
- **Coalición contra miembro** de la familia: el terapeuta se alía con un miembro en contra de otro miembro familiar. Esto provoca mucha tensión. Por ejemplo, se une a una madre en sus intentos de control sobre un niño en contra de la sobreprotección de la abuela.
- **Enseñanza de la complementariedad:** se cuestiona la epistemología lineal de la familia y por lo tanto la idea integral de la jerarquía. En primer lugar, cuestiona el problema, o sea, la certidumbre de la familia de que existe un paciente individualizado. En segundo lugar, cuestiona la idea lineal de que un miembro en la familia controla el sistema, cuando en verdad cada uno de los miembros sirve de contexto a los demás. Por ejemplo: “*Su esposa parece controlar todas las decisiones en esta familia, ¿cómo consiguió echar sobre sus hombros todo ese trabajo?*” O “*Ayude al otro a cambiar, modificando el modo en que usted se relaciona con él.*” Es un abordaje que supone la indivisibilidad del contexto y de la conducta.

- **Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos:** el terapeuta cuestiona la epistemología de la familia introduciendo el concepto de un tiempo ampliado y encuadrando la conducta individual como parte de un todo más vasto. Por ejemplo, en una familia fusionada, el hijo estornuda, la madre alcanza un pañuelo destinado a él y la hermana busca dentro de la cartera. Minuchin dice⁴⁴⁰: “¡Caramba, mire como un estornudo activa a todo el mundo! Es una familia que hace servicial a la gente”.

Cuestionamiento de la realidad familiar

- **Construcciones:** Todo cambio en la estructura familiar modifica su visión del mundo, y todo cambio en la visión de mundo que sustenta la familia, será seguido por un cambio en la estructura. Incluidos los cambios en el uso del síntoma para el mantenimiento de la organización familiar.

Se trabaja, entonces, en los esquemas cognitivos que legitiman o validan esta organización familiar, por ejemplo, a nivel del significado que tienen algunas palabras para la familia. Otro nivel es el de las creencias, mitos y la historia familiar que no son cuestionados, pero que pueden ser ampliados o reordenados de tal manera que no continúen siendo los esquemas explicativos que confieren sentido a los hechos que mantienen la estructura invariante. Se modifica también, el nivel de teoría explícita, como cuerpo de conocimientos que posee el terapeuta para encuadrar lo normal y lo atípico. El terapeuta debe tener una concepción pluralista de la realidad para ofrecer a la familia concepciones diferentes del mundo, modificando las fronteras de lo conocido. Las técnicas para el cuestionamiento de la visión del mundo son:

- **Símbolos universales:** Construcciones universales como la moral, la sociedad, la decencia, tienen fuerza porque se refieren a cosas que todo el mundo conoce: “Puesto que es el que trae el pan a la casa”.

440 Minuchin S. y Fishman, H. (1984). Técnicas de Terapia Familiar.

- **Consejo especializado:** Con esta técnica, el terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad en la familia, y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría: “*He visto otros casos que ...*” o “*Si usted se pone a investigar esto, descubrirá que ...*”, etc.
- **Paradoja:** Esta técnica es utilizada según la evaluación por parte del terapeuta del grado de resistencia al cambio de la familia. Así, si se descubre sensibilidad a las intervenciones directas, no se recurre a la paradoja; como tampoco se instrumenta en situaciones de crisis (violencia, intentos de suicidio, pérdida de empleo o un embarazo no deseado), ya que el terapeuta debe bogar por proveer con rapidez estructura y control.

Las paradojas se reservan para pautas interactivas larvadas, de larga data, repetitivas. Se puede suponer que dentro del sistema existe una alianza secreta, una querella o una coalición que la familia no revela y que les quita eficacia a las intervenciones directas.

- **Intervenciones paradójicas basadas en el desafío:** Es paradójica la intervención que, obedecida, tendrá como consecuencia lo opuesto de lo que parece pretender. Su éxito depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta u obedezca a ellas hasta un grado tan absurdo que se vea obligado a retroceder.

Las tres principales técnicas utilizadas para crear y aplicar una paradoja sistémica son: la redefinición, la prescripción y la restricción. Para hacerlo, es prerequisite un conocimiento preciso de la relación entre el síntoma y el sistema, y el modo en que se activan entre sí. Se redefine el síntoma positivamente con fines benévolos para la familia, y se lo prescribe y se restringe el cambio.

- **Intervenciones basadas en la aceptación y el desafío:** Implica generalmente una sugerencia directa a una persona para que cambie de actitud y que esto produzca una respuesta paradójica en otro miembro. Generalmente, se instrumenta con padres de hijos rebeldes.

El grupo de consulta como coro griego: El grupo de colegas en retrocámara, es instrumentado de manera tal de crear un triángulo terapéutico (el grupo, la familia y el terapeuta), que proporciona a este último una notable capacidad de maniobra. Generalmente, el grupo toma la posición de opuesto al cambio, mientras el terapeuta lo favorece, de manera que el mensaje es paradójico y triangular. El terapeuta se debe mantener fiel a la paradoja sistémica.

- **Los lados fuertes:** Toda familia contiene elementos positivos, sondear estos recursos es esencial en la terapia. La familia es un organismo que posee un repertorio de maneras de organizar la experiencia, más amplio del que generalmente instrumenta.

Dejar de investigar la historia de la disfunción y tomar un atajo para empezar otras modalidades más complejas puede promover aspectos más saludables. Cuando las familias vienen a consulta, ven sólo las dificultades, lo atípico, y no encuentran alternativas en su propio repertorio. Se organizan en torno a la deficiencia de un niño y no en torno a sus capacidades. Se centran en los intentos ineficaces y estereotipados.

Mostrar los recursos, los aspectos positivos y las capacidades puede ser una modificación importante de la visión de realidad de la familia. Todas estas técnicas tienen su modo de aprendizaje importante e intensivo en el entrenamiento de terapeutas familiares. Salvador Minuchin afirma: “*La técnica no es la meta. La meta sólo se puede alcanzar si se deja de lado la técnica*”.

La supervisión

Para Minuchin⁴⁴¹, en los procesos de entrenamiento en terapia familiar, es un modo de formar terapeutas eficaces y complejos, conscientes de sí mismos y que sepan utilizarse a sí mismos en el proceso terapéutico, siendo fieles a su propio ser. Busca que sus supervisados sean terapeutas espontáneos, coparticipativos con la familia, que puedan utilizar distintos aspectos de sí mismos como respuestas ante diferentes contextos sociales. El terapeuta puede reaccionar, desplazarse y sondear con libertad, pero sólo dentro de la gama de conductas que resultan tolerables en un contexto determinado.

Se centra en el estilo de terapeuta, vale decir, en su empleo de un pequeño conjunto de reacciones predilectas y previsibles, ante una variedad de circunstancias. Acepta este estilo, lo declara válido, y a continuación le dice que es insuficiente, que debe ser enriquecido.

A veces, el estilo se vincula con reacciones caracterológicas básicas como la evitación del conflicto, la defensa de las jerarquías, el temor al enfrentamiento, la atención puesta exclusivamente en la lógica o en las emociones. También el estilo en sus aspectos menos visibles incluye la focalización en pequeños detalles, el desapego, la manera indirecta de decir las cosas, la tendencia a hablar demasiado, o a dar conferencias, o no hacerse responsable de sus propias ideas. Ampliar la gama, el repertorio, le permite al terapeuta accionar desde una variedad de perspectivas en una forma que sea complementaria a las necesidades de la familia.

Se le inquiere al terapeuta acerca de lo que hizo, de lo que pensó que hizo y del grado en que lo que hizo fue o no útil para la familia, de tal manera que esto es un diálogo experiencial que demanda aprender a controlarse en su condición personal como instrumento terapéutico.

Las supervisiones son isomórficas con el modo terapéutico, se expanden los grados de libertad y de instrumentación del terapeuta.

441 Minuchin, S. (1997) "El salto a la complejidad. La supervisión en Terapia Familiar".

Intervenciones contextuales

En su libro *Terapia Estructural Intensiva*, Charles Fishman enuncia los conceptos básicos para las intervenciones contextuales:

- Paso 1: Reunir a los miembros del sistema.
- Paso 2: Generar metas y planificar el tratamiento.
- Paso 3: Abordar las pautas disfuncionales.
- Paso 4: Establecer una nueva organización y mantenerla.
- Paso 5: Terminar la terapia.

Para trabajar con el contexto del paciente identificado, la familia u otro/s contexto/s, lograremos que se potencie el cambio. Las pautas estructurales disfuncionales pueden ser isomorfias en diferentes contextos, y lo que pasa en la familia, también pasa en la escuela, en la oficina, etc. El concepto de mantenedor homeostático (individuos o pautas que mantienen la disfunción) es visible en diferentes escenarios, ya que la persona induce crisis en los sistemas en los que participa para producir cambios.

En *el contexto escolar*, lo ideal es mantener la coparticipación intensificada entre la familia y la escuela, con una clara definición de roles. Es conveniente cuando la consulta es por un problema en la escolaridad, que el terapeuta reafirme y confirme a la familia e incluya a otros miembros de la red para que ayuden (maestra del aula, particular, etc.). El terapeuta debe cerciorarse y tener claro que sea él y no la escuela quien determine el plan de tratamiento. Asimismo, debe explorar las actitudes de los padres hacia la escuela y las autoridades, favoreciendo el consenso; buscar determinar lealtades, conflictos y planes ocultos en la interfase escuela-familia; determinar si el problema puede ser manejado por la familia únicamente y así esclarecer los límites y los roles; intervenir estableciendo una alianza padres-escuela, a favor del crecimiento del consultante.

Con respecto *al contexto laboral* de una persona que consulta, también es posible trabajar de tal manera que se amplíe y se potencie el cambio. En primer lugar, se evalúa la conveniencia de incluir el contexto laboral.

Ayudar al paciente a establecer límites apropiados entre el trabajo y la vida privada, teniendo en cuenta que el estrés individual laboral inicia conflictos familiares, así como el estrés familiar (por ejemplo, el divorcio) produce menor rendimiento laboral. Se debe atender a dos factores individuales: la necesidad de satisfacción laboral, y que los individuos estresados no están en disposición para enfrentar exigencias emocionales y físicas en las familias. Además, es básico tener en cuenta si existe un isomorfismo entre el contexto familiar y el laboral, por ejemplo, la evitación del conflicto.

También se considera *el contexto hospitalario* para intervenir intensivamente en el contexto. Cuando un paciente es hospitalizado y se consulta a un terapeuta, éste debe evaluar los diferentes sistemas intervinientes. En primer lugar, determinar quién es el responsable de la consulta y del paciente; si la misma se realiza por internación o por delito, cuál es el médico derivante, y por qué consulta. Además, es importante indagar acerca de la posibilidad de utilizar el hospital como lugar seguro para una terapia breve y de si están el hospital y sus equipos profesionales dispuestos a colaborar con el terapeuta. Si estas condiciones y claridades relacionales no se dan, es mejor no iniciar ninguna intervención terapéutica. Ahora bien, si el terapeuta cuenta con el apoyo institucional, tiene que reorganizar el contexto hogareño para el regreso del paciente y promover que las autoridades, ONG, cooperadoras, servicio social, etc. ayuden a los familiares para que el paciente retorne a un ambiente más rico del que salió; ayudar a la familia confirmándola, revalorizándola y poniendo su protagonismo en la convicción de que *“la familia puede hacerlo mejor”*. Asimismo, en todo caso hospitalizado el terapeuta tiene que evaluar ciertos aspectos como la gravedad, la cronicidad de la enfermedad, el riesgo social del núcleo o del individuo, sus condiciones de vida, el aislamiento o el apoyo social y su capacidad económica, de manera tal que la intervención resulte eficaz.

Para los casos del *contexto judicial*, también Charles Fishman nos indica pasos sumamente útiles.

Lo primero en el contexto judicial, es el diagnóstico de:

- ¿Quién es el cliente?
- ¿Para quién es el trabajo?
- ¿Qué efecto produce el juez en la familia?

- ¿Qué efectos esperamos producir en el juez o en la familia?

Además, debemos evaluar con claridad quién tiene el mayor poder de decisión:

- ¿Es el Juzgado, son los Servicios que intervienen, es la familia?
- ¿Cuál es la meta buscada por el personal institucional?
- ¿Buscan el consenso?
- ¿Cuál es la libertad que tiene el clínico para intervenir?

De esta manera, ampliamos el foco de observación e incluimos al sistema familiar, a los servicios sociales, al defensor de oficio, a los maestros para diagnosticar conflictos, planes ocultos, agenda oficial y agenda privada y poder visualizar si hay un problema encapsulado entre el sistema judicial y la familia.

Se busca fundamentalmente lo *“mejor para la familia”*. Si un terapeuta está incluido en los servicios sociales de una comunidad, Fishman plantea que la meta será: *“buscar el bienestar de todos”*. Para esto hay que valorizar, ayudar y darle protagonismo a la familia; identificar y desarrollar redes sociales presentes en las estructuras circundantes; conocer programas existentes; coordinar y derivar. Asimismo, se debe prestar especial atención al sistema de género y su influencia en la comunidad y en la familia. Siempre se trabaja desde la interdisciplina, con planes basados en el consenso y el respeto por las diferencias, y siempre debe haber una adaptación a la idiosincrasia familiar.

Los modos de intervenir en los triángulos en las familias

Tom Fogarty (2000) ha considerado las observaciones realizadas por Murray Bowen acerca de los ciclos de proximidad y distanciamiento que marcan la inestabilidad de las díadas y que producen los triángulos relacionales.

Bowen se había concentrado en el estudio de la necesidad interna de las personas para establecer contacto, y del miedo a ser aprisionados. Pensó que los

ciclos de proximidad y distanciamiento eran provocados por estados internos de ansiedad de separación y de ansiedad de ser absorbidos.

Estos ciclos los observó en los vínculos simbióticos que mantenían la madre y su hijo esquizofrénico. Los ciclos proximidad-distancia se sucedían en el tiempo de manera predecible. El vínculo entre estos ciclos y los triángulos se advierte con claridad cuando nos preguntamos hacia quién (o hacia qué) se dirigen las personas cuando se distancian de alguien con quien habían mantenido una relación íntima.

Por ejemplo, un niño pequeño busca ansiosamente a su madre cuando cree que ella trata de evitarlo, o cuando advierte su gesto de alivio al ver que ya llegó el abuelo para hacerse cargo de él durante toda la jornada. Más tarde, ese mismo niño parece necesitar menos a su madre y se muestra indiferente con ella. Y en la adolescencia se vuelve arrogante y sostiene que ella lo necesita más que él a ella, ya que para él es más importante pasar el tiempo con sus amigos.

Tom Fogarty concentró su estudio en el movimiento relacional de cada individuo. En toda relación una persona tiene tres opciones de movimiento: puede acercarse a la otra persona, alejarse de ella o quedarse inmóvil. Lo que causa el movimiento es el incremento del nivel de excitación emocional (su reactividad emocional) ante el comportamiento de la otra persona o ante su percepción del estado emocional de la otra persona. La excitación emocional del individuo, junto con el movimiento reactivo que suscita, constituye el combustible que alimenta la activación de los triángulos. De hecho, cada vez que existe tensión en una díada empiezan a operar las fuerzas emocionales de un modo tal que se produce un triángulo relacional estabilizador.

Para Fogarty, los triángulos son un mecanismo de evitación cuyo propósito es eludir la incomodidad, tanto si ésta es producida por la intimidad como si lo es por el hecho de tener que enfrentar cuestiones conflictivas. Observó que las parejas con hijos pequeños que lo consultaban sobre sus problemas conyugales tenían una dinámica similar. Buen comienzo matrimonial, pero con el primer hijo disponían de menos tiempo, energía, libertad y privacidad. Las esposas, más madres que esposas. Cuando el marido se acercaba y trataba de restablecer el antiguo estado de cosas, fracasaba. Los maridos comprendían que el antiguo estado de cosas se disolvía. Muchas veces manejaban la pér-

da entregándose al trabajo o a la carrera, distanciándose cada vez más de la familia. En este punto, el triángulo es un problema y destriangular, en este caso, significa lograr que el padre se acerque a su hijo y asuma su paternidad.

Para Phillippe Guerin, los triángulos son un subproducto de la lucha por “la primacía de la adhesión y la jerarquía de la influencia”. Las técnicas de intervención que desarrolló contemplan distintas etapas: primero, se identifica el triángulo; luego, se lo lleva a la superficie para enseñar a cambiar el papel relacional; por último, hay que ocuparse de los triángulos entrelazados para reforzar el progreso.

Los métodos desarrollados por Bowen, Fogarty y Guerin incluyen la producción de alteraciones estructurales destinadas a aliviar el síntoma, un esfuerzo dirigido a sacar a la superficie el proceso emocional que tiene lugar dentro de los triángulos. Por ejemplo, en una familia es posible aliviar los síntomas del hijo y ocuparse del conflicto conyugal, la dependencia del padre respecto de la madre y su miedo al rechazo, así como el miedo de la madre a ser abandonada.

Importancia clínica de los triángulos

Los triángulos promueven el desarrollo de síntomas en el individuo. Quedar aprisionado en un triángulo es generador de tensión, y provoca un sentimiento de indefensión y desesperanza. Es probable que una persona emocionalmente atrapada en un triángulo sufra cierta pérdida de función. El hecho de estar atrapada en un triángulo intensifica su reactividad emocional hasta un punto en que la misma determina su conducta sin opciones.

Consideremos, por ejemplo, el caso de una niña pequeña cuya madre desarrolla un apego ansioso hacia ella en respuesta al distanciamiento de su esposo. Como resultado, el padre se torna muy crítico de la niña. En respuesta a su posición en el triángulo es posible que la niña se niegue a ir a la escuela o que sus ataques de asma empeoren.

En este caso, la intervención adecuada consistiría en lograr que el padre disminuyera su nivel de crítica, se acercara a su hija y dedicara más tiempo a

relacionarse con ella (no a corregir sus defectos). Al mismo tiempo alentar a la madre a concentrarse menos en su hija y más en otras zonas descuidadas de su propia vida (por ejemplo, tal vez ella necesite disminuir la distancia que la separa de su propia madre).

De acuerdo con Guerin y compiladores⁴⁴², la importancia clínica de los triángulos relacionales se basa en seis factores:

- Cuando el triángulo cambia, pueden salir a luz los conflictos conyugales, en cuyo caso será posible tratarlos. Sea como fuere, el trabajo con el triángulo por lo menos liberará a la niña y aliviará el síntoma de la madre.
- Los triángulos contribuyen a la cronicidad de los síntomas en el individuo y del conflicto en la relación. Una vez que los síntomas han aparecido o el conflicto ha empezado, estar apresado en un triángulo aumenta el estrés, y éste es un factor que perpetúa los síntomas y el conflicto, tornándolos resistentes a la intervención directa.
- Los triángulos conspiran contra la resolución de los problemas tópicos o conflictivos, que afectan a un individuo o a una relación. Los triángulos son una distracción estabilizadora.
- Los triángulos bloquean la evolución funcional de una relación en el tiempo. Se detienen las tareas evolutivas según el ciclo vital. Por ejemplo, distanciarse de la madre y acercarse al padre.
- Los triángulos pueden crear o facilitar el *impasse*⁴⁴³ terapéutico. Un triángulo no tratado puede ser el vehículo de una rebelión voluntaria contra la terapia o la razón de una rebelión involuntaria. Este *impasse* puede deberse al incumplimiento de las prescripciones, a un error en el diagnóstico (por ejemplo, que no se haya tenido en cuenta la triangulación: la presión o los celos del esposo de la paciente en contra del tratamiento), o a la falta de adecuación de las capacidades del paciente al tipo de terapia que recibe.
- Los triángulos “atrapan” a las personas, privándolas de la posibilidad de elegir y asegurando la persistencia de su comportamiento

442 Guerin, P.; Fogerty, T. y otros. (2000). Triángulos relacionales.

443 *Impasse* significa crisis, atolladero.

disfuncional. En los triángulos activos, las personas nunca son libres, están condicionadas y son predecibles. Tienen dificultades para considerar alternativas, y si se les ocurren, no se atreven a correr el riesgo. Temen que alguien salga lastimado, se enoje o se marche.

Guerin describe un modelo de terapia que se basa en el supuesto de que el estrés situacional y el relacionado con el desarrollo desencadenan ansiedad y depresión en el individuo. Por una parte, este estado de excitación emocional con frecuencia da origen a pautas de comportamiento que producen conflicto en las relaciones y refuerzan la disfunción en los individuos; por otra parte, este proceso activa inevitablemente los triángulos relacionales y se encarna en ellos. A su vez, estos triángulos refuerzan la patología en los individuos y el conflicto en las relaciones.

La psicoterapia pretende descubrir los hilos vulnerables y dañados de los individuos y sus relaciones, desenredarlos de las marañas de sus triángulos entrelazados y volver a tejerlos entre sí, con relaciones más fuertes entre individuos que funcionan mejor y son más autónomos. También busca complejizar el modelo, convirtiendo la terapia en un enrejado donde el foco se desplaza libremente hacia atrás y hacia delante entre las vidas interiores de los individuos, las relaciones personales diádicas en las que esos individuos están involucrados, y los triángulos relacionales que rodean y complican esas díadas.

Por ejemplo, en los primeros tiempos del matrimonio, el triángulo con alguno de los suegros es el más común: ¿Quién va a ser más importante para él, su madre o su esposa? ¿Quién va a tener más influencia sobre él? La primacía en el vínculo y en la influencia importa mucho en los comienzos del matrimonio. Ahora bien, cuando nace un hijo o cuando los hijos llegan a la adolescencia, es probable que el triángulo centrado en los hijos sea el más intenso y activo.

Autoexamen

Con el fin de que el trabajo con los triángulos tenga sentido para las personas, el terapeuta debe reforzar la capacidad de sus pacientes de reconocer que culpar al otro por el problema sin comprender la propia contribución, perpetúa la disfunción relacional y los priva de la posibilidad de aliviar sus sufrimientos.

Cuando se culpa al otro, se entrega todo el poder al otro. El terapeuta ayuda a las personas a ver que pueden cambiar el papel que desempeñan en un proceso. Si la terapia no logra que cada uno asuma su propia responsabilidad, el conflicto y la disfunción proseguirán y se intensificarán.

A veces nos resulta difícil ver el papel que desempeñamos en un triángulo, porque no estamos acostumbrados a pensar en los triángulos, porque el “dos contra uno” aumenta el sentimiento de víctima, o porque el triángulo es implícito y negado. Además, lograr la calma es imprescindible para poder pensar y disminuir la emoción y las conductas reactivas que mantienen la triangulación. También el autoexamen puede ser falso cuando el paciente se culpa de todo, es impotente o se autodenigra: a más culpa, menos capacidad de centrarse en el yo y más conflictos relacionales implícitos o explícitos.

Lo que un triángulo no es

Los triángulos son diferentes a las tríadas. Un grupo de tres no es necesariamente un triángulo. En una tríada cada miembro se siente libre sin dejarse determinar por los otros. Pueden los tres interactuar de uno a uno dependiendo de la situación. La relación puede ser distante o intensamente comprometida. Cada uno puede asumir una posición personal sin imponerla a los demás.

Comparación entre las tríadas y los triángulos

Triadas	Triángulos
Cada díada interactúa de uno a uno.	La interacción en cada díada está vinculada con el comportamiento de la tercera persona.
Cada persona puede optar entre distintos comportamientos.	Cada persona está atada a formas reactivas de comportamiento.
Cada persona puede adoptar posiciones personales sin tratar de cambiar a las otras dos.	Nadie puede adoptar una posición personal sin tener que cambiar a los demás.
Cada persona puede permitir que las otras dos tengan su propia relación sin interferir en ella.	Cada persona interviene en la relación entre las otras dos.
El autoexamen es posible y usual.	Nadie realiza un autoexamen, cada persona está constantemente concentrada en las otras dos.

El hecho de estar en un triángulo (y no en una tríada) se experimenta internamente como una sensación de ansiedad, una interrupción del fácil fluir de la conversación, un preguntarse constantemente qué decir o un silencio incómodo. El flujo de movimiento de avances y retrocesos tiende a ser limitado, el clima emocional es rígido y con frecuencia muy intenso. *El verdadero problema consiste en estar en un triángulo, no reconocerlo y permanecer en él por tiempo indefinido.*

El proceso emocional interpersonal

Las personas tienen necesidad de autonomía y conexión, cuya activación configura el espacio relacional interpersonal. Así, el proceso emocional interpersonal está constituido por varios elementos:

- Los estados individuales de excitación emocional, la vulnerabilidad, puede aumentar o disminuir según el momento de la vida.
- Las diferencias individuales en la capacidad de las personas para controlar su excitación emocional.

- Las variaciones en la importancia de la relación específica y el nivel de apego que le es propio.
- Diferencias individuales de sensibilidad en cuanto a ciertas formas de conducirse o expresar los sentimientos.
- La posibilidad de actuar sobre el proceso relacional interpersonal se desprende de la idea de diferenciación.

Bowen señaló que, en terapia de parejas, el terapeuta debería poder mantener una conexión emocional con ambos cónyuges sin quedar atrapado en el estado emocional de ninguno de los dos, ni en el proceso relacional entre ellos. Así el matrimonio mejoraría.

Hacer preguntas sobre el proceso, o sea sobre los actos, los cambios y las funciones en las personas o entre las personas, nos lleva a hacer explícito el proceso emocional implícito, tanto para el terapeuta como para los pacientes, a colocar el comportamiento sintomático dentro de un contexto interpersonal y, de esa forma, a que el terapeuta se mantenga fuera de los triángulos.

Hay muchas teorías acerca de la índole del proceso emocional en los triángulos.

Freud pensaba que los impulsos agresivos y sexuales de raíz biológica explicaban la activación del triángulo edípico. Bowen, por su parte, destacó que el proceso emocional que subyace a los triángulos es la fusión. A su vez, Fogarty se concentra en la estructura y el movimiento y en los procesos emocionales de ansiedad, depresión, vacío y muerte internos. El enfoque de Guerin destaca las interconexiones de estructura y proceso y la transmisión de la ansiedad en las relaciones interpersonales (insatisfacción, tensión y excitación) que activan los triángulos. La activación de los triángulos es un proceso emocional automático sin conocimiento consciente.

Cuanto mayor es el apego en una díada, mayor será el potencial de reactividad. Una vez que se estableció un triángulo potencial, puede ser activado y reactivado en cualquier momento, o puede ser reproducido en otra generación.

¿Cómo puede un terapeuta reconocer las señales de que puede ser aprisionado en un triángulo?:

- Cuando no sabe qué más preguntar, la tensión es tan alta que pierde el dominio del modelo.
- Cuando tiene la sensación de que el tiempo transcurre lentamente.
- Cuando se siente irritado y sin ganas de ver al paciente.

La destriangulación disminuye la excitación emocional en los individuos y genera una claridad de pensamiento que permite comprender cómo se trianguula y cómo se actúa en ellos. Reducida la excitación emocional, el terapeuta puede intentar nuevos modos de relación.

Conclusión

En los últimos tiempos la terapia sistémica ha incluido los desarrollos feministas, narrativos y el construccionismo social. Así, el enfoque estructural formulado hace más de **treinta y cinco** años por Minuchin y su equipo ha sufrido muchos cuestionamientos.

Con los años, nuestra disciplina ha evolucionado hacia prácticas orientadas progresivamente por una epistemología sistémica, imbuida de las nociones de la complejidad. Los seres vivientes hacen procesos que tienen lugar en contextos ecológicos y éstos exigen reconocer la influencia recíproca de una multitud de otros procesos entrelazados, subsumidos y subordinados.

La inestabilidad, la incertidumbre, las formulaciones del construccionismo social con una noción de la intersubjetividad (de acuerdo con la cual son las experiencias compartidas las que construyen el *self*, nuestras acciones y el mundo) y la revalorización de lenguaje a partir de la noción rectora de las narrativas son ideas que, por un lado, han ido desarrollando prácticas sistémicas de segundo orden basadas en la narrativa y por el otro, han provocado que algunas prácticas dejaran el nombre de “terapias familiares” para pasar a ser “sistémicas”.

Al decir de Carlos Sluzki⁴⁴⁴, *“los seres humanos todavía somos criados dentro de la familia y vivimos en su seno, por ende, la familia sigue siendo la fuente primordial de la construcción de una cosmovisión propia, la realidad es definida intensamente y el orden social influido, a través de las interacciones, normas, rutinas, luchas, mitos de la familia”*. De ahí que en nuestra práctica privilegiemos a la familia toda vez que resulte posible y apropiado. En efecto, Salvador Minuchin afirma: *“Yo pienso que la Terapia Familiar surgió a partir de la comprensión de sistemas complejos, si bien los subsistemas tienen una dinámica propia, están conectados por ordenamientos jerárquicos dentro de sistemas que los contienen como ellos contienen a otros. El hecho de trabajar con el subsistema familia posee ventajas heurísticas”*⁴⁴⁵.

Se debe, por lo tanto, investigar el desarrollo y la organización individual y familiar y como mediadora entre la cultura, la etnicidad, la clase y el género; pensar en los sistemas familiares como lo hace Minuchin, buscando incrementar las fortalezas y la novedad en las interacciones y en los relatos. Además, cuando incluye instituciones, lo hace con la idea del beneficio de la familia utilizando instrumentos distintos para gravitar en ellas, siempre partiendo de su concepción de que *“hay espacio para una pericia benévola y hay necesidad de ella”*, con el objetivo de aliviar la tensión o el dolor padecidos por la familia que consulta.

444 Sluzki, C. (1999). “En busca de la familia perdida”.

445 Minuchin, S. (1999) “Recortar, Reimaginar y Rebuscar, la conversación continúa”.

Capítulo 19: La terapia narrativa

*Jorge Fernández Moya
Federico G. Richard*

Los órganos de los sentidos del ser humano sólo pueden recibir diferencias,
y las diferencias deben codificarse en forma de acontecimientos
en el tiempo (es decir, cambios) para que sean perceptibles.
Bateson, 1979⁴⁴⁶

Durante unas vacaciones me encontré con un amigo de la infancia, Mario. Fuimos amigos desde antes ir a preescolar, éramos vecinos, jugábamos juntos y fuimos compañeros durante toda la escuela primaria. Ese verano mantuve dos buenas y sabrosas conversaciones. Le recordé que hace muchos años atrás, y también durante un mes de enero, recibí una llamada telefónica suya, que me sorprendió. La sorpresa, estuvo causada en el hecho de que aun cuando mantenemos una cordial y grata relación, no nos frecuentamos en nuestras casas, tenemos hijos que por las edades se han socializado en diferentes épocas. Cuando en aquella ocasión me dijo que llamaba para invitarme a cenar, mi asombro aumentó considerablemente y aunque insistí en que me explicara el motivo, se mantuvo en silencio. La noche en cuestión fuimos con Mónica, mi esposa, después de tocar el timbre de la casa, advertí que dentro había por lo menos una pareja más invitada. ¿Quiénes serán? Me pregunté sin tener idea de quién podía estar también invitado. Cuando llegamos al jardín de la casa, vi a Félix y su esposa, era el otro amigo con el que jugábamos. Hacía muchos años que no nos veíamos, desde la adolescencia. Félix se había traslado a Buenos Aires, de donde era oriundo. Fue una noche de reencuentros. Fue una noche de recuerdos. Fue una velada caracterizada por los re-

446 Bateson, G. (1979). Espíritu y naturaleza. (Citado en White, M. y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos).

latos de Mario, nuestro anfitrión, que recordaba y relataba muchas historias compartidas. Fueron innumerables las anécdotas que contó con mucha gracia. Nuestras esposas escuchaban con atención, se reían y todos pasamos una hermosa velada.

Yo reconocía mi participación en cada una de las historias, pero tuve claro por primera vez, que si yo hubiese sido el relator, mi narración hubiese sido diferente. Estoy seguro que ni mejor, ni peor, sí, distinta. Quizá recordaba otras cosas, y cuando se trataba de cosas que recordaba como tales, los significados eran diferentes.

Este verano le relaté aquella vivencia y le conté que estaba escribiendo para este capítulo. Ahora 2019 me encuentro revisándolo y mi será similar porque tengo este “libreto”, pero necesaria e inevitablemente contiene estas acotaciones. ¿Qué pensará Mario?, ¿Qué recordará? Y si tuviera la oportunidad ¿Cómo lo narraría varios años después?

Pasé días, semanas pensando en las diferentes visiones que cada uno de nosotros tres tenía de situaciones que habíamos vivido de manera conjunta. Estuvimos en el mismo lugar, a la misma hora, haciendo las mismas cosas, pero cada uno recordaba cosas diferentes y por lo tanto las narraba según su estilo personal, a su manera. Esta circunstancia normal, habitual entre familiares y amigos, es la constante que hace que nuestros pacientes, personas, parejas o familias que consultan mantengan diferencias respecto de cuál es la “normalidad” en sus recuerdos, en la construcción de la historia.

Carlos Sluzki⁴⁴⁷ describe de manera muy clara esta propuesta cuando refiere:

Nuestro mundo se constituye en y a través de una red de relatos o narrativas múltiples. Esta ecología de relatos con diferentes niveles de dominancia en diferentes momentos y en diferentes contextos, establece los marcos a través de los cuales nos volvemos conscientes de nosotros mismos y de los otros, establecemos prioridades, reclamamos o rechazamos deberes y privilegios, establecemos normas acerca de conductas apropiadas o inapropiadas, atribuimos significados, y ordenamos los hechos en el tiempo (Gergen, 1982; Shoetter, 1984). Desde esta perspectiva, el lenguaje no es representacional; lo que llamamos “realidad”

447 Sluzki, Carlos. “Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy”. *Family Process*, 1992 (31), 217-213.

consiste y se expresa en las descripciones que uno hace de los hechos, gente, ideas, sentimientos y experiencias. Estas descripciones, a su vez, evolucionan a través de interacciones sociales configuradas a su vez por estas descripciones; el discurso produce los encuadres dentro de los cuales la acción social tiene lugar (Harré, 1984), una proposición que nos recuerda la noción de Bateson de que la mente es social.

Lo que es natural y espontáneo en las conversaciones familiares, sociales y que pueden representar motivos de malos entendidos, que deben ser aclarados, para quien viene a la consulta representa una oportunidad para ser aprovechada por los terapeutas. Y es por ello que comenzamos con la cita de Bateson, acerca de las *diferencias*, porque será allí en donde los terapeutas nos centraremos para *construir una alternativa de cambio*.

Como plantea Martin Payne⁴⁴⁸ “la terapia narrativa se centra en lo atípico: esto es, en lo que la persona ve como atípico. Nos mueve a examinar lo atípico minuciosamente: porque por medio de lo poco común, las persona pueden escapar de las historias que determinan sus percepciones y, por ende sus vidas. Cuando las descripciones estereotipadas de la experiencia son reexaminadas en busca de nuevos detalles, devienen menos influyentes, seguras y estables. La terapia narrativa fomenta la emergencia de narrativas “ricas” a partir de descripciones aisladas o incompatibles, que no son consideradas “erróneas” ni “limitadas” sino “pobres” o “ralas”.

James Prochaska y John Norcross, en su libro “Sistemas de Psicoterapias⁴⁴⁹ plantea que:

mientras los terapeutas centrados en soluciones sostienen que los clientes (consultantes) construyen su futuro por medio del uso de metas que ellos eligen en el presente, los terapeutas narrativos afirman que los clientes (consultantes) construyen su pasado mediante historias que ellos cuentan en el presente.

Un realista o un empirista podría argumentar que uno no puede cambiar la realidad del pasado. Lo que fue, fue. Respuesta infantil, reponen los narrativos. Reconozcamos que “lo que fue” es lo que nuestros li-

448 Martin Payne. (2002) Terapia narrativa.

449 Prochaska, J. y Norcross, J. Systems of Psychotherapy. Traducción realizada por Centro Privado de Psicoterapias, Mendoza.

bro de historia cuentan. Uno puede conocer los libros de historia, pero no la historia. Y los libros de historia están siendo reescritos a medida que más y más gente reclama su libertad de contar historias.

Los mismos autores hacen referencia a “la arrogancia profesional” de algunos profesionales de la salud mental (terapeutas) que se adjudican la posibilidad de definir quiénes son (identidad) y cómo funcionan las personas que los consultan, cuando la realidad es que “los clientes deben ser libres de decirnos quienes son ellos y quiénes quieren ser”.

Y rematan:

No hay realidad; sólo historias que nosotros contamos de la realidad... Una de las maravillas de las narraciones es que son abiertas, en curso, no terminando nunca. Las narraciones históricas y científicas son abiertas, en curso y cambiantes. Así como nuestra historia cambia, igual cambiamos nosotros.

Michael White y David Epston⁴⁵⁰ citan a Jerome Brunner (1986), quien establece una distinción, contrastando el pensamiento lógico-científico con el “narrativo” y refiere que:

Hay dos modos de funcionamiento cognitivo, dos modos de pensamiento, y cada uno aporta diferentes formas de ordenar la experiencia, de construir la realidad (...) Una buena historia y un argumento bien construido pueden pertenecer a dos categorías diferentes, Ambas pueden usarse para convencer a otro. Pero aquello de lo que convencen a uno de su veracidad, es en realismo que estas historias ofrecen. La primera (la historia) se verifica acudiendo eventualmente a procedimientos que establezcan la verdad empírica y formal. El otro (el argumento) no establece verdad, sino verosimilitud.

Y continúan con su propia reflexión:

Por tanto, las actividades que derivan del pensamiento lógico científico son muy diferentes de las actividades derivadas del pensamiento narrativo. Y los criterios para establecer un buen argumento lógico y para establecer un buen relato son también irreductibles.

450 White, M. y Epston, D. (1993) Medios narrativos para fines terapéuticos.

El pensamiento lógico-científico incluye procedimientos y convenciones que lo legitiman en la comunidad científica, procedimientos y convenciones que prescriben la aplicación de la “lógica formal”, el “análisis riguroso”, los “descubrimientos empíricos guiados por las hipótesis razonadas”, el hecho de llegar a “condiciones de verdad universal y no particulares, y una teoría cuya veracidad pueda verificarse.

Carlos Sluzki, en su libro *La red social: frontera de la práctica sistémica*⁴⁵¹, plantea que:

La narrativa es un sistema constituido por actores o personajes, guión (incluyendo conversaciones y acciones) y contextos (incluyendo escenarios donde transcurre la acción y acciones, historias y contextos previos), ligados entre sí por la trama narrativa, es decir, por un conjunto de conectores lógicos explícitos o implícitos que establece la relación entre actores, guión y contexto de modo tal que todo cambio en los actores cambia el guión (y viceversa), todo cambio en el contexto cambia la naturaleza del guión y los actores (y viceversa), etc. A su vez, este conjunto ‘actores-guión-contexto y trama’ posee corolarios morales (propone víctimas y victimarios, héroes y villanos, nobles y bastardos), corolarios interpersonales (con quien la gente se conecta, cómo y por qué) y corolarios comportamentales (la gente basa su conducta en esas historias, que operan como guía así como contexto de justificación). Estos corolarios, a su vez reconstituyen –reafirman, solidifican– la historia, y forman, por lo tanto, parte del sistema “narrativa”.

Y agrega:

¿Hasta qué punto esta historia es idiosincrática para esta familia o esa red social, o es parte de una meta-historia que forma parte de la identidad transgeneracional de esta familia o esa red, de la identidad social de la misma (por ejemplo, de ser parte de una minoría), de la identidad cultural?

Por su parte, Michael White y David Epston, en su obra ya citada⁴⁵²:

El pensamiento se caracteriza por buenas historias que ganan la credibilidad gracias a su realismo. No se ocupan de procedimientos o

451 Sluzki, C. (1999). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Página 145.

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

convenciones para crear teorías abstractas y generales, sino de las particularidades de la experiencia. No establecen condiciones de verdad universales, sino una sucesión de acontecimientos a través del tiempo. ***El modo narrativo no genera certidumbres, sino perspectivas cambiantes. En este mundo de la narración el modo subjuntivo prevalece sobre el modo indicativo***⁴⁵³.

Por otro lado Juan Luis Linares, escribe en su trabajo *Identidad y narrativa: una perspectiva individual de la interacción sistémica*⁴⁵⁴ que:

La identidad es el núcleo de la mente, el producto de la decantación de la experiencia donde el ser permanece constante (ídem–ente). En torno a él se establece la narrativa, fruto también de la experiencia relacional⁴⁵⁵, aunque menos fijada, como márgenes más amplios de fluctuación.

Existe un continuum entre las capas de la identidad, a través del cual se asiste a una progresiva rigidización de la experiencia relacional, paralela a su apropiación. Por la superficie narrativa se produce el contacto con el exterior mediante procesos comunicacionales que constituyen la relación y, de esa forma, el núcleo de la identidad puede modificarse incorporando nuevos elementos o desprendiéndose de otros. El tiempo interviene de un modo decisivo: en etapas tempranas de la vida la identidad posee una permeabilidad que luego pierde. La narrativa mantiene casi inalterada su capacidad de modificarse, sin perder su condición de espacio flexible, abierto a toda clase de transacciones. No es infrecuente considerar la identidad como el último baluarte del individuo, su más sólida defensa y la mejor garantía de su supervivencia.

El paradigma narrativo que estos⁴⁵⁶ proponen se apoya en las ideas de Foucault (1975) sobre la relación entre el relato y el poder, y en las de Derrida (1987) a propósito de los mecanismos de deconstrucción, y constituye un importante desarrollo de la corriente socio-construccionista. De acuerdo con ellos los síntomas estarían vinculados a ciertas

453 La negrita es nuestra.

454 Linares, J. “Identidad y narrativa: una perspectiva individual de la interacción sistémica”. En: Santi, W. (comp.). Herramientas para psicoterapeutas.

455 Se desprende de esta propuesta el valor que la cátedra le otorga a las improntas relacionales.

456 Se refieren a M. White y D. Epston y la obra anteriormente citada.

narraciones evocadoras del discurso social del poder, y desaparecerían cuando son externalizadas éstas, su lugar será ocupado por nuevas narraciones no relacionadas con el problema. Se trata de una teoría imaginativa y optimista de inequívoca estirpe cognitiva: la deconstrucción de las prácticas de poder y de las del saber de los expertos, muy vinculadas a aquéllas, se realiza mediante la diferenciación de los correspondientes constructos como ajenos al sujeto, lo cual permite la sustitución por otros inocuos.

La identidad es el espacio en donde el individuo se reconoce a sí mismo y, como tal, es extraordinariamente resistente al cambio. Las narraciones, sin embargo, resultan ampliamente negociables⁴⁵⁷.

Y volviendo a la propuesta de Juan Linares⁴⁵⁸, podemos decir que cuando:

“los sujetos que sienten atacada su identidad, la defienden encarnizadamente en batallas que ponen en juego su propia supervivencia”, pero: “pueden aceptar transacciones importantes si la confrontación se traslada al plano narrativo”.

Y amplía el concepto estableciendo que:

Mientras más grave es la patología, más implicada está en ella la identidad y más pobre resulta la correspondiente narrativa.

Identidad y narrativa son productos históricos. La experiencia entendida como interacción con el mundo social atraviesa varias ópticas que la moldean arbitrariamente. Una corresponde al polo social de la interacción e incluye las interpretaciones de la realidad que son propias de los grupos de pertenencia del sujeto. Son las ideologías de género, clase social, religión, etc. inscriptas en una dimensión evolutiva que introduce también las ideologías de edad (infancia, adolescencia, adultez y vejez), impregnadas de muy diferentes visiones de mundo. Otra óptica incorpora el subjetivismo a través de la fantasía, y por cierto que corresponde a Freud haber acuñado el concepto de “novela familiar” para designar los fantasmas por los cuales aquél modifica imaginariamente sus vínculos con sus padres.

457 La cursiva es nuestra.

458 Linares, J. “Identidad y narrativa: una perspectiva individual de la interacción sistémica”. En: Santi, W. (comp.). Herramientas para psicoterapeutas.

La narrativa individual se construye, pues, basada en fantasmas que elaboran imaginariamente la experiencia vivida en diálogos con las ideologías sociales. De una encrucijada tan rica y compleja nacen múltiples narraciones que se ramifican penetrando los diversos espacios relacionales significativos de la vida del sujeto.

La construcción de la identidad nace de la misma encrucijada, precediendo al surgimiento de la narrativa. Narraciones excesivamente invadidas de identidad son un factor predisponente para la disfuncionalidad.

Las narraciones, tanto desde la narrativa como desde su núcleo de identidad, participan de un sustrato emocional común, así como de un mismo troquelado epistemológico y de una verificación pragmática mutuamente coherente.

Nos nutrimos, además de la propuesta de Carlos Sluzki⁴⁵⁹:

“Como con todo otro sistema –por ejemplo, una familia considerada como tal-, las historias que trae la gente no operan aisladas de su entorno: existe una inmensa ecología de historias que van desde las relaciones entre las historias de la experiencia personal y familiar no contadas, hasta las historias que constituyen el erario de la cultura y subcultura de esa gente.

El sistema historia requiere una visión multidimensional y macroecológica: en cada nivel de análisis que elijamos podremos definir una constelación de historias afectando, y siendo afectadas por, subhistorias, suprahistorias, historias vecinas, y aun historias sin relación aparente con la elegida.

White y Epston⁴⁶⁰ recordando el aporte de Jerome Bruner (1986) plantean que:

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 el 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 vir-

459 Sluzki, C. (1999). La red social: frontera de la práctica sistémica.

460 Ibidem.

tual en relación al auténtico. Estos mecanismos son los que “subjuntivan” la realidad; Jerome Bruner describe tres de ellos:

- El primero consiste en desencadenar la **presuposición**, en crear significados implícitos más que explícitos. Porque ante lo explícito la libertad de interpretación del lector queda anulada (...)
- El segundo es el que llamaré **subjeficación**: la descripción de la realidad, no a través de un ojo omnisciente que ve una realidad atemporal, sino a través del filtro de la conciencia de los protagonistas de la historia (...)
- El tercero es la **perspectiva múltiple**: contemplar el mundo no unívocamente sino simultáneamente a través de un conjunto de prismas cada uno de los cuales capta una parte de él ... Estar en el modo subjuntivo es, moverse en el campo de las posibilidades humanas más que en el de las certezas establecidas.

Victor Turner (1986) asoció el modo subjuntivo con la zona limítrofe existente entre las etapas del ritual llamado rito de paso.

A veces creo que esta fase fronteriza se encuentra sobre todo en el modo subjuntivo de la cultura, el modo del quizá, del podría ser, del como sí; el modo de la hipótesis, la fantasía, la conjetura, el deseo, según cuál de los tres aspectos de la tríada cognición, afecto y conación domine la situación.

Aunque los comentarios de 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 con uno mismo, se ajustan al menos a los requisitos más elementales de un relato: tiene planteamiento, nudo y desenlace. Por lo tanto la narrativa no se limita a los textos literarios.

Nuestras vidas están constantemente entrelazadas con la narrativa, con las historias que contamos y que oímos contar, con las que soñamos o imaginamos, o con las que nos gustaría contar. Todas ellas son reelaboradas en el relato de nuestra propia vida, que nos contamos a nosotros mismos en un episódico, a veces semiconsciente, pero virtualmente ininterrumpido, monólogo (circuito autorreferencial). Vivimos

inmersos en la narrativa, recontando y reevaluando el significado de nuestras acciones pasadas, anticipando el resultado de nuestros proyectos futuros, situándonos en la intersección de diversas historias aún inconclusas. (Brooks, 1984:3)

Creemos entonces que resulta muy importante realizar algunas **distinciones entre pensamiento lógico-matemático y la narrativa** expuestas en el siguiente cuadro:

	Pensamiento lógico matemático	Narrativa
Experiencia	<i>Las particularidades de la experiencia personal son eliminadas en favor de constructos cosificados, clases de eventos, y sistemas de clasificación y diagnóstico.</i>	<i>Las particularidades de la experiencia vivida resultan elementos vitales que se transforman en generadores de significados⁴⁶¹</i>
Tiempo	<i>La dimensión temporal queda excluida. Para ser verdaderas y universales las leyes deben situarse más allá de los efectos del tiempo.</i>	<i>La temporalidad es una dimensión crítica en el modo narrativo de pensamiento, pues en este los relatos existen en virtud del desarrollo de los acontecimientos a través del tiempo. Esta secuencia lineal de los eventos en el tiempo es necesaria para que se pueda dar un relato “con sentido”. Las historias tienen un principio y un final, y entre estos puntos transcurre el tiempo.</i>

461 El tipo de estructura relacional que llamamos “significado” emerge únicamente cuando relacionamos la experiencia presente con el resultado acumulado de experiencias pasadas, semejantes o al menos relevantes, de similar potencia (Turner, 1986: 36).

	Pensamiento lógico matemático	Narrativa
Lenguaje	<i>Centrada en prácticas lingüísticas que se basan en el modo indicativo para reducir la incertidumbre y la complejidad. Se excluyen los significados alternativos mediante el uso unívoco de las palabras, y se prefieren las descripciones cuantitativas a las cualitativas. Se desarrollan lenguajes técnicos.</i>	<i>Las prácticas lingüísticas se basan en el modo subjuntivo para crear un mundo de significados implícitos más que explícitos, para ampliar el campo de posibilidades a través del “desencadenamiento de la presuposición”, para introducir la “perspectiva múltiple”, y para encaminar hacia representaciones únicas de significados. Se aprovecha la polisemia. Se favorecen las descripciones coloquiales, poéticas o pintorescas. La conversación se hace más exploratoria y menos dirigida a un propósito determinado.</i>
Agencia personal	<i>Representa a la persona como un escenario pasivo que reacciona ante determinadas fuerzas –impulsos, impactos, transferencias de energía, etc.- impersonales. Asume, a efectos de investigación, que alguna fuerza o fuerzas internas o externas a la persona actúan sobre ella, y que son éstas las que moldean y constituyen la vida.</i>	<i>Sitúa a la persona como protagonista o como participante de su propio mundo. Mundo de actos interpretativos, un mundo en el que volver a contar una historia es contar una historia nueva, un mundo en el que las personas participan con sus semejantes en la “re-escritura”, y por lo tanto en el moldeado, de sus vidas y relaciones.</i>
Posición del observador	<i>Excluye al observador de lo observado en aras de la objetividad.</i>	<i>Redefine la relación entre el observador y lo observado. Tanto el “observador” como lo “observado” se sitúan dentro de la narración “científica” que se está desarrollando, en la cual al observador se le ha asignado el papel de autor privilegiado de su construcción.</i>

“El modo narrativo redefine⁴⁶² la relación entre el observador y lo observado, cambiando o modificando el marco conceptual. Tanto el “Observador” como “lo observado se sitúan dentro de la narración “científica” que se está desa-

462 Redefinición, tema que abordaremos exhaustivamente en el Capítulo 11 sobre “Maniobras”.

rollando, en la cual al observador se le ha asignado el papel de autor privilegiado de su construcción.

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”. Así el trascendente “nosotros” y el “ello” de la persona subjetivizada se sustituyen por los pronombres “yo” y “tú” de la persona personificada”.

En la práctica, una terapia situada en un **modo narrativo de pensamiento**, ofrece:

- Máxima importancia a las vivencias de las personas.
- Favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal.
- Invoca el modo subjuntivo al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples.
- Estimula la polisemia⁴⁶³ y uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos.
- Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno en los actos interpretativos.
- Fomenta el sentido de autoría y la re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia.
- Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el “objeto” se convierta en autor privilegiado.
- Introduce consistentemente los pronombres “yo” y “tú” en la descripción de los eventos.

463 Polisemia: hace referencia al significado múltiple que puede tener una palabra. Las palabras polisémicas presentan una relación permanente entre sus significados, ya que éstos son amplificaciones sucesivas de un concepto inicial.

- Para que toda esta tarea resulte posible Prochaska y Norcross⁴⁶⁴ refieren que los terapeutas deberán construir narraciones terapéuticas construidas “como historias liberadoras”. Para esto se debe recurrir a la “**deconstrucción** de nuestras viejas historias y la construcción de unas nuevas”⁴⁶⁵. Para ello es necesario conocer y concientizar “cuánto de nuestra historia ha sido construido desde los discursos dominantes de nuestras familias y sociedades”⁴⁶⁶.

Para ayudar a co-construir una nueva historia, los terapeutas nos encontramos en una posición de privilegio, puesto que nos vienen a consultar, nos otorgan maniobrabilidad y con ello la posibilidad de co-construir una historia que ofrezca alternativas para el futuro y que resulte generadora de esperanzas. Cambiar la puntuación de las secuencias, alterar las jerarquías establecidas entre las personas y los acontecimientos son posibilidades que tiene el terapeuta y que deberán ser aprovechadas. Ampliaremos estos conceptos en el siguiente Capítulo sobre Intervenciones.

Prochaska y Norcross hacen referencia a que en la Terapia Narrativa:

los consultantes pueden experimentar aspectos de ellos mismos que nunca han experimentado antes. Un rango más amplio de emociones (enojo, excitación, alegría, tristeza, ultraje). Uno de los signos más claros de que uno está cambiando es que las propias palabras están cambiando, pero uno no debería sustituir términos técnicos o científicos que tienen poco significado personal por palabras inservibles del pasado que sólo tienen significado de problemas. La Narrativa alienta a los clientes a experimentar un sentido de autoría en su re-contar las historias de sus vidas, sino también les permite protagonizar sus narrativas nuevamente construidas.

Michael White y David Epston proponen en la obra antes citada *la externalización del problema* como herramienta terapéutica fundamental. Esta consiste en básicamente en la *cosificación* del problema, es decir en definirlo como

464 Prochaska, J. y Norcross, J. *Systems of Psychotherapy*. Traducción realizada por Centro Privado de Psicoterapias, Mendoza.

465 *Ibidem*.

466 *Ibidem*.

ajeno a la persona (*a su identidad*). De esta manera la vivencia del problema adquiere una cualidad diferente, nueva, es decir, separada de la persona.

Esto no constituye un artilugio a efectos de eximir al consultante de un sentido de responsabilidad. Por el contrario, se trata de una maniobra orientada, entre otras cosas, a liberar a la persona del peso excesivo que los problemas adquieren cuando son percibidos como intrínsecos, propios, encarnados e históricamente inmodificables (inmodificados). Cuando sucede esto, las personas somos capaces de apartarnos del *relato dominante de la vida familiar*⁴⁶⁷, de *una descripción saturada por el problema*⁴⁶⁸, logrando así una narración más liviana, más atractiva.

Es que cuando nuestras narraciones están fuertemente impregnadas por el problema solemos cometer el sesgo de elegir mayormente aspectos que lo perpetúan, personalizan y rigidizan, maximizándolo y minimizando nuestra capacidad de elegir otros que faciliten un relato diferente, en el cual logramos una puntuación de los hechos distinta, contrapuesta a las puntuaciones dominantes propias de la **descripción saturada por el problema**.

Los autores, haciendo referencia a Goffman (1961), denominan **acontecimientos extraordinarios**, en la reproducción de la experiencia, a aquellos acontecimientos que no son fácilmente reconocidos, considerados y poco considerados en la narrativa, resultan por lo tanto ser concebidos como **excepciones**.

La tarea del terapeuta consiste en facilitar la generación de nuevos significados a partir de estos acontecimientos extraordinarios, los cuales pasarán a formar parte de la nueva narración. Lo cual se realiza formulando dos tipos de preguntas, **preguntas de influencia relativa**⁴⁶⁹:

- aquellas que apuntan a describir la influencia del problema en la vida de los sujetos
- aquellas que apuntan a describir la influencia de las personas y sus cercanos, en la vida del problema.

467 White, M. y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos.

468 Ibidem.

469 Ibidem.

Las primeras tienen la finalidad de que los consultantes delimiten el set de aspectos o partes de su vida que están afectados por el problema. Las segundas se orientan a obtener información diferente y/o contrapuesta a las descripciones originales del problema. Por supuesto que esta información deberá ser significativa para la persona.

Michael White en un artículo escrito en 1988 denominado “The Process of Questioning: A therapy of literary merit?”⁴⁷⁰, define las cinco **etapas de su proceso terapéutico**:

- Hacer *preguntas de conjunción* para conocer a las personas que se han presentado en la terapia como elementos separados del problema y para definir sus competencias.
- Hacer *preguntas relativas al problema* y a la experiencia del cliente al respecto, poniendo atención en la *externalización* del problema, hablando de él como si se tratara de una cosa que está separada del cliente y de su vida.
- Hacer *preguntas con influencia relativa*, que tienen el fin de externalizar el problema, esto es, llevar a los miembros de la familia a vivir el problema como *externo* a ellos en cuanto personas. Algo externo que influencia fuertemente en sus vidas.
- Hacer *preguntas que revelen los “resultados únicos”*, es decir, que busquen episodios en los que el problema no ha podido influir en la vida de las personas de la familia. Los resultados únicos son los episodios de vida que contradicen (pasado real) la descripción saturada del problema (la historia dominante), o que no pueden ser previstos a partir de la lectura de la historia dominante (futuro imaginario)
- *Construcciones de historias alternativas*, que tienen como objetivo de construir un nuevo paisaje de la conciencia, sobre la base de los resultados únicos presentes en el paisaje de las acciones.

En una entrevista a Juan Linares, realizada por Marcelo Rodríguez Ceberio, publicada por la Revista Perspectivas Sistémicas⁴⁷¹, bajo el título “Depresión, Narrativa y Psicoterapia”. El destacado terapeuta español refiere:

470 Citado por Bertrando, Paolo y Toffanetti, Darío; en Historia de la terapia Familiar...

471 Perspectivas Sistémicas. Año 8, N° 38, Septiembre-Octubre 1995.

Las emociones imponen cierta vuelta a un movimiento realista, llámese lineal, causalista como quiera llamarle. Cuando me encuentro con personas “desnutridas” emocionalmente me obligan a pensar en términos de causa-efecto. Y ahí no se acaba la historia. Yo creo que la experiencia se organiza con distintos niveles de profundidad y diferencias de complejidad. Lo sintetizo en dos niveles:

1. Identidad: es el núcleo profundo en el cual, la experiencia se organiza rígida no negociable.
2. Narrativa: es aquel que se negocia con el entorno, la experiencia se organiza de manera flexible y admite toda clase de transacciones. La forma que lo diseño es así:

Las narraciones serían la organización de la experiencia en un contexto concreto con los dos niveles, o sea que en cada una existiría un núcleo de identidad y un espacio narrativo; esto admite toda clase de variaciones. Esta concepción postmoderna de la identidad (en el sentido que implica complejidad, indeterminación e incertidumbre), supone que debe ser reducida y admitir un máximo espacio para la narrativa. La idea tradicional sostiene que cuanto más identidad, mejor, una identidad sólida fuerte, extensa; mientras que de acuerdo a mi visión es preferible una identidad pequeña, cuanto menos, mejor.

No se confronta la identidad, se aceptan las distintas posibilidades, no sólo con respecto a los demás, sino con uno mismo.

Capítulo 20: Intervenciones de la terapia narrativa

Jorge Fernández Moya

Martin Payne,⁴⁷² cita a John McLeod cuando advierte:

Todas las terapias son narrativas. Todo lo que uno hace como terapeuta o paciente puede entenderse en términos de historias contadas y vueltas a contar. Sin embargo, no existe un arquetipo de “terapia narrativa”, una sola forma de hacerla. Presentar la “terapia narrativa” como una marca registrada en el mercado psicoterapéutico (con su correspondiente manual) es interpretarla erróneamente. (McLeod, 1997).

El lector podrá apreciar que en nuestra narrativa, la utilizada para describir el Capítulo anterior que supuestamente debía centrarse en los fundamentos de la terapia narrativa, hemos utilizado para poder explicarla algunas conceptos vinculados al cómo se hace, cómo se practica, cómo se interviene.

Martin Payne afirma:

A mi juicio [la terapia narrativa] es abierta y pluralista, y creo que esa es su *mayor fortaleza*.

Y prosigue:

la gente cuenta historias cuando habla con terapeutas gestálticos, centrados en la persona, psicodinámicos, conductistas y demás, pero sólo White y Epston se han apropiado del término, y sólo ellos hacen de la narrativa el eje de su terapia.

472 Martin Payne. Terapia narrativa. Una introducción para profesionales. 2002

Las intervenciones en la narrativa se fundamentan en el lenguaje. Se formulan “preguntas potenciales que posibiliten identificar los acontecimientos extraordinarios en un patrón temporal. Los interrogantes que surgen motivan a los miembros a ejercer una práctica del significado”.

Payne refiere que para White mantener la neutralidad étnica y de género era un imperativo, pero que siempre cuidaban de mantener un lenguaje coherente con el desarrollado en la organización a la que pertenecen los consultantes. Y en general **evitan** emplear “el lenguaje de modelo médico”.

La práctica de la Terapia Narrativa como en cualquier modelo de terapia se inicia cuando el terapeuta escucha con respetuosa atención a la persona o consultante. Esta acción nos recuerda a la Quinta maniobra o intervención general de la Terapia Estratégica que habíamos definido como: adquirir y mantener la credibilidad, la confianza y la maniobrabilidad.

Con esta propuesta de parte del terapeuta es posible que el consultante realice su relato. White llamaba inicialmente a ésta “descripción como **“saturada del problema”**. En la actualidad ha dejado de usar este término y la ha reemplazado por una **“descripción rala”** o “enrarecida”), con la idea de mostrar la ausencia de ciertos elementos, que el terapeuta debe buscar y encontrar para poder utilizar. Surge entonces la primera **“intervención general”** del terapeuta narrativo:

- **Bautizar el problema** es una intervención que posibilita que se defina como problema y no como enfermedad. Otorgarle un nombre es el primer paso que da lugar al siguiente paso.
- **Emplear un lenguaje externalizador** con lo que resulte posible que el problema “rebautizado”, sea considerado como una consecuencia o un efecto, producido por algún aspecto de la vida cotidiana. “El objetivo es ayudar a la persona a distanciarse de sus problemas y a concebirlos como producto de las circunstancias y los procesos interpersonales, no de su “personalidad” o “psicología>.>. **Nunca** se emplea la externalización para referirse a acciones perjudiciales o abusivas”⁴⁷³

473 Ibidem.

Martin Payne⁴⁷⁴ hace una advertencia sobre el la **externalización**:

- a. La externalización tiene poco valor a menos que sea empleada dentro de un marco de referencia postestructuralista, ya que el propósito de las “conversaciones externalizadoras” es ayudar a la persona a rechazar la idea de que el problema es parte de ella, de que está en su interior, en su carácter, en su patología. Si el terapeuta no ha abandonado tales ideas con anterioridad, la externalización es inútil, incluso peligrosa”.
 - b. La externalización puede ser inapropiada, White sugiere que las conversaciones externalizadoras son más eficaces cuando las personas tiene historias dominantes muy rígidas.
 - c. Externalizar por medio de “bautizar el problema” puede ser demasiado difícil o simplificador.
 - d. No debe usarse la externalización para definir prácticas de opresión.
- **Considerar los aspectos políticos y sociales** que representan una variable de suma importancia si se desea externalizar, ya que considerar estos aspectos ofrece importantes y conocidos ejemplos de que los abusos se encuentran insertos en las paradojas del poder social lo que le permitirá a las personas a liberarse de la culpa y la autocensura⁴⁷⁵. En este paso incluimos el contexto que siempre y de alguna manera tiene influencia en los temas por los que se consulta.
 - **Realizar preguntas de influencia relativa.** Estas preguntas apuntan a dos tipos de descripciones:
 - la influencia que el problema ha tenido y tiene en la vida de la persona; y por el contrario,
 - la influencia que la persona ha tenido y tiene en “la vida del problema”. Payne⁴⁷⁶ refiere que “White y Epston en los comienzos solicitaban que se recordase aquellas ocasiones en las cuáles había podido superar exitosamente su problema,

474 Ibidem.

475 Ibidem.

476 Ibidem.

pero en la actualidad White prefiere esperar que estos recuerdos surjan por sí solos en las descripciones de los consultantes. “White utiliza un término de Edwin Goffman, “desenlaces inesperados”, para referirse a estos recuerdos significativos que contradicen la historia dominante saturada del problema”.

- **“Deconstrucción” de desenlaces inesperados.** Conocidas las excepciones, el terapeuta debe visualizar la posibilidad de ampliarlas. Se puede trabajar sobre las circunstancias y/o la naturaleza de éstas excepciones, que a partir de “ahora”, deberían pasar a ser posibles, reales, frecuentes, y no sólo excepciones.

Comienzan en este momento las maniobras específicas, debido a que dependerán de cada paciente, consultante en particular

- **Invitación para asumir una postura.** Cuando el proceso terapéutico ha llegado a este momento, representa una encrucijada para el consultante, ya que debe decidir a qué “cosa, aspecto” le dará mayor valor o preponderancia. Debe asumir la postura de mantener aquello que lo ha venido preocupando y lo ha saturado, o desde ahora le dará lugar a la excepción, que es una alternativa posible, porque ya ha sido experimentada.
- **Uso de documentos terapéuticos.** Es posible la utilización de documentos escritos, de su propia autoría, o creados por el consultante. Se trata de una tarea que describiéramos en la Terapia Estratégica, las propone el terapeuta para apoyar la postura asumida. Son acciones que implican la confección o la lectura de: memorandos, cartas, declaraciones, listas, ensayos, contratos o certificados. Como plantea Payne⁴⁷⁷, “se utiliza para consolidar el progreso, porque la palabra escrita es más permanente que la hablada y porque, en la sociedad occidental, goza de mayor autoridad”.
- La terapia continúa. **Narrar y re-narrar** es la consigna del terapeuta.

477 Ibidem.

- **Uso de testigos externos** para aumentar el compromiso es necesario un público, que puede ser la propia familia, otros pacientes o público en general. Puede ser escribiendo un libro o diario personal.
- **Re-membrar** la idea de esta intervención es que los consultantes puedan volver a ser miembros de grupos de familiares o amigos con los que habían dejado de frecuentar. White llama a este proceso re-membrar, en el sentido de volver a formar parte, de ser miembro, pero también puede significar que se deja de ser miembro de grupos que han sido negativos para su propia vida.
- La **Terminación** de la Terapia se produce cuando el consultante decide que el relato de sí mismo es suficientemente rico para abarcar su futuro.

El prestigioso Carlos Sluzki, realizó un trabajo que ya citáramos lo llamó: “Transformaciones: Una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia” cuya lectura completa resulta necesaria y por lo tanto recomendamos.

En dicho trabajo propone un ejercicio, que hemos resumido, Sluzki propone la posibilidad de imaginar, que, antes de una entrevista el terapeuta haya estado leyendo un libro sobre el ciclo vital de la familia. O tal vez el material de lectura haya sido sobre pérdidas y duelo. Pero también el terapeuta estuvo repasando el clásico de Minuchin (1974) Familias y Terapia Familiar. O el tema de lectura era sobre aspectos transculturales en terapia familiar. Carlos Sluzki⁴⁷⁸ se formula algunas preguntas, que en esta oportunidad hacemos nuestras:

- ¿Cómo es que familias y terapeutas sean capaces de hablar con emoción, intensidad, permanencia y convicción sobre tal variedad de temas?
- ¿Cómo es que cada una de las sesiones hipotéticas con esta familia ha generado historias igualmente plausibles que explican de manera tan diversa las causas del problema y/o sus raíces?
- Y, lo que es más sorprendente, ¿Cómo es posible que se haya generado cambio a través de caminos tan distintos?

478 Family Process, 1992 (31), 217-213 “Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy”.

La respuesta puede encontrarse en un elemento común: en cada caso se construye conjuntamente entre terapeuta y familia **un relato alternativo**, plausible, usando elementos de una o más historias que la familia trajo consigo al venir a terapia. Cada relato o narrativa alternativa se estructura alrededor de un mito o tema culturalmente disponible; cada uno contiene su propio elenco de actores su escenario y su trama; cada uno tiene sus propias suposiciones lógicas, morales, éticas, y de comportamiento. Al mismo tiempo que las narrativas se transforman, la historia original que contiene el problema pierde su predominio, y el problema se redefine; se convierte en un no- problema o incluso en una bendición encubierta. El problema en una nueva presentación se vuelve accesible a soluciones, o deja de ser el foco; se disuelve. La consulta ha conseguido sus objetivos.

El objetivo del terapeuta es facilitar tal cambio en relatos específicos o en la relación entre ellos. Ya que las historias se alojan en el reino compartido del consenso, los terapeutas intentarán generar un clima de conservación que facilite cambios de consenso: mantendrán una actitud de empatía respecto al sufrimiento y las dificultades de la familia y de interés y curiosidad sobre sus ideas; favorecerán una postura optimista de connotaciones positivas; y contribuirán activamente a guiar la conservación terapéuticas hacia cambios en la narración colectiva.

Carlos Sluzki⁴⁷⁹, hace una síntesis propia y propone por lo tanto:

Un diseño del encuentro terapéutico, reconociendo que cada encuentro terapéutico es esencialmente idiosincrásico porque el proceso y contenido de la conservación se entretreje con contribuciones de todos los participantes. Muchos terapeutas siguen un esquema basado en los siguientes elementos, generalmente en secuencia si bien de manera interpenetrada.

- Encuadrar el encuentro.
- Generar y representar los relatos dominantes.
- Favorecer relatos o relaciones entre relatos alternativos.
- Realzar (ilustrar) las nuevas historias.

479 Sluzki, C. Family Process, 1992 (31), 217-213 “Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy”.

- Afianzar los nuevos relatos.

Para que esta tarea resulte posible Carlos Sluzki propone lo que él llama “micro-prácticas transformativas”. Considerar estas sugerencias nos posibilitará ampliar la gama de “dimensiones” posibles, considerando para ello: *el tiempo, el espacio, la causalidad, las interacciones, los valores, y en el contar.*

Considerando los siguientes pares de opuestos, tendremos mayor oportunidad de construir relatos alternativos.

Transformaciones	
Dimensiones	Cambios
En el tiempo	Estático/Fluctuante Nombres/Verbos Ahistórico/Histórico
En el espacio	No-contextual/Contextual
En la causalidad	Causa/Efecto
En las interacciones	Intra/Interpersonales Intenciones/Efectos Síntomas/Conflictos Roles/Reglas
En los valores	Buena/Mala Intención Sano/Enfermo Legítimo/Ilegítimo
En el contar	Pasivo/Activo Interpretaciones/Descripciones Incompetencia/Competencia

Las transformaciones o cambios, son el producto de **redefinir** “la concepción que los consultantes tienen de aquello que los aflige y/o de las soluciones intentadas para resolverlo, y que se pueden evidenciar como quejas, lamentos, síntomas, o cambios de conducta, si la comparamos con la Terapia Estratégica.

Las transformaciones pueden ser un producto “del cuestionamiento del síntoma, y/o de la estructura y/o de la realidad” (comparando con la Terapia Estructural).

La intervención del terapeuta será el resultado de considerar algunas de las variaciones posibles detalladas en el cuadro anterior si consideramos, el tiempo, el espacio, las interacciones, los valores y/o la manera en que se *narran* las historias.

Al mismo tiempo que el problema que se ha traído a la consulta puede vivenciado y relatado como *interno* (propio problema) o *externo* (de los demás, o por algo que piensan, sienten o hacen o han dejado de pensar, sentir o hacer “otras personas”).

Simultáneamente la *gestión* (las acciones posibles y necesarias de llevar a cabo para la solución del problema) pueden reconocerse como “propias acciones” o como “acciones que deben ser emprendidas por otros”, razón por la cuál los problemas pueden quedar si resolver y/o ser resueltos de otra manera, obteniendo otros resultados viables, pero no como esa persona deseaba que fuera resuelto el problema.

De la combinación de **problema** y de la **gestión** necesaria para ser resuelto pueden surgir estas variables y/o resultados.

	Problema externo	Problema interno
Gestión externa	Culpa o impotencia	Salvación o perdición
Gestión interna	Acción	Culpa o desesperanza

De donde el problema es externo y la gestión externa, experimentaremos culpa e impotencia, dado que no podemos hacer nada que contribuya a la solución. En cambio cuando el problema es externo y la gestión es interna, será posible la acción.

Cuando el problema es interno y la gestión esperamos que provenga desde otros (externa) nuestra sensación será la de sentirnos perdidos. En cambio si la gestión es interna es posible que sintamos culpa y/o desesperanza.

Capítulo 21: Mirádonos el ombligo: semejanzas y diferencias entre los modelos sistémicos

Jorge Fernández Moya

En su primer viaje a Buenos Aires, siendo ya una celebridad, Salvador Minuchin ofreció una Conferencia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, de las muchas cosas que planteó, hubo una que recuerdo de manera permanente. Aclaró con cierto énfasis que entre los diferentes modelos de la época no había grandes diferencias.

Que cuando existían, éstas, estaban relacionadas con quienes habían subsidiado las investigaciones. Había sido el marketing de la organización, (universidad, hospital, fundación, etc.) que exaltaban algunas características por sobre otras, marcando así algunas diferencias.

Estos conceptos se pueden corroborar leyendo el Prólogo del libro “Familia y Terapia Familiar” de Salvador Minuchin, en el cuál hace referencia a que el libro es el producto de un seminario informal, realizado durante los viajes entre Nueva York y Filadelfia, que compartía con Jay Haley y Braulio Montalvo. Una cita similar realiza Jay Haley en su libro “Terapia para resolver problemas”, en que recuerda que su libro es un producto de esas mismas conversaciones.

En este Capítulo realizaremos algunas comparaciones entre las características existentes entre los diferentes modelos desarrollados y empleados en las psicoterapias sistémicas, que creemos se sustentan en las particularidades de quienes las han desarrollado.

Analizaremos de manera resumida algunas características que hacen a la particularidad de los mismos. Incluiremos las Terapias Estratégicas, considerando dos variantes. Primero la variante propuesta por Jay Haley, luego la Terapia del Mental Research Institute, incluiremos la Terapia Centrada en Soluciones, en la que consideramos que mantiene en sus raíces, parte de la propuesta del MRI, pero elaborada con un grado de sofisticación que la hace particular y diferente. Dado que todas éstas han recibido la influencia del gran maestro Milton Erickson, seguiremos con éstas.

Pasaremos a la Terapia Estructural desarrollada por Salvador Minuchin, e incluiremos los Modelos desarrollados en Milán y en Roma, Italia.

Por último analizaremos de la misma forma la Terapia Narrativa.

Terapia Estratégica de Jay Haley

Foco de análisis

Haley centra su análisis considerando que la disfunción de la familia puede estar vinculada con una alteración en las jerarquías de la familia, con la formación de triángulos estables, con las dificultades para generar reglas acordes y funcionales a la etapa del ciclo vital por la que transita la familia, por la tendencia a mantener la homeostasis, cuando en realidad se requiere un cambio, y/o con la aparición de síntomas que “protegen” a la familia o algunos de sus miembros.

Se trata de las cinco teorías que Haley propone para co-construir problemas, metas y soluciones.

Objeto de cambio

Es posibilitar y promover que la organización sea funcional, apoyándose en el foco de análisis descrito.

Foco de intervención

Está representado y lo brindan aquellos miembros con mayor motivación. Se trata de los consultantes o de quienes hemos llamado “subsistema de intervención o impacto”.

Lugar del cambio

El cambio se produce en el ámbito natural de los pacientes, en el hogar y con la familia, en la escuela y los compañeros y los docentes, en la fábrica con el jefe y el trabajo habitual. Por lo tanto en el momento que transcurre entre una sesión y otra.

Maniobras

Las más frecuentes y destinadas a propiciar el cambio son las sugerencias, las redefiniciones, las prescripciones, las ordalías y los rituales.

Tipo de comunicación

Es verbal.

Distribución de sesiones

La cantidad de sesiones y la periodicidad no está especificada, está en relación con los resultados que se obtienen.

Función del cambio

El terapeuta busca y mantiene el máximo del control administrativo. Es siempre más estratégico que exploratorio. Y mantiene un especial énfasis en hacer explícito lo implícito, de manera de hacer visibles para los consultantes los patrones de interacción. Vistos y reconocidos, y de ser posible ser modificados.

Terapia Estratégica del Mental Research Institute

Recordemos que Jay Haley participó con Don Jackson de los inicios del MRI, y trabajó sobre las mismas ideas de manera conjunta en Palo Alto, California antes de trasladarse a la costa este y trabajar en Filadelfia. Haley compartió con Paul Watzlawick, muchos de seminarios con Milton Erickson, por lo que comparten las raíces (influencia).

Las raíces comunes, hacen a algunos aspectos comunes, por lo tanto las semejanzas son más que las diferencias.

Foco de análisis

Se encuentra concentrado en los procesos de interacción que mantienen los consultantes, presentes en la sesión y/o a través del relato relacionado por los participantes.

En la narración realizada surgen descripciones que permiten a los terapeutas identificar los patrones de interacción, de allí deducir las reglas posibles, que chequea e identifica como reales en la interacción que se produce en la sesión, ante su presencia.

Producto también del relato de cada uno de los consultantes será posible identificar el “circuito intrapsíquico o autorreferencial” que desarrolláramos en el Capítulo 12.

Objeto de cambio

Modificar el circuito mantenedor del problema, en muchas ocasiones representado por el síntoma, o una conducta disfuncional.

Para que el cambio sea posible el terapeuta redefine la concepción que los consultantes tienen del problema, o las soluciones intentadas, para lo cual interviene modificando el circuito interaccional cuando en la consulta se encuentra una pareja, una familia, o apela a modificar el circuito intrapsíquico, cuando la consulta es individual.

Foco de intervención

Se centra en el subsistema de intervención o impacto, que comprende a aquellas personas que poseen la mayor motivación para que se produzca el cambio. En algunas ocasiones en las que pareciera que hay falta de motivación puede existir una gran necesidad o mucha desesperación por el cambio. El terapeuta deberá transformar la necesidad y/o la desesperación en motivación.

Lugar del cambio

Se produce fuera de la sesión. En la casa, en el trabajo, en la escuela, en la vida, etc.

Maniobras

Las maniobras son las directivas, las redefiniciones, la connotación positiva del síntoma, la prescripción del síntoma y las tareas, desarrolladas en el Capítulo 14.

Tipo de comunicación

Generalmente verbal. En muchas ocasiones y debido a la influencia de Milton Erickson, se puede utilizar objetos que representan metafóricamente el problema o algunos aspectos del mismo. Un fusible, un clavo puede ser expresión la situación que vive quien consulta o la del paciente identificado.

Distribución de sesiones

Las sesiones suelen ser alrededor de diez, y el intervalo entre ellas es variable, las primeras semanales, posteriormente quincenales y las últimas mensuales.

Función del cambio

Desde y con una postura de baja intensidad, sugiriendo más que dando órdenes, busca el logro de cambios mínimos y progresivos. Suele ofrecer un “manual de instrucciones”, acerca de lo que se debe o no se debe hacer.

Terapia centrada en soluciones

Ésta comparte raíces con las anteriores, ya que Steve de Shazer se formó profesionalmente en el MRI.

Foco de análisis

Como su nombre lo indica la óptica se concentra en las soluciones, y no en el problema.

Luego de que el terapeuta toma conocimiento de los datos del paciente y/o consultante, y da muestras de haber comprendido la aflicción de los mismos, realiza un rápido pasaje de aquello que se reconoce como problema a las soluciones posibles.

Objeto de cambio

Pasa por pensar en primera instancia y actuar posteriormente en las soluciones alternativas. Lo importante es la acción (en las soluciones) y no tanto la reflexión (que lo fija en el problema). De esta manera el terapeuta muestra como posible el cambio y de esa manera recrea esperanza y organiza el futuro de una manera más saludable.

Foco de Intervención

Las acciones que deben ser llevadas a cabo para encontrar la solución y partir de ellas sostener el cambio logrado.

Lugar del cambio

En el período entre las sesiones.

Maniobras

La maniobra que la caracteriza es la pregunta del milagro. Ésta es una interacción, mejorada de la intervención de Milton Erickson sobre la “bola de cristal”, en la cuál el terapeuta le proponía al consultante lo que producto de una adivinación, sería deseable obtener.

Otra maniobra característica es lo que llaman tareas de fórmula.

Lo importante seguir los “*camino para construir soluciones*”, haciendo foco en las metas, en la solución, en la excepción, considerando la elección o espontaneidad, reconociendo que pequeños cambios llevan a grandes cambios, que cada solución es única, que las soluciones evoluciona fuera de las conversaciones y que el lenguaje es nuestra realidad.

Tipo de comunicación

Al igual que en los otros modelos, desarrollados, la comunicación es básicamente verbal, pero también, y de manera consistente el terapeuta apela a la metáfora y a los símbolos.

Distribución de sesiones

Las sesiones suelen ser menos de diez, algunos informes revelan que el promedio es seis. El intervalo entre ellas es variable, las primeras semanales, posteriormente quincenales y las últimas mensuales.

Función del cambio

Desde la concepción de que quienes piensan en soluciones, comienzan a resolver sus preocupaciones. El cambio será el resultado de la búsqueda de alternativas.

Terapia Ericksoniana

Foco de análisis

Milton Ericsson iniciaba la consulta conociendo cuál era el síntoma, y/o el problema, para de inmediato buscar y relacionar con la *pauta y/o el patrón* que se encontraba ligado al síntoma o el problema. Intentaba hacer presente a la pauta sin el síntoma o al síntoma sin la pauta. Ver el cuadro 5.

Objeto de cambio

Que las pautas o patrones puedan estar presentes sin la presencia del síntoma.

Foco de intervención

La tarea se focaliza con el consultante, en general, también paciente identificado. En general se trata de la persona que posee la mayor motivación para el cambio.

Lugar del cambio

En el período que transcurre entre dos sesiones, en la familia, en el trabajo, en el lugar en donde habitualmente se presenta el síntoma o problema.

Maniobras

Diversos autores han sistematizado las intervenciones habituales de Milton Erickson, en el Cuadro 5 y en el Cuadro 6 que corresponde a la sistematización realizada por Jeffrey Zeigg.

Tipo de comunicación

La comunicación es verbal, y no verbal, a partir de las tareas que Milton Erickson y quienes siguen los lineamientos de la terapia ericksoniana. Un lugar especial lo ocupa la **hipnosis**. La hipnosis y/o los lineamientos de la hipnosis son seguidos en la propuesta terapéutica de quienes trabajan con este modelo.

Distribución de sesiones

La cantidad de entrevistas y la periodicidad de las mismas es una variable que depende de la severidad y la evolución del cuadro de quien consulta.

Función del cambio

El cambio se vincula con inactivar y/o modificar la conducta disfuncional, o sintomática, que se vincula con una pauta o patrón, que debe ser modificada. Se trata de *reencuadrar o desencuadrar*. Se trata de “*separación*” o “*vinculación*”, basado en la propensión natural de las personas a trazar distinciones (separar) y/o realizar asociaciones (vincular).

Terapia Estructural

Foco de análisis

La Terapia Estructural analiza cómo se organiza la familia, respecto de la interdependencia y de cómo se establecen y mantienen las jerarquías.

Objeto de cambio

Es lograr la modificación de la estructura familiar, para que la misma vuelva a la funcionalidad.

Foco de intervención

La familia conviviente, en algunas ocasiones se puede incluir a personas significativas, como los abuelos, si éstos cumplen alguna función de cuidado y protección de los nietos, albergándolos en su casa mientras los padres trabajan y/o estudian.

Lugar del cambio

En la sesión. Ya que si el terapeuta logra el cambio en ésta, este se hará extensivo a la cotidianidad de la familia. El cambio allí provocado puede mantenerse en el período que pasa hasta la siguiente sesión.

Maniobras

Las intervenciones de la Terapia Estructural están destinadas a cuestionar el *síntoma*, o a cuestionar la *estructura* y/o a cuestionar la *realidad* de la familia. Será importante volver a observar el cuadro de la página 694.

Tipo de comunicación

Verbal y no verbal.

Se otorga significativa importancia a la distribución y al manejo del espacio entre los asistentes a la sesión, en ese sentido se considera la distancia existentes entre los participantes, cuáles y hacia donde se movilizan las personas.

Distribución de sesiones

La cantidad se vincula con las características y complejidad del problema, espaciadas en períodos de dos o tres semanas.

Función del cambio

El cambio está destinado a que la familia u organización no requiera del *síntoma* para su nueva manera de funcionar. Modificando la estructura familiar y la realidad de la misma.

Terapia de Milán

Foco de análisis

Se concentra en el significado que la familia le da al síntoma.

Objeto de cambio

La modificación y/o cambio del significado, atribuido al síntoma.

Foco de intervención

Se trabaja durante las primeras entrevistas con todo el sistema conviviente, y posteriormente con los diferentes subsistemas en juego.

Lugar del cambio

Fundamentalmente en la sesión, como en la Terapia Estructural, se consolida luego de esta.

Maniobras

Interrogatorio circular, cuestionamiento del síntoma, de la estructura familiar y/o de la realidad, además se emplean rituales y paradojas.

Tipo de comunicación

Verbal.

Distribución de sesiones

Como en el Modelo Estructural, cantidad no determinada, con espacios de dos o tres semanas.

Función del cambio

A partir de la modificación del significado atribuido al síntoma (es una redefinición), se busca la funcionalidad o la resolución de los problemas presentados como motivo de consulta.

Terapia de Roma

Foco de análisis

Se realiza al realizar un análisis de la relación, en el aquí y ahora de la dinámica familiar.

Objeto de cambio

Pasa por modificar la estructura de la familia.

Foco de intervención

Se trabaja con la familia o el grupo conviviente.

Lugar del cambio

En la sesión. Como en la Terapia Estructural.

Maniobras

Puesta en acto, redefiniciones, desbalanceo, sugerencias, prescripciones directas.

Tipo de comunicación

Verbal y no verbal.

Distribución de sesiones

Cantidad y periodicidad no definida.

Función del cambio

El cambio apunta a que la familia no requiera del síntoma para su nueva manera de funcionar. Modificando la estructura familiar y la realidad de la misma.

Terapias narrativas

Foco de análisis

El relato o narración del consultante. Sobretudo la descripción “saturada del problema”, cuando la persona cuenta su relato.

Objeto de cambio

Modificar o cambiar la narrativa dominante, creando relatos alternativos.

Foco de intervención

El o los consultantes.

Lugar del cambio

En la cotidianidad de la vida del consultante.

Maniobras

Bautizar el problema, lenguaje externalizador, considerar los aspectos políticos y sociales, formular preguntas de influencia relativa, reconstrucción de desenlaces inesperados, invitación a asumir una postura, usar documentos terapéuticos, narrar y re-narrar, uso de testigos externos, re-memorar,

Tipo de comunicación

Verbal y no verbal.

Distribución de sesiones

Cantidad y periodicidad no definida. No es terapia breve. Pero algunas herramientas como “testimonios externos” y o los “documentos terapéuticos” reducen la duración.

Función del cambio

Que se modifique el relato de manera que sea suficientemente rico para abarcar el futuro.

Capítulo 22: De qué hablamos cuando nos visita un primo: caminos al acuerdo

*Jorge Fernández Moya
Federico G. Richard*

Los tuyos, los míos, los nuestros

El presente capítulo resume una serie de inquietudes personales, nuestras y de varios colegas de nuestro equipo, maceradas durante años de labor conjunta y discusión, sumado al siempre desafiante y enriquecedor aporte de Hugo T. Hirsch, quien en el prólogo a la segunda edición, llamaba a tratar en la presente una relación entre las terapias sistémicas y las no sistémicas. Escribir el capítulo ha resultado una tarea tan difícil como gratificante. Como en nuestra labor clínica, lo difícil suele ser un buen indicador de cuán entretenido (es decir: interesante) resulta el desafío.

Contrariamente a lo que el lector familiarizado con la terapia familiar pudiera pensar al leer el título de este primer apartado, no nos referiremos a los complejos desafíos de las familias ensambladas en su lucha por convertirse en organizaciones familiares estables y satisfactorias. Como terapeutas sistémicos nos sentimos muy a gusto con las analogías, y entonces pensamos en la gran familia de la terapia sistémica, donde hay modelos padres, madres y padrinos, modelos hermanos, primos hermanos. Forzando un poco la relación, podemos ver más allá de las fronteras más o menos funcionales de nuestra gran familia y encontrar a esos primos segundos que hace tiempo no visitamos, o a la compleja trama de nuestra parentela política, de cuyos hijos y nietos algunas veces no recordamos los nombres, y otras ni siquiera sabemos

de su existencia. Entre unos y otros, entre otros y unos, encontramos relaciones de largo tiempo y plena satisfacción. También encontramos discordia: más o menos duradera, más o menos definitiva. Sabemos que la familia puede ser un lugar de refugio y satisfacción o algo más parecido a un campo de batalla. Si de modelos se trata, la gran familia extensa de la psicoterapia se acercaba en la década de 1970 más a la segunda opción (Goldfried y Norcross, 1992). En nuestros días las aguas se han aquietado, aunque persisten diferencias más o menos sustantivas.

Hablaremos de nuestra experiencia como personas y familia, como terapeutas y como equipo de trabajo en asistencia, en docencia universitaria y en la formación de terapeutas. Cabe entonces remitir al lector al apartado que trata sobre nuestra historia (Capítulo 1) y señalar que luego de más de treinta años de formación de terapeutas los últimos diez se han perfilado claramente hacia la inclusión de modelos no sistémicos.

Nuestra tarea como docentes universitarios de grado y de postgrado nos ubica dentro de un plan de estudios en algunas asignaturas que hacen que nuestro quehacer docente quede ligado a aquello que enseñamos, y no es incorrecto, pero en la práctica clínica hemos incursionado en otros modelos o metamodelos.

El llamado *Entrenamiento en psicoterapia*, formación intensiva de dos años que recibió en 2009 a su décima cohorte, surgió en el 2000 como un esfuerzo de nuestro centro por complementar la formación sistémica que ofrecíamos a los terapeutas con aportes necesarios de otros modelos o metamodelos que, desde nuestra perspectiva, tenían mucho que sumar a la *caja de herramientas básica* de todo terapeuta competente, con pretensiones de éxito. Este cambio tuvo lugar en un contexto histórico del ejercicio de la psicoterapia en el mundo y en nuestro país, que algunos de los nuestros han querido sintetizar refiriéndose a un cambio del énfasis en los modelos (y la consiguiente lucha entre los mismos) por una mística de los resultados⁴⁸⁰ superadora de antiguas y poco fructíferas posiciones.

480 Santiago Fernández Escobar, en comunicación personal de Marzo de 2009, refiriéndose a conclusiones de una conversación mantenida con Hugo T. Hirsch.

Buscaremos entonces, en primer lugar trazar una especie de familiograma que arroje luz sobre el complejo mundo de relación de la gran familia de los terapeutas sistémicos. Sobre el final del capítulo saldremos a recorrer el barrio y la ciudad en busca de aquellos parientes más lejanos y perdidos, que no vemos hace tiempo, pero que siguen teniendo, a pesar del tiempo y la distancia, muchas o pocas cosas en común con nuestra familia.

Valga en este punto una doble aclaración, por un lado sobre los destinatarios del capítulo que nos ocupa y por el otro sobre su desarrollo y lógica interna. En cuanto a los destinatarios, no son otros que los lectores de la obra completa. Sin embargo, creemos que lectores con diverso grado de experiencia y formación, o bien un mismo lector en distintos momentos de su vida profesional, podrán sacar diverso provecho de su lectura y análisis. Resulta evidente que, mientras más manejo en los distintos modelos sistémicos se tenga, mayor será la riqueza de las relaciones posibles. En cuanto al desarrollo, seremos necesariamente enfáticos en los puntos en común entre los distintos modelos o líneas de pensamiento sistémico por un lado, y entre éstos y los modelos no sistémicos por el otro, pues tal es nuestro propósito y, en tanto pretendemos ser coherentes con la epistemología constructivista (Capítulos 5 y 6), asumimos que nuestra búsqueda estará absolutamente determinada por nuestras expectativas de encontrar, precisamente, convergencia. No obstante ello, asumimos que en el camino nos toparemos con diferencias más o menos básicas o sustanciales en los distintos niveles en que conduciremos nuestra reflexión: desde la epistemología y el nivel teórico-conceptual, a los aspectos técnicos más puntuales y lo concreto de la relación terapéutica. Cuando así lo hagamos, señalaremos esas diferencias, a fin de que el lector contraste nuestras ideas y obtenga sus propias conclusiones. Hemos de insistir que nuestro propio marco epistemológico no nos permitiría afirmar que nuestra lectura es la única posible. En un mundo complejo como es el del pensamiento psicoterapéutico, considerando los distintos modelos sistémicos y los no sistémicos, son posibles múltiples criterios y caminos para buscar relaciones y puntos de convergencia.

Los procesos de cambio: una vía para la integración

Todos los pacientes y/o todos los consultantes asisten a la consulta en busca de un cambio, de un resultado, algo diferente, ya que lo que viven les resulta insatisfactorio, insoportable. Todos los terapeutas debemos ayudar a que nuestros consultantes y/o pacientes logren ese cambio. Suficiente evidencia surgida en investigaciones de los años noventa mostró que los modelos tradicionales de psicoterapia comparten muchos aspectos en común en cuanto al resultado pretendido. El proceso es diferente, ya que la naturaleza de las metas y el planteo técnico de la terapia varían de un modelo a otro. Además, debemos considerar que las características de la relación terapéutica también varían de acuerdo al paciente y al profesional que lo asiste.

Prochaska y Norcross desarrollan en su libro *Systems of Psychotherapy* (2000) el modelo transteórico. No desarrollaremos aquí en profundidad las ideas de los autores. Consideramos que la lectura de su obra es altamente recomendable, sobre todo después de la adquisición de nociones básicas de los modelos llamados *puros*. Sí, destacaremos el concepto de *proceso de cambio*.

Los procesos de cambio son las actividades abiertas y encubiertas que la gente realiza para alterar tanto afectos como pensamientos, conductas, o relaciones, en lo relativo a un problema particular o un patrón de vida más general. Los procesos de cambio son utilizados dentro de la psicoterapia, sin psicoterapia, y entre sesiones de terapia. (op. cit.).

Los autores identificaron cinco procesos básicos que se encuentran presentes en la práctica clínica de todos aquellos modelos que son practicados por al menos el uno por ciento de los profesionales de la salud mental en los Estados Unidos. Estos procesos son: el *aumento de conciencia*, la *catarsis*, la *elección*, los *estímulos condicionados* y el *control de contingencias*. A su vez, cada uno se desdobra en dos procesos, según si el cambio es propiciado en la experiencia subjetiva de la persona o en el ambiente.

En relación al *aumento de conciencia*, los autores refieren que el cambio se produce cuando la persona ha ganado en comprensión acerca de su problema. Si esta comprensión se origina en la propia experiencia de la persona, el proceso se llama *feedback*. Por ejemplo, una persona puede darse cuenta de la naturaleza y/o intensidad de una emoción cuando se mira en un espejo, o bien en una fotografía o en una filmación, advirtiendo la diferencia existente entre

su experiencia subjetiva y la imagen que es percibida por los demás. Aquí la persona reúne la información que recibe (de manera específica: el *feedback*) con su propio registro, originándose una nueva experiencia en la cual combina ambos aspectos.

En cuanto a la otra variante de este proceso de cambio, la *educación*, la información es generada en eventos ambientales y no en la experiencia del sujeto. Por ejemplo, cuando una persona sufre una pérdida, transita por una serie de cogniciones, sentimientos y comportamientos que en el marco de la cultura a la que pertenece pueden ser considerados como inadecuados, pero que un profesional de la salud puede describir como pertinentes y necesarios para iniciar el duelo. Al conocer esta información, los mismos sentimientos pueden adquirir un significado diferente, en el sentido de que legitima el dolor y hasta el enojo característicos de esa situación. Debe destacarse que en este caso la intervención del terapeuta se limita a introducir, desde el entorno, una nueva información: por ejemplo el producto de una lectura y/o la tarea de asistir al funeral de un desconocido y observar el comportamiento de los familiares, etc. Esto es considerablemente diferente al *feedback*, en que la información está contenida en la experiencia subjetiva del consultante.

La *catarsis* es otro proceso de cambio de larga data en la historia de la humanidad. Si pensamos en términos de sistemas, tal como expresamos en el capítulo de Teoría General de los Sistemas (Capítulo 3), la energía está representada en las personas de diferentes maneras: acciones, cogniciones y emociones. Cuando una persona acumula ideas, pensamientos, que van inevitablemente acompañados de emociones, y no se producen conductas coherentes, esta coherencia es expresada en síntomas de por ejemplo: ansiedad, angustia u otras manifestaciones sintomatológicas. Muchos pacientes expresan alivio al haber relatado sus tristes y dolorosas experiencias. Sabemos de los beneficios de la catarsis cuando es adecuadamente canalizada. Retomando el ejemplo anterior sobre el una persona que ha experimentado una pérdida, ésta puede manifestar su dolor ante un amigo, que posiblemente intente consolarlo con palabras como “ya va a pasar”, “bueno, tenés otros hijos por los que luchar”, que implícitamente desconocen la validez de la queja al mismo tiempo que banalizan la posible expresión del malestar que le ocasiona la pérdida a esa persona. En cambio, si el doliente consultara a un profesional, éste aceptaría su dolor, su enojo, y la catarsis tendría un efecto terapéutico. Cuando así ocurre, el proceso recibe el nombre de *experiencia emocional correctiva*.

Como el lector podrá advertir, los distintos procesos de cambio actúan simultánea o sucesivamente. Nuestra propuesta, en línea con la de los autores del modelo, desglosa las intervenciones sólo a los fines de una explicación que resulte más didáctica, pero que en la práctica clínica resulta difícil distinguir los límites entre ellas.

La variante de este proceso de cambio iniciada en el ambiente, el *alivio dramático*, puede ser el resultado de observar una película, una obra de teatro o cualquier interacción de la vida real en la cual las manifestaciones emocionales de otras personas gatillan la catarsis en el consultante, en una genuina expresión de cogniciones y emociones.

Desde nuestra perspectiva, la *elección* como proceso de cambio propuesto por Prochaska y Norcross (op. cit.) va de la mano de los recursos del terapeuta para aumentar los recursos y/o posibilidades familiares y de otros contextos significativos en los cuales el consultante puede encontrar alternativas. Esto resulta posible si primero el consultante reconoce sus propios recursos; segundo, si adquiere la convicción de que le resultará posible llevarlo a la práctica; y tercero si pasa a la acción que le permitirá resolver el motivo de consulta. Si estos pasos son el resultado de vivencias, experiencias personales, es posible hablar de *autoliberación*. Si la persona se relaciona con otras personas que han vivido acontecimientos similares, puede construir una experiencia conjunta que recibe el nombre de *liberación social*. Ejemplo de esto último pueden ser asociaciones que aglutinan a personas o familiares que padecen las consecuencias de situaciones adversas, ya sean estas enfermedades, delitos u otros problemas sociales, donde el grupo, con sus distintas vivencias, aumenta las alternativas y los recursos del individuo, al mismo tiempo que lucha por objetivos de mejora en la comunidad.

Los dos procesos de cambio restantes son *estímulos condicionados* y *control de contingencias*. Los autores vinculan ambos procesos con las así llamadas *terapias de acción*, donde predomina el esfuerzo por generar cambios en el comportamiento, por oposición a los procesos anteriores, más relacionados con las *terapias verbales*. Sobre el final del capítulo haremos una reflexión sobre este punto. Los *estímulos condicionados* como proceso de cambio ayudan a los objetivos terapéuticos de dos maneras.

- Cuando se elimina ciertos estímulos del ambiente que activan automáticamente, mediante un reflejo condicionado, un comporta-

miento disfuncional (por ejemplo la presencia de alcohol en la casa, que facilita el consumo en un alcohólico), hacemos referencia al *control de estímulos*.

- El *contracondicionamiento*, la variante vinculada a la experiencia del proceso llamado *estímulos condicionados*, consiste en que el mismo estímulo que genera la emoción, cognición o comportamiento disfuncional, puede ser utilizado para generar respuestas de sentido contrario. Por ejemplo, el estudio y la proximidad de una fecha de examen pueden hacer que libros y apuntes sean factores generadores de ansiedad. Cierta música genera creatividad, tranquilidad, relajación, todas ellas situaciones placenteras. Si una misma persona, mientras cumple con su estudio, escucha esa música, hace que su actividad ya no le genere la misma ansiedad, sino emociones, cogniciones y comportamientos más funcionales.

En el ejemplo anterior, la intervención está dirigida u orientada a la modificación de la conducta, en el sentido de que un estímulo produce una respuesta refleja, automática, equiparable al condicionamiento clásico o pavloviano. Desde nuestro punto de vista, la conceptualización que realizan Prochaska y Norcross queda limitada a dicho modelo, sin considerar que muchas veces algunas ideas se oponen a otro grupo de ideas. Si esto sucede en la realidad y es motivo de confusión, duda, inhibición en las personas, algunos de los cuales vienen a la consulta mostrando síntomas, un terapeuta puede operar considerando la posibilidad de unir o separar cogniciones y emociones, sin recurrir necesariamente a estímulos externos. Valga la aclaración de que el terapeuta, si bien representa una variable externa, opera generando relaciones entre dos ideas del consultante. Una manera de conceptualizar esto es el aporte de W. O' Hanlon (Capítulo 14), quien sistematizó algunas intervenciones de Milton H. Erickson en el sentido de que para desencuadrar o reencuadrar⁴⁸¹ un problema planteado en la consulta, el terapeuta puede unir lo que el consultante plantea como dos cosas diferentes, y entonces la intervención pasa por *vincular* aquello que estaba separado; o bien puede separar algo que el consultante construye como un mismo concepto o situación, y entonces la inter-

481 Desencuadrar es sólo quitar el marco conceptual de referencia. Reencuadrar es, además, ofrecer un nuevo marco conceptual. Debe considerarse que estas intervenciones representan sólo una de las maniobras posibles para redefinir (Cap. 14 Maniobras).

vención se denomina *separación*. Esto puede ejemplificarse de la siguiente manera: para muchas personas, los domingos en la tarde tienen el significado del regreso a una actividad laboral o de estudio, con las consiguientes obligaciones y preocupaciones que éstas deparan. Pero un grupo de amigos decidió reunirse regularmente, eligiendo los días lunes al finalizar la jornada. Con ello, el domingo dejó de ser el último día libre, para pasar a ser el día previo a una reunión por todos deseada. El hecho de hacer nuevas atribuciones, modificó el significado del comienzo semanal.

A partir de esta conceptualización del *contracondicionamiento* pero en un nivel de abstracción o recursividad diferente, se plantea un nuevo proceso de cambio posible,⁴⁸² que ilustramos con el siguiente ejemplo. Para un alcohólico en abstinencia que asiste a una reunión social y recibe en ella elogios por su explícito cambio de conducta (no beber alcohol), todas estas consideraciones positivas hacia el hecho de haber dejado el consumo, constituye para él un estímulo (diferente del alcohol y mucho menos perjudicial) que lo *embriaga*, pero de éxito. La diferencia sustancial respecto del contracondicionamiento radica en que en éste se logra una nueva respuesta, de sentido contrario (la “tranquilidad” en el ejemplo de libros y apuntes); mientras que en este nuevo proceso, se logra la misma respuesta (“embriaguez”), pero sustancialmente diferente por los efectos asociados: mientras la *embriaguez del alcohol* le produce al paciente amnesia de su episodio alcohólico, la *embriaguez de éxito sobre el alcohol* aumenta y facilita su compromiso la abstinencia.⁴⁸³

Por último, Prochaska y Norcross desarrollan el proceso de cambio que llaman *control de contingencias*, que se basa en los principios del condicionamiento operante. La variante externa o ambiental de este proceso, llamada **manejo de contingencias** logra el cambio a partir de modificar las consecuencias reales del comportamiento de una persona. Pensamos aquí en la diferencia que implica para un alcohólico –por seguir con el ejemplo ante-

482 Apelando al humor, y en el contexto del ejemplo venimos desarrollando, hemos llamado a este proceso recontracondicionamiento.

483 El terapeuta utiliza este proceso considerando las características del alcohólico descriptas por G. Bateson (1999) en el artículo La cibernética del self: hacia una teoría del alcoholismo. En general, el adicto se relaciona de manera simétrica entrando en escaladas y desafiando cada vez que se percibe en complementariedad inferior. A.A. centra su propuesta en nivelar a todos sus miembros en la misma condición y los desafía a mantener la abstinencia día por día.

rior– que su madre le cambie o no las sábanas después de vomitarlas. Si se las cambia, el alcohólico no advierte ninguna consecuencia. Si se despierta en medio de lo que fue capaz de realizar como consecuencia de su estado de ebriedad, será más posible que esta vivencia repercuta en una experiencia diferente, que favorece y predispone al cambio.

La variante experiencial del control de contingencias es la **reevaluación**, que consiste en una reflexión acerca de los resultados que se ha obtenido a partir de un determinado modo de comportamiento. Luego de sucesivos fracasos, un estudiante inevitablemente deberá concluir que algo está fallando en su manera de estudiar, lo que, dependiendo de la atribución realizada (si el problema es propio o es externo) podrá redundar en un cambio positivo de su modo de prepararse para el examen.

El cambio: mirada para una propuesta

Resulta digno de ser destacado el esfuerzo realizado por Prochaska y Norcross de construir puentes entre los distintos modelos de terapia más practicados en los Estados Unidos. Este esfuerzo, que no tiene precedentes en la historia de la salud mental, nos permite ahora focalizar nuestra mirada sobre los modelos sistémicos más practicados en nuestro medio.

En nuestra experiencia profesional hemos vivido la dificultad de discriminar nuestro accionar con la propuesta de los distintos autores. Pero en la clínica eso no era importante o significativo. Fue recién al intentar transcribir con precisión las mencionadas clasificaciones (en el capítulo anterior) que se hizo patente la intersección que existe entre las diferentes propuestas de tantos autores que se han manejado con su propio criterio –como dice el refrán: *cada maestrillo con su librillo*–. Nuestro propósito no es elaborar un nuevo sistema que los comprenda a todos, sino, por un lado, facilitar el aprendizaje de los modelos y sus intervenciones; y por el otro, fomentar una postura integrativa, amplia y desprejuiciada de fanatismo, de manera que cada *maestrillo* pueda consultar la biblioteca entera, además de su *librillo*.

En relación con esta búsqueda, deseamos destacar algo particularmente importante: no nos ha resultado posible mantener el respeto por cada una de

las clasificaciones de maniobras realizadas por los diferentes autores sistémicos, nuestros queridos parientes. Sistemáticamente nos hemos encontrado con que, cuando intentamos unificar clasificaciones de distintos autores, de diferentes maneras de pensar, hemos llegado a la conclusión que no hay intervenciones exclusivas, privativas y/o caracterizadoras de un solo modelo. En muchas ocasiones hemos constatado que una intervención es denominada de diferentes maneras. Al mismo tiempo, es justificada de diferentes formas. Lo que se mantiene siempre es la búsqueda del cambio con el menor sufrimiento de los consultantes y en el menor tiempo posible. Una *prescripción de un síntoma*, por ejemplo, es considerada una *directiva* en tanto se trata de una verbalización de un terapeuta. Se trata de una *directiva paradójica*, ya que se le propone al consultante que mantenga por ahora una conducta (el síntoma) que aquél desea cambiar. Pero la misma maniobra, en su intención de modificar el marco conceptual o las soluciones intentadas, es a la vez una *redefinición*. Aun más: en la medida en que implicará acciones para el periodo entre sesiones (por ejemplo “manténgase deprimido y observe la conducta de los otros”) es a su vez una *tarea*.

Por otra parte, y volviendo al concepto de *proceso de cambio*, la Teoría General de los Sistemas nos ha enseñado que propiciar un cambio no significa que conozcamos cuál es el proceso y cuál será el resultado, por lo que una misma propuesta puede generar diferentes resultados en distintos subsistemas, a la vez que propuestas diferentes pueden generar resultados similares. Los pioneros del pensamiento sistémico no sistematizaron los procesos porque privilegiaban los resultados. Esto es claro si recordamos el concepto de *caja negra* tal como lo plantean Watzlawick, Beavin y Jackson en su clásica obra *Teoría de la comunicación humana* (1981). El interés de estos autores estaba en el *input* y el *output* y no en los procesos desconocidos, hipotetizados que tienen lugar dentro del organismo. Desde un punto de vista terapéutico, los clínicos de formación sistémica han pensado que lo que importa es llegar a *Roma*, y no tanto *los caminos conducen a ella*, con lo que se cumple una vez más el viejo adagio.

Nuestra intención en este capítulo es describir, lo que implica necesariamente aumentar la complejidad. Veremos que una misma intervención puede ser asimilada a dos procesos de cambio diferentes. La asignación de una o más maniobras a un proceso de cambio ha sido arbitraria porque ha respondido

a nuestra propia elección; lo que no significa que aquellas no citadas hayan perdido su valor.

Al mismo tiempo, y aunque pueda resultar paradójico, es nuestro objetivo aportar una mirada que permita *simplificar, desmitificando* las acciones terapéuticas “mágicas”, ya que las mismas se enseñan, se aprenden, se practican, se incorporan y pasan a ser “propias de nuestro repertorio”. Por otro lado, buscamos clarificar terminologías herméticas y generar un lenguaje común y compartido por los terapeutas de diferentes modelos. En muchas oportunidades, se alcanza estos objetivos después de años de ejercicio y experiencia; en otros casos esto no se logra nunca. Nuestro deseo es facilitar el aprendizaje de los noveles terapeutas; sabemos que no podemos suplir la experiencia que necesariamente deberán hacer, pero deseáramos que iniciaran su camino con un equipaje básico y probado que les facilite mejores aprendizajes.

Procesos de cambio y relaciones posibles con las maniobras de terapia sistémica: nuestro aporte

Teniendo en cuenta estas consideraciones previas, avanzaremos con nuestro propio aporte, construido sobre el trabajo genial de Prochaska y Norcross.

Para empezar, debemos decir que es fundamental establecer que las intervenciones de los terapeutas, en cualquier modelo están condicionadas al manejo de los tiempos del terapeuta y de los consultantes. Una, dos, tres o más personas, con distintos grados de motivación y, en el polo opuesto, resistencia. En una sesión de terapia familiar, por ejemplo, cada una de las personas que participan puede presentar diferencias. La madre se encuentra sumamente preocupada por el problema de su hijo menor, al mismo tiempo que el padre minimiza las señales de alarma de su esposa y no le otorga el mismo significado a las conductas que a ella le preocupan, considerando que la madre es muy “exigente”, al mismo tiempo que ésta refiere de su marido que es muy “permisivo”. La hija mayor refiere que su hermano “ha aprendido a manejar las diferencias entre sus padres aprovechando la mejor oportunidad”. El joven, por su parte, refiere que no tiene “ningún problema”. Tenemos en-

tonces cuatro personas que piensan cuatro cosas diferentes, con distinto grado de motivación hacia objetivos diferentes.

Todas estas variables, por parte de los consultantes, representan una dificultad para el terapeuta, quien en un tiempo acotado, y de manera **simultánea**, debe observar, comprender y verbalizar (cuando corresponda hacer explícitas las observaciones) organizando una respuesta que sea aceptable para todas las personas. Este proceso es el que hemos llamado co-construcción del problema, que implicará directivas y redefiniciones que harán a su tiempo posible construir las metas y posteriormente algunas soluciones (*cf.* Capítulo 13). Ante las diferencias que surgen entre los participantes y los distintos momentos, el terapeuta debe reciclar este proceso para mantener el consenso, la motivación y su maniobrabilidad.

Esta multiplicidad de tareas puede compararse con el trabajo de personas que, por la naturaleza de su puesto, deben estar atentos a muchos estímulos que despiertan múltiples acciones diferentes de manera simultánea. El chofer de un ómnibus urbano, por ejemplo, conduce el vehículo, controla los pasajeros que bajan, los pasajeros que ascienden, la circulación de vehículos y peatones, etc. Como dice S. Minuchin en su capítulo sobre la espontaneidad⁴⁸⁴, la técnica se aprende, se incorpora y se olvida, transformándose en algo automático, como las distintas acciones implicadas en caminar, leer, escribir, conducir un vehículo, etc.

Teniendo en cuenta esta complejidad en el trabajo del terapeuta, y lo importante que resulta para nosotros considerar los aprendizajes necesarios para la formación de éste y el proceso que implican esos aprendizajes, hemos pensado que el modelo de *procesos de cambio* es el mejor mapa para recorrer el territorio.

Creemos que mientras más consciente sea un terapeuta de estos procesos, en mejores condiciones estará para abordar los problemas del consultante de una manera efectiva y eficiente, a la vez que reducirá las probabilidades de incurrir en errores por:

- Intentar forzar un cambio en el comportamiento antes de que la persona haya logrado un *aumento de conciencia* que posibilite el mismo.

484 Salvador Minuchin y Charly Fishman. Técnicas de terapia familiar

- Apresurarse, forzando un cambio en el comportamiento antes de que la motivación lo sustente y consolide mediante una *elección* terapéutica no consensuada con el consultante.
- No intervenir con la intensidad necesaria, apelando oportunamente a la *catarsis*.
- Buscar que la persona cambie su modo de concebir el problema y/o las conductas que lo sostienen sin haber considerado los *estímulos condicionados* generados por el contexto que conforman un circuito mantenedor del síntoma.
- Desatender el *control de contingencias*, por el cual los síntomas se mantienen debido a las consecuencias de conductas inadecuadas definidas como soluciones posibles, o bien por falta de conductas adecuadas, en un circuito cuyo resultado o consecuencia es precisamente lo que se pretendía evitar.

Como veíamos, los autores del modelo transteórico identificaron cinco procesos de cambio básicos. Hablan, además de dos grandes tipos de psicoterapias, según el predominio de la acción o la reflexión en las sesiones y en el espacio entre las mismas: las verbales, por ejemplo el psicoanálisis, las terapias existenciales, que activan predominantemente los procesos de cambio *aumento de conciencia, catarsis y elección*; y las de acción (las terapias cognitivo conductuales, las sistémicas), que privilegian los procesos antes mencionados como *estímulos condicionados* y *control de contingencias*. En términos generales consideramos válida esta aseveración. No obstante, y a diferencia de Prochaska y Norcross (op. cit.), nuestra experiencia nos lleva a creer que las terapias sistémicas se afirman en *todos* los procesos de cambio citados. En el apartado 2 de este capítulo, al describir cada uno de los procesos de cambio, hemos utilizado ejemplos de intervenciones sistémicas con las que intentamos ilustrar y/o mostrar lo pertinente de esta afirmación. A continuación ampliaremos nuestros fundamentos, con aportes de nuestra propia cosecha.

Partiremos de la idea de que los procesos de cambio pueden ser (a) facilitados o (b) activados. Si hablamos de facilitar, el concepto de *maniobras generales* es el que mejor se ajusta, en nuestra práctica, para tal fin. En cuanto a la activación directa de un proceso de cambio, habiendo preparado el camino

con las maniobras generales, las *maniobras específicas* son las indicadas. Veremos a continuación las maniobras sistémicas vinculadas a los procesos de cambio

Aumento de conciencia

Después de la etapa social y cuando los consultantes nos refieren aquello que los preocupa o aflige, nuestra predisposición a conocer más y mejor de estos temas implica que necesaria e inevitablemente nuestro interlocutor “aumente” la conciencia de los acontecimientos que lo perturban. Las maniobras generales de comienzo (*cf.* Capítulo 14) representan tanto para el terapeuta como para el consultante la ampliación de un momento en el cuál se profundiza la conciencia del problema. Al mismo tiempo que la maniobra de “*adquirir y mantener la credibilidad, la confianza y la maniobrabilidad*” (*ibid.*), común a todos los modelos terapéuticos sistémicos, facilitará para quienes interactúan en este mismo proceso de cambio.

Veamos un ejemplo. Una familia integrada por los padres (48 y 44 años) y tres hijos, dos varones y una mujer, de 21, 18 y 14 años respectivamente. La hija presenta problemas en la escuela en cuanto a la adaptación. La familia ha llegado a la provincia este verano; el hijo mayor, estudiante universitario, ya residía en ella desde hace tres años. El varón de 18 vino este año a estudiar y la joven, que había comenzado 9º año, ha debido dejar a sus compañeras en el último año de cursado. Para ella, el desarraigo y la pérdida son evidentes. La madre, preocupada, solicita la consulta. Sólo ella y su hija se encuentran preocupadas por esta situación. El papá y los hermanos no parecen estarlo. La joven de 14 ha explicado innumerable cantidad de veces lo que para ella ha representado este traslado. Para su papá, en un nuevo y promisorio trabajo; para sus hermanos, ya en la Universidad, el cambio ha sido muy positivo. Sin embargo, la joven registra sólo pérdidas. En la entrevista nos concentramos en que la niña apreciara y valorara que el terapeuta le daba significativa importancia al proceso que ella atravesaba en tanto y en cuanto la reconocía como la persona que más había perdido en el cambio: por su edad, por que no terminaría el colegio con quienes lo había iniciado, porque no haría el viaje de egresados con ellas, porque en su nueva provincia no tiene amigas.

Todas estas situaciones que su padre y sus hermanos ni siquiera consideran. Su mamá, que la escucha, no le transmite que la comprende. El terapeuta, en clara sintonía con la preocupación de la joven, intenta por todos los medios demostrarle que ella tiene claros motivos para sentirse deprimida, angustiada, enojada y con pocos deseos de vivir en un lugar tan hostil para ella. Con sus preguntas, el terapeuta muestra interés por la situación que atraviesa, y acompaña estas acciones con un tono de voz acorde a la situación: bajo, calmo, respetuoso, casi solemne. Su postura corporal acompaña sus expresiones, inclinado hacia adelante, con los codos apoyados en los muslos, y su mirada conectada a la de la joven, asintiendo con la cabeza, compartiendo el dolor del relato ante las pérdidas. El resto de la familia pareciera que por primera vez escucha con especial atención el dolido relato de la menor de la familia, con lo cual se modela en los familiares una conducta de respeto por el dolor ante la pérdida y una sensación en la joven de que su situación se considera diferente. Hasta ahora se la ha escuchado, se han expresado verbalizaciones en la línea que favorecieran el sentirse comprendida. Veremos ahora cómo terapeutas sistémicos de los distintos modelos desarrollados en este libro podrían implementar acciones específicas que activen el cambio mediante un aumento de conciencia en distintos miembros de la familia.

Un **terapeuta estratégico** que considera que la migración de la familia da como resultado una crisis por sucesos inesperados, debería legitimar la pérdida de la joven como la más difícil de sobrellevar, enfatizando que lo normal es expresar su malestar, agregando que, si no es confirmada en su dolor, posiblemente aumentará el problema de adaptación a su nuevo ambiente. Las directivas, las redefiniciones, las tareas, estarán orientadas a legitimar el dolor y, de acuerdo a la resistencia percibida en los miembros, algunas de éstas propuestas pueden ser paradójales. Por ejemplo, a los hermanos, que parecen indiferentes a los cambios sufridos por su hermana, y que se burlan de ella frecuentemente, el terapeuta podría decirles que lo sigan haciendo, como la mejor manera de que ella nunca se recupere, dándole tarea a su mamá, que la tiene que cuidar permanentemente, mientras ellos quedan libres.

Un **terapeuta estructural**, en la misma situación, recibiría a todos los miembros de la familia y trabajaría para hacerles saber y sentir que juntos van a arribar al cambio deseado, creando un clima en el que todos compartan las sensaciones de que el cambio es posible (coparticipación, *cf.* capítulo 18). Sus intervenciones estarían luego vinculadas básicamente a dar un *feedback*

que permita a los consultantes comprender que se mantiene la misma estructura, siendo necesarias el cambio en la misma. Ésta, aparentemente ha permitido una alianza entre madre e hija al mismo tiempo que los demás miembros de la familia permanecen distantes, las fronteras se han vuelto rígidas, etc. El terapeuta verbalizaría esto y podría cuestionar luego aspectos de la estructura familiar (por ejemplo, la alianza madre-hija), y/o de la realidad familiar.

Un terapeuta **centrado en soluciones** podría emplear la *pregunta del milagro* con la joven y quizás también con la madre, o bien a todos los que concurren a la consulta. Buscará así focalizar en las metas, en las soluciones y en las excepciones, mediante preguntas referidas a estos puntos, utilizando un lenguaje presuposicional (ejemplo, “qué vas a notar...”, dando por seguro que ocurrirán las cosas), orientado al futuro y a acciones concretas y observables.

Un terapeuta **narrativo** escuchará el relato de la chica y tratará de identificar los actores, los guiones y escenarios en juego. Su primera intervención será *bautizar* el problema, que en este caso lo llamará probablemente “desarraigo”, verbalizando que implica una pérdida y, al mismo tiempo, un proceso de adaptación, dejando en claro que se trata de un *problema*, no de una *enfermedad*. El *feedback* que proporciona el terapeuta será verbalizado en un lenguaje externalizador que permitirá a los consultantes comprender que se trata de una situación habitual cuando se producen mudanzas y cambios que traen aparejados pérdidas (el contexto conocido) y ganancias (mantener la unidad de la familia). De esta manera considera los aspectos políticos y sociales del problema formulado, y a continuación, realizando *preguntas de influencia relativa*, procurará la *deconstrucción*, en busca de excepciones que muestren el camino hacia una salida, es decir la posibilidad de un cambio.

Catarsis

En la *Terapia Estratégica* las acciones del terapeuta tendientes a activar este proceso de cambio comprenden, por un lado, aquellas iniciadas con la 5ª maniobra general antes desarrollada (en la medida en que el consultante se siente comprendido y contenido, se facilitará su catarsis); por el otro, y de manera complementaria, el terapeuta **utilizará las pautas presentes**. Al respecto consi-

deramos la sistematización que hizo Jeffrey Zeigg de las maniobras de Milton Erickson (capítulo 15, cuadro 5), y en ese sentido podremos utilizar el lenguaje del paciente, las creencias, los intereses y motivaciones, el o los síntomas, la conducta, la resistencia, etc. siempre en orden a lograr una mayor y mejor activación emocional. En el caso que venimos desarrollando, nuestras verbalizaciones serán más parecidas a las de la joven, que es quien sostiene la queja, considerando, por ejemplo, sus creencias (“sos la que más perdiste en este cambio, por eso el proceso es diferente”).

Un *terapeuta estructural*, a partir de la coparticipación –maniobra por la cuál se integra él mismo a la familia–, podrá utilizar esta alianza entre madre e hija, por ejemplo pidiendo a la hija que exprese a su mamá todas las quejas y/o dificultades que se le han presentado con este traslado. Al mismo tiempo, la madre puede ser un portavoz de su hija en el diálogo con su esposo. Con estas y otras maniobras propias del **logro de intensidad** (Capítulo 18), el terapeuta posibilita a la familia la comprensión de las emociones experimentadas por la menor de los miembros ante el desarraigo.

Por su parte, un *terapeuta centrado en soluciones*, una vez conocido el **indicio** por el que la familia consultó –sin profundizar en la historia del problema, trabajando fundamentalmente en la circunstancia actual–, haría foco en las metas bien definidas y en las excepciones al problema, privilegiando las soluciones posibles y las emociones esperanzadoras asociadas a éstas, por sobre el problema y las emociones paralizantes vinculadas al no cambio. Probablemente, en relación a otros terapeutas sistémicos, no propiciará la descarga de emociones negativas, considerando esencialmente las positivas y facilitadoras del cambio. En nuestro ejemplo el terapeuta se concentrará en las ventajas de la mudanza por sobre las desventajas, siempre y cuando haya legitimado convenientemente lo que este traslado ha implicado para la paciente.

Para un terapeuta *narrativo* la catarsis podría ser considerada equivalente a lo que Michael White llamaba inicialmente **descripción saturada del problema**, y que actualmente denomina **descripción rala o enrarecida**, con la idea de mostrar la ausencia de ciertos elementos que el terapeuta debería buscar. En el ejemplo que venimos desarrollando, debería escuchar todo lo que la paciente tiene para decir en relación a la pérdida y el desarraigo, dando el lugar y la

posibilidad de que sólo después de sentirse “inundada” por las vivencias de la pérdida, podrá escribir un presente diferente.

Elección

Algunos aspectos generales a tener en cuenta, previo al desarrollo de este proceso de cambio: en las terapias sistémicas el terapeuta nunca avanza por un camino que los consultantes no acepten recorrer. Ocurre algo similar con la hipnosis –cuya influencia sobre las terapias sistémicas y en particular la Terapia Estratégica hemos desarrollado en el capítulo 13–: nadie puede obligar a un paciente que no desea ser hipnotizado a entrar en trance. Desde nuestra perspectiva, tampoco el terapeuta debería acusar a un paciente de presentar resistencia cuando éste rechaza su propuesta. Esta consideración es importante realizarla porque si bien se trata de una terapia que se reconoce manifiestamente directiva, no obliga, coacciona ni responsabiliza al consultante por aquello que no está dispuesto a hacer. La elección siempre es responsabilidad del consultante.

En la *Terapia Estratégica* el terapeuta se puede concentrar para que la consultante del ejemplo que venimos tratando elija la calidad de vida que quiere realizar en el nuevo destino de su padre en lugar de elegir sólo manifestar su desaprobación ante el cambio para ella, obligado. Ella no elige venir a esta ciudad, pero sí puede elegir cómo va a vivir en ella.

En la *Terapia Estructural* nuestro trabajo se centrará en la preocupación que la familia trae a la consulta. La misma podrá ser tomada como tal pero el terapeuta va a intentar cuestionar el síntoma, la estructura o la realidad familiar. En cualquiera de estas opciones, la familia deberá elegir entre diferentes alternativas. En nuestro caso de marras la familia podría aceptar la no aceptación o conformidad de la hija adolescente como queja razonable ante la pérdida. El terapeuta podría preguntar “¿qué van a hacer?” en relación al traslado. Los padres expresarán que ellos también están obligados a esta mudanza; que comprenden a su hija, pero que es una elección que está más allá de sus posibilidades, ya que intentan mantener la estabilidad de la familia para seguir ofreciendo oportunidades de vida y académicas a sus hijos, que

entienden que es bueno para la familia pero no tan bueno para su hija. ¿Qué pueden hacer estos padres frente a la imposibilidad de modificar la realidad? Pueden comprender a su hija, acompañarla en el proceso, y mostrar que para ellos también significa una pérdida y una adaptación. Esta intervención puede ser sustentada por técnicas que han fomentado procesos de cambio anteriores, como la escenificación y/o el logro de intensidad (que cuestionan el síntoma) y las técnicas de fijación de fronteras y desequilibrio de jerarquías (cuestionamiento de la estructura), que relacionaremos con otros procesos de cambio.

El terapeuta *centrado en soluciones* no pone especial énfasis en la elección. Al trabajar con mucha intensidad sobre las soluciones posibles que se encuentran ubicadas en el futuro (y en el presente como excepciones), el consultante no se ve forzado a elegir. Simplemente se concentra en las metas (que deben estar bien definidas, tal como desarrollamos en el capítulo 15) y a partir de allí se comporta de manera diferente. El terapeuta se centraría en conocer cómo hará la joven y el resto de la familia para alcanzar las metas, sin forzar un pronunciamiento o decisiones explícitas al respecto.

En la *terapia narrativa*, la elección es el paso que realiza el consultante en el cuál debe **asumir una postura**, es decir conocidas las excepciones en las cuáles ha podido operar diferente y con éxito, ahora deberá mantenerse en y con ellas o continuar como antes. En el caso de la joven desarraigada, el terapeuta le podría proponer una decisión en alguna de las dos opciones que tiene: vivir “como entonces pero en este lugar”, lamentándose por ejemplo por la falta de cotidianidad con sus amistades, porque no puede llevar adelante salidas conjuntas, o bien “empezar a vivir de una nueva manera”, donde sin perder los afectos de su lugar de origen, podrá darle la oportunidad a nuevas relaciones.

Estímulos condicionados y control de contingencias

Dadas las dificultades mencionadas en el apartado anterior respecto de distinguir categorías diferentes, hemos unificado el desarrollo de estos dos procesos de cambio. Un pequeño ejemplo, encarado desde una perspectiva estratégica, nos ilustrará la estrecha relación de ambos procesos.

En líneas generales, el proceso de cambio llamado *estímulos condicionados*, es asimilable al concepto de *circuito intrapsíquico*, al menos en lo referido al *contracondicionamiento*; mientras que el control de contingencias, en su vertiente interpersonal, se vincula con el concepto de *circuito interpersonal*. Una persona registra una secuencia de eventos posibles: un pensamiento remite a otro, o a una emoción o a un comportamiento (circuito intrapsíquico). Imaginemos que se trata de un adolescente al que cuando está por salir de su casa, su madre le pregunta si lleva los documentos y las llaves. Al salir, anticipando esa pregunta, siempre revisa sus bolsillos para cerciorarse de que los lleva. Pero podría suceder también que si este joven sale de su casa en un momento en que no se encuentra su madre, olvide llevar llaves y documento. En la medida que la madre se ocupa de ese control, el adolescente no tiene necesidad de hacerlo. Es decir: el comportamiento de revisar si lleva estos objetos no es mantenido por las *contingencias* desde el ambiente (manejo de contingencias, interpersonal). Por otra parte, si la madre, cumpliendo una directiva del terapeuta, deja de lado su intento de supervisar constantemente lo que lleva o no su hijo, yéndose por ejemplo de su casa antes de que él salga, fomenta que el adolescente olvide algunas veces llaves y documento, con lo que podría, por una parte, tener un problema (quedarse afuera de su casa), que implique una consecuencia negativa (manejo de contingencias, interpersonal); a la vez, podría darse en el joven un proceso de reevaluación de su propia conducta (intrapsíquico), generando comportamientos más autónomos, por ejemplo revisar cada vez que sale si lleva o no las llaves y el documento.

Volviendo al ejemplo que hemos desarrollado en este capítulo, un *terapeuta estratégico* identifica el circuito intrapsíquico de la consultante, que es la única hija mujer, menor de tres hermanos, con siete y cuatro años de diferencia respecto de sus hermanos. A partir de su experiencia, y dada la gran preocupación que muestran los padres, el terapeuta puede inferir que el lugar que ocupa la joven en la familia es importante, y su sufrimiento ante la pérdida y la desadaptación es relevante para la familia. El circuito intrapsíquico de esta joven, acostumbrada a que satisfagan sus deseos —y a veces **caprichos**—, podría ser descrito como el registro de una necesidad y la expectativa asociada (por condicionamiento) de que la misma sea satisfecha. La no satisfacción en el circuito interpersonal (**control de contingencias**) mantendrá la queja expresada en el síntoma. El terapeuta podría alentar a los padres a mantener su postura, ofreciendo como argumento que los padres “son selecciona-

dores de problemas que los hijos son capaces de resolver”. La hija quedaría entonces a cargo de resolver su propio problema de inserción social.

Un *terapeuta estructural* partiría de su conocimiento de la estructura familiar (conjunto de demandas funcionales, reglas). La misma puede ser conceptualizada como una sucesión predecible de estímulos y respuestas que en un momento fueron condicionadas. Cada vez que la joven ha solicitado algo de su interés, sus padres han tratado de concedérselo. En esta ocasión, el reclamo o la solicitud no resultan posibles por razones de fuerza mayor. En la necesidad de aumentar su queja o reclamo la joven exacerba el síntoma. La intervención podría orientarse a que el reclamo se extinga ante la convicción y firmeza de la decisión de sus padres. En el tiempo, la joven se ha integrado cada día más a nivel social, encontrando refuerzo para otras conductas. Si los padres mantienen su convicción y firmeza en la propuesta terapéutica, la queja disminuirá hasta hacerse innecesaria, instalándose una nueva y funcional regla. Como vemos, aunque las técnicas son diferentes, estas intervenciones apuntan a los mismos resultados que las del terapeuta estratégico.

Desde la *terapia centrada en soluciones*, el terapeuta podría utilizar la técnica de “hacer algo diferente” (capítulo 16), poniendo en juego la creatividad y la originalidad de los consultantes. Con ello, al conseguir una respuesta positiva, generaría un círculo virtuoso que ayudaría a la joven y su familia a cambiar su problema. Que la joven recupere un proyecto suspendido, como por ejemplo cantar en un coro, le permitiría conocer un grupo de jóvenes, además de sus compañeros de colegio, ampliando la red social en la que podrá insertarse.

Un terapeuta *narrativo* podrá activar el proceso **estímulos condicionados**, contracondicionando respuestas a partir de nuevos significados. Palabras vinculadas a la estabilidad, lo conocido, las amigas de toda la vida, etc., podrían dar lugar a nuevos significados asociados a lo desconocido, a la aventura del conocer, al desafío, al abandono de la comodidad, a la búsqueda de nuevos límites, etc., en una construcción conjunta con la joven y su familia. Por otra parte, aquella podría realizar una **reevaluación** de su situación actual, de los resultados obtenidos, en el marco de una narrativa que implique una gestión más interna al decir de C. Sluzki (capítulo 20), en el sentido de asumir una posición de *protagonista* y activa sobre su futuro.

Capítulo 23:
Hablando de las cosas que nos unen.
Caminos hacia la convergencia entre las
terapias cognitivo conductuales
y las terapias existenciales
(hablando con los primos lejanos)

Jorge Fernández Moya
Federico G. Richard
Laura Asid
Rodrigo García

En el capítulo anterior relacionamos los cuatro modelos desarrollados en este libro con la propuesta general que formulan Prochaska y Norcross en su libro *Sistemas de psicoterapia* acerca de los procesos de cambio en los modelos practicados por más del uno por ciento de los profesionales dedicados a la salud mental en los Estados Unidos.

En este capítulo desarrollaremos algunos caminos que nos llevan a la convergencia entre las terapias cognitivo conductuales, existenciales y sistémicas. Para ello invitamos a dos *primos*, la Lic. María Laura Asid, de la *familia existencial*, y al Lic. Rodrigo García, de la *familia cognitivo conductual*. Ellos respondieron amablemente una serie de preguntas que nosotros, los primos de la *familia sistémica*, hemos formulado previamente, teniendo en cuenta lo desarrollado hasta ahora. Hemos pensado en ellos por dos condiciones o características. Por una parte, han sido alumnos de la cátedra de Tratamientos psicológicos del plan 1986 de la Facultad de Psicología de la U.D.A.; conocen, por lo tanto, los fundamentos básicos de la terapia sistémica. Por otra parte, trabajan en docencia y en la clínica desde estos modelos que nos re-

sultan tan familiares. Las respuestas de estos colegas representan un recorte de su propia visión, producto de su experiencia profesional, e implican en sí una *integración* personal. Es posible, por tanto, que el lector informado encuentre diferencias entre la integración realizada por nuestros colegas y tal o cual desarrollo teórico específico.

Nuestro propósito o intención es confirmar que todos los terapeutas de todos los modelos, en nuestro afán por ayudar a quienes nos consultan, intervenimos de múltiples maneras; aunque algunas maniobras son diferentes y distintas de los distintos enfoques.

La integración en psicoterapia ha sido abordada de muchas maneras. En su clásico *Handbook of Psychotherapy Integration*, M. Goldfried y J. Norcross plantean tres vías posibles para la integración. Una de ellas es el enfoque llamado *de factores comunes*, que Prochaska y Norcross (2000) desarrollan en la parte inicial de la obra ya citada. Aquí el interés está puesto en encontrar aquellos factores que, independientemente de la postura teórica y técnica, son *comunes* a todos los sistemas de psicoterapia. La relación terapéutica, el efecto de las expectativas positivas y el denominado efecto *Hawthorne* (es decir: la influencia terapéutica de la atención por parte de un profesional) constituyen los principales factores comunes de la psicoterapia.

Otro camino a la integración pasa por construir nuevos modelos integrativos, como el propio modelo transteórico de Prochaska, que hemos desarrollado al comienzo del capítulo anterior.

Finalmente, un tercer camino es el *eclecticismo técnico* o esfuerzo por utilizar la investigación de resultados en psicoterapia en la toma de decisiones clínicas, independientemente de su relación con los modelos teóricos que les dieron origen. En el capítulo 12 *La evaluación (diagnóstico) en la terapia sistémica*, citábamos a Eduardo Figueroa,⁴⁸⁵ quien expresa una de las premisas de este camino: "...qué procedimiento terapéutico usar, con qué tipo de paciente, ante qué sintomatología, en qué contexto, por qué tipo de terapeuta".

El presente capítulo se encuentra más cerca de este último esfuerzo que de las dos primeras vías de integración. Si en el capítulo anterior utilizamos la noción *integrativa* de *procesos de cambio*, en tanto que concepto de un nivel

485 Figueroa Eduardo. Revista Sistemas Familiares. Año 13 Nro 2. Julio 1997. Buenos Aires.

intermedio de abstracción entre los modelos y las técnicas, acá nos centramos en estas últimas.

Lo primero que quisimos saber de nuestros colegas fue cuáles son los datos necesarios antes de la entrevista. Les preguntamos entonces qué información básica necesita un terapeuta, desde sus modelos, para trabajar cuando es consultado.

Datos son necesarios antes de una primera entrevista: ¿Qué información básica necesita la para trabajar con una persona que lo consulta?

Terapia existencial

Antes de la primera entrevista se tiene en cuenta, en caso de que la entrevista se pedida por una persona adulta si ella misma realiza el pedido o si un tercero lo realiza por ella. En caso de que la entrevista sea para un niño o adolescente, se tiene en cuenta si la solicitan los padres ó uno de ellos, si hay acuerdo entre los padres para realizar la consulta, si es por decisión de ellos o por derivación de alguna institución (por ejemplo: escuela, juzgado) u otro profesional (médico de familia, pediatra, fonoaudiólogo, psicopedagogo, trabajador social, etc.). Cuando la respuesta de los padres es que solicitan la consulta por sugerencia o pedido de un tercero se considera si ellos están de acuerdo o no, en qué acuerdan y en qué no, y cuál es el motivo de los padres para realizar la consulta. Se indaga cuál es la vía por la cual accedieron a la consulta y si tienen conocimiento sobre los lineamientos de la psicoterapia existencial.

Terapia cognitivo conductual

Desde el modelo cognitivo conductual se entiende que el proceso terapéutico es un proceso decisional. Tal proceso necesita acciones que sigan una coherencia lógica. El primer paso entonces consiste en recabar información acerca de:

- el problema en cuestión: áreas problemáticas y síndromes y síntomas
- algunas características personales:
 - las expectativas de la persona: qué cree que puede esperar al consultar
 - la motivación: si se encuentra motivada al cambio
- algunos datos de contexto y circunstancias:
 - estresores: desafíos que parecen estar fuera del área de manejo de la persona
 - recursos de la persona frente a esos estresores

A partir de esta información, se comienza a construir una especie de árbol de toma de decisiones acerca de: a quienes citar, recursos terapéuticos y posibles planes de tratamiento, en función de datos de investigación y de la experiencia de cada terapeuta. De hecho, la primer decisión que se toma es si comenzar el tratamiento o no, en función de la disponibilidad de datos que orienten sobre algún esquema de técnicas en particular, y sobre el manejo que el terapeuta posea de la técnica de opción frente a esa problemática.

Considerando estos datos, podemos comenzar a estimar la posibilidad de: tomar el caso, derivar, informar sobre alternativas, y recurrir a supervisión.

De los datos solicitados durante un llamado telefónico: ¿cuáles son los más relevantes?

Terapia existencial

De los datos solicitados durante la llamada se tiene en cuenta: quién realiza el llamado y para quién, el contexto en el cual se realiza la misma: horario en el cual se realiza, disponibilidad de horarios para asistir a la entrevista, urgencia, motivo de consulta, características del síntoma, así como las consideraciones de la respuesta anterior.

Terapia cognitivo conductual

En esta instancia suele ser importante recabar información acerca de:

- Cómo tomó contacto con el terapeuta al que llama.
- Destinatario potencial de la terapia (desde el punto de vista del que llama).
- Experiencia en procesos terapéuticos previos.
- Nivel de urgencia.
- Relaciones sociales relevantes involucradas en la solicitud de terapia.
- Disponibilidad de horario y recursos para afrontar la terapia, para considerar la posibilidad de derivar.

¿A quién o quiénes se cita en la primera entrevista?

Terapia existencial

En el caso de un adulto se cita al paciente. Si es un tema de pareja se cita a los dos miembros de la misma. En caso de niños y púberes se cita primero a los padres y luego al o los hijos. Para el diagnóstico se tiene en cuenta la información y conocimiento que tienen los padres acerca del hijo por el cual consultan, motivo de consulta de los padres (se considera en qué acuerdan, en qué difieren, qué les preocupa) y su relación o no con el motivo de consulta del niño o púber. En la entrevista con el niño o púber se indaga si ellos conocen por qué están ahí, qué le han explicado sus padres, qué piensan y sienten ellos, en qué les gustaría a ellos recibir orientación. En caso de adolescentes, se citan junto a sus padres a la primera entrevista.

Terapia cognitivo conductual

Esta decisión está guiada por la información que hemos obtenido antes respecto del problema, las características personales y las circunstancias actuales.

Si el problema involucra a niños, adolescentes, adultos con limitaciones cognitivas o funcionales: usualmente en las primeras entrevistas se cita a los padres o adultos a cargo, ya que se entiende que no se puede hacer responsable del cambio a un paciente que no se encuentra en una etapa evolutiva que permita la autonomía necesaria para involucrarse en un proceso de aprendizaje.

Si el problema involucra cuestiones de pareja: se cita a la misma, ya que se entiende que el objetivo final involucra esfuerzos conjuntos, y porque además la presencia de la pareja permite observar sus patrones interpersonales de comunicación, que al reflejar los circuitos intrapersonales⁴⁸⁶, permitirán estimar

486 Lo que en el capítulo 12 hemos llamado circuito intrapsíquico o autorreferencial.

la necesidad de realizar entrevistas individuales para hacer foco en problemáticas individuales.

Para el abordaje de problemas de ansiedad en adultos: la primera opción es citar al paciente con el problema. Aunque puede ocurrir que sea el terapeuta el que concurra al domicilio del paciente (ej. algún paciente con trastorno obsesivo compulsivo de una severidad tal que no salga de su casa, o un paciente con agorafobia).

Para el abordaje de trastornos depresivos: se cita a la persona con el problema, con el objetivo de comenzar a evaluar sus expectativas y motivación. Si la persona con síntomas depresivos no busca la terapia, sino que el contacto con el terapeuta lo realiza algún familiar, es a él a quien se cita, para evaluar la situación en profundidad y para regular sus expectativas, informarlo y eventualmente darle alternativas de acción (internación por urgencias, disponibilidad de instituciones de apoyo, etc.).

Para el abordaje de problemas de control de impulsos en adultos, suele citarse a la persona más motivada a comenzar un proceso de cambio. Esta persona puede ser el mismo paciente, cuya motivación se deriva del efecto negativo que observa en su contexto a partir de sus comportamientos, o puede ser un vínculo cercano (generalmente manifestando indicadores de algún otro desorden emocional, como depresión o ansiedad). En este último caso, obviamente el foco del tratamiento se dirige al abordaje de los problemas emocionales de quien concurre, y a la evaluación de alternativas de acción frente a la disfunción vincular.

Qué incluye el diagnóstico

Terapia existencial

Teniendo en cuenta la propuesta del Dr. Alfried Längle:⁴⁸⁷ diagnosticar incluye: “...considerar la frecuencia de aparición, la estructura y las especificaciones individuales del síntoma. Dar una orientación para el tratamiento”.

El Diagnóstico se utiliza:

- Al inicio de la psicoterapia, *Diagnóstico Inicial*. (alrededor de tres entrevistas)
- Durante el proceso de tratamiento, *Diagnóstico Procesal*.
- Y como un reflejo de la evolución al final del tratamiento analítico-existencial, *Diagnóstico Concluyente*.

La **finalidad** de un diagnóstico es conectar la experiencia (o fenómeno) de trastorno o problema del paciente con la teoría analítico-existencial de forma tal que posibilite un tratamiento apropiado que esté en sintonía con el paciente, el fenómeno y la ética psicoterapéutica.

El **propósito** del diagnóstico es:

- Evaluar el fenómeno respecto a la severidad del trastorno (necesidad del tratamiento) en su etiología y conexiones con otras áreas relevantes: compromiso somático, entorno social y existencial.
- El diagnóstico también se emplea para evaluar el fenómeno en términos de su prognosis (expectativas del tratamiento, obstáculos y peligros durante éste) y para coordinar estos elementos con métodos que optimicen el tratamiento (comunicación con otros especialistas).

487 Längle, Alfried “El proceso de diagnosticar en el Análisis Existencial” Viena, 2005.

El diagnóstico se construye con

- La Anamnesis.
- Tests.
- Método Fenomenológico.

Como diagnóstico fenomenológico, el diagnóstico analítico-existencial comienza en primer lugar con lo que realmente motiva al paciente y focaliza su atención en las capacidades existenciales y necesidades de éste, las cuales se establecen a través de la clarificación de los prerrequisitos para una existencia integral (*motivaciones fundamentales*) y la habilidad de encontrarse consigo mismo y el mundo (*método de AEP*). Esto arroja más luces sobre el poder dinámico del paciente y sus capacidades de procesar desde su patología predominante.

Proceso de diagnóstico analítico-existencial

- El proceso de diagnóstico revela seis pasos distinguibles a través de los cuales los síntomas y problemas son investigados objetivamente e incluyendo la experiencia subjetiva que los pacientes tienen.
- El orden de los estadios de diagnóstico es flexible.
- El proceso de diagnóstico ocurre durante el transcurso de varias sesiones de terapia y continúa a través del tratamiento.
- Para alcanzar un diagnóstico integral, se deben examinar todas las áreas del ciclo de diagnóstico por lo menos una vez.

La meta del diagnóstico existencial es revelar al menos lo siguiente

- Si una terapia analítico-existencial es necesaria o se necesita otra ayuda;

- Qué acercamiento terapéutico es útil y cuándo aplicarlo;
- Recursos personales y ambientales (*Mitwelt* y *Umwelt*) que sean relevantes para la terapia.
- Qué problemas y qué peligros se deben tomar en cuenta para el paciente, el terapeuta y el trabajo terapéutico.
- La extensión y el alcance del tratamiento.
- La categorización de los síntomas de acuerdo al sistema diagnóstico internacional. (DSM IV-CIE 10)

El diagnóstico analítico existencial sigue dos esquemas

- El metodológico (metódica): arroja luces en la comprensión de la psicopatología, antropología y en la comprensión existencial del trastorno.
- El esquema de diagnóstico común, que atraviesa varias escuelas de pensamiento.

Diagnóstico teoréticamente extrínseco

- Luego del diagnóstico analítico-existencial inicial se realiza un diagnóstico según el esquema diagnóstico que establecen diferentes comisiones internacionales (DSM-CIE).
- Facilita y mejora la comunicación con representantes de otras disciplinas.

En términos prácticos el diagnóstico es un proceso en el cual hay una transición fluida de un paso al otro.

Ciclo del diagnóstico analítico-existencial

1º Concepción tridimensional del ser humano

- Esta concepción ofrece una mirada integral del ser humano, preliminar para determinar si el énfasis central del trastorno radica en: la dimensión somática y/o la dimensión psíquica y/o la dimensión existencial-noética.
- Clarifica si se deberían utilizar otros métodos (por ejemplo interconsultas con otras disciplinas) adicionales a la psicoterapia analítico-existencial.

2º Situación existencial

- El intercambio dialógico entre el individuo y su situación.
- La apertura dialógica generalmente se puede perturbar en tres niveles: en el input, en el proceso y en el output.
- Si hay bloqueos en cualquiera de esos tres niveles, un individuo puede llegar a estar existencialmente empobrecido.
- Estos bloqueos son tierra fértil para la génesis de patologías.
- El diagnóstico acerca de la habilidad del paciente para relacionarse y encontrarse puede constatar desde su forma de lidiar con diferentes situaciones vitales.
- La relación terapéutica espeja las habilidades relacionales del paciente.
- El grado de perturbación de la situación existencial del paciente ofrece elementos para comprender la severidad del trastorno (psicológico) del mismo.

3º Psicopatología y psicopatogénesis

- Después de haber comprendido la situación del paciente, el paso siguiente del diagnóstico es aclarar el sufrimiento específico de éste y sus conexiones causales.
- Este paso involucra un diagnóstico de la motivación del paciente por la terapia e incluye la comprensión subjetiva del paciente de su enfermedad, trastorno o dificultad.
- Se tienen en cuenta las actitudes que los pacientes sostienen hacia su problema así como sus expectativas hacia la psicoterapia.
- Se realizan las evaluaciones psicológicas respecto a los elementos específicos del trastorno y sus causas.

En este paso la evaluación necesita:

- Un acercamiento fenomenológico.
- El conocimiento de la psicopatología a fin de encontrar las explicaciones del trastorno basadas en la anamnesis.

4º Recursos personales: ¿qué puede hacer el paciente?

- Se observan las habilidades propias del paciente para resolver o mejorar su condición.
- Esta fase es preparatoria para la terapia analítico-existencial.
- En algunos casos es útil o incluso necesaria una anamnesis externa (niños y adolescentes).
- El método del AEP (variables procesales personales) y las *motivaciones fundamentales* son los recursos para determinar los recursos personales del paciente.
- Este modelo permite determinar una exploración sistemática de las condiciones fundamentales de la existencia, a fin de revelar cuáles condiciones están bien desarrolladas y cuáles bloqueadas.

5° ¿Qué necesita el paciente?

- Estrechamente relacionado con el paso anterior.
- Se evalúan las inminentes necesidades requeridas para mejorar la situación vital del paciente.
- Este paso conduce a establecer un plan terapéutico basado en una integración de la información reunida en los pasos previos.
- Evaluación pronóstica.

6° Auto-evaluación del terapeuta

- El terapeuta necesita evaluar sus propias:
 - Competencias,
 - Motivaciones,
 - Sentido personal de responsabilidad,
 - Sentido y propósito de la terapia.
 - Es importante la evaluación de la personalidad del terapeuta, para proteger al paciente y asegurar un progreso eficiente en la terapia, como así también el cuidado de la salud del terapeuta.

Terapia cognitivo conductual

Una vez que se han recabado los datos acerca del problema, características personales y circunstancias actuales, se comienzan a considerar las siguientes cinco dimensiones:

- Nivel de severidad o deterioro funcional.
- Estilo de afrontamiento.
- Complejidad.
- Nivel de malestar o distrés.

- Nivel de reactancia.

A partir de esta información, determinar:

- La intensidad: la frecuencia de las sesiones y la duración probable de las sesiones y del tratamiento.
- El contexto de tratamiento, que incluye:
 - El setting: restrictivo (internación crónica, aguda u hospital de día), o no restrictivo (en el consultorio, en el domicilio de la persona, o una combinación)
 - El modo: terapia psicológica, terapia psicofarmacológica o una combinación de ambas
 - El formato:

Si es modo psicosocial: formato individual, formato familiar o formato grupal

Si es modo farmacológico: formato ansiolítico, formato antidepresivo, formato antipsicótico o formato antimaníaco.

El tipo de intervenciones que han demostrado ser más eficaces. Un esquema útil y actual es en este sentido el siguiente:

Técnicas basadas en la información	
Tipo de problema	Técnicas de opción
Control de la conducta disruptiva de los hijos. Enuresis. Problemas en la relación sexual. Sobrepeso.	Biblioterapia. Información. Orientación.

Técnicas dirigidas al aumento y/o disminución de conductas	
Tipo de problema	Técnicas de opción
Conductas de aseo. Lenguaje. Fundamentalmente, en síndrome de Down.	Moldeamiento.

Conductas que el sujeto no sabe realizar, pero las conoce (el problema consiste en el desconocimiento de la secuencia lógica que s necesita para llegar a la conducta).	Encadenamiento.
Para aumentar o disminuir conductas. Amplio campo de intervención: implantación de hábitos de estudio, conductas disruptivas, inhabilidad social, problemas de pareja, de relación sexual, sobrepeso, etc.	Control estimular.
Problemas en la alimentación. Falta de hábitos de eliminación. Conductas disruptivas. Bajo rendimiento escolar.	Economía de fichas.
Amplia variedad de conductas problemáticas: problemas de lenguaje, conductas disruptivas y agresivas, abuso de tabaco, obesidad, tics faciales, postura física inadecuada, absentismo laboral.	Coste de respuesta.
Conductas disruptivas y agresivas en instituciones públicas: hospitales psiquiátricos, ámbitos escolares, etc.	Tiempo fuera de todo reforzamiento.
Tartamudeo. Tics nerviosos. Tabaquismo.	Práctica masiva (o negativa).
Eliminación de conductas de aproximación que son desadaptativas. Alcoholismo. Obesidad. Conductas delictivas (robo, violación). Desviaciones de la conducta sexual.	Sensibilización encubierta.

Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad	
Tipo de problema	Técnicas de opción
Dificultades para enfrentar una situación y/o estímulo que produce una ansiedad incapacitante (problemas de tipo fóbico). Problemas que surgen de forma esporádica (ej. Fobia a volar o a los truenos), y/o cuando los estímulos ansiógenos no están presentes en el momento de aplicar el tratamiento.	Desensibilización sistemática.
Fobias. Trastornos obsesivo compulsivos.	Inundación.

<p>Problemas de miedos en niños (a la oscuridad a animales, etc.), especialmente en fobias y rituales compulsivos. En ocasiones se combina con el modelado (ej. En niños autistas).</p> <p>Fobia escolar (en combinación con la economía de fichas).</p> <p>Adultos con retraso mental (en combinación con el modelado, para tratar el miedo a participar en actividades sociales).</p> <p>Fobias en general, particularmente en la agorafobia y el miedo a volar.</p> <p>Ante pensamientos negativos inhibitorios (ej. <i>no puedo hacerlo</i>) que interfieren conductas de afrontamiento a una situación temida, que por tanto hacen aconsejable el uso de pasos de aproximación más autorrefuerzo).</p>	<p>Exposición auto-controlada en vivo (aproximaciones sucesivas).</p>
<p>Problemas obsesivo compulsivos, donde los rituales que ejecuta el sujeto van dirigidos a reducir la ansiedad.</p>	<p>Prevención de respuesta.</p>
<p>Conductas- problema caracterizadas por una ansiedad recurrente, donde las cogniciones centradas en las consecuencias de las reacciones de temor (por ejemplo, pérdida de control) juegan un papel predominante en el mantenimiento de la conducta.</p> <p>Hipersensibilidad socio-evaluativa negativa, con una visión poco realista respecto de las opiniones de los demás, propensión hacia la baja autoestima y pobre autoconcepto.</p> <p>Casos en que los sujetos hacen enormes esfuerzos por superar su problema y este hecho va asociado a una ansiedad considerable sobre las consecuencias de la conducta-problema.</p> <p>Problemas donde la ansiedad recurrente (miedo al miedo) juega un papel predominante.</p> <p>Problemas de insomnio, agorafobia, miedo a hablar en público, obsesiones y disfunciones sexuales.</p>	<p>Intención paradójica.</p>

<p>Técnicas dirigidas a la autorregulación de la conducta y al afrontamiento del estrés</p>	
<p>Tipo de problema</p>	<p>Técnicas de opción</p>

<p>Tratamiento y prevención de conductas para las cuales son positivas sus consecuencias inmediatas y aversivas las demoradas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de alimentación (obesidad y bulimia especialmente). - Conductas adictivas (tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías). <ul style="list-style-type: none"> - Desviaciones sexuales (parafilias) - Deficientes hábitos de estudio. <p>Niños con trastornos de hiperactividad que presentan deficiencias de atención.</p> <p>Depresión (se ha utilizado en depresión infantil, población geriátrica y pacientes alcohólicos).</p> <p>Excesiva dependencia interpersonal (en combinación con el entrenamiento en solución de problemas y los métodos socráticos, con el objetivo de fortalecer la autoimagen y promover la autonomía).</p> <p>Como complemento de técnicas dirigidas a la reducción de ansiedad (para aumentar el autocontrol del sujeto para realizar las tareas de exposición).</p> <p>Facilitación en el sujeto de un papel más autodirectivo (para prevenir recaídas y mantener resultados de otros procedimientos terapéuticos).</p>	<p>Programa de autocontrol.</p>
<p>Deficiencias en la oposición y/o aceptación asertiva.</p> <p>Deficiencias en habilidades específicas: conversacionales, de concertación de citas, para entrevistas de trabajo, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> Depresión unipolar no psicótica. Problemas de autoestima. Pacientes psiquiátricos. <p>Niños con retraso en el desarrollo y aprendizaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> Grupos de jóvenes encarcelados. Clientes físicamente discapacitados. <p>Para reducir el estrés asociado al papel social que desarrolla la persona.</p> <p>Junto a la psicoeducación familiar y una aproximación cognitiva para los síntomas psicóticos, se utiliza con pacientes esquizofrénicos y con trastornos esquizoafectivos.</p> <p>Abuso de alcohol y drogas, principalmente con adolescentes.</p> <p>Fobia social, cuando las deficiencias en habilidades sociales se constituyen en un factor elicitor de la ansiedad.</p> <p>Problemas sexuales.</p>	<p>Paquete de técnicas para el entrenamiento de las habilidades sociales.</p>

<p>Poblaciones sometidas frecuentemente a situaciones estresantes (generalmente en el ámbito organizacional).</p> <p>Trastornos por estrés postraumático (siempre que el episodio traumático no resulte reciente).</p> <p>Problemas clínicos : ataques de pánico, ansiedad social, fobias diversas, manejo de respuestas de cólera y agresividad.</p> <p>Problemas de afrontamiento a situaciones cotidianas que no pueden evitarse: interacciones familiares, situaciones económicas de cierta precariedad, sobrecarga de trabajo.</p> <p>Problemas de salud: Manejo del dolor en estados pre o post operatorios, pacientes sometidos a tratamientos médicos de larga duración.</p>	<p>Entrenamiento en inoculación de estrés.</p>
--	--

Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas y el control de las cogniciones	
Tipo de problema	Técnicas de opción
<p>Clientes cuyas reacciones depresivas se relacionan directamente con el afrontamiento inadecuado de las situaciones problemáticas.</p> <p>Experiencias de crisis relacionadas con la toma de decisiones.</p> <p>Niños con conductas hiperactivas y agresivas.</p> <p>Control de la ira en adolescentes.</p> <p>Problemas de pareja y familiares.</p> <p>Prevención y manejo efectivo del estrés.</p> <p>Para el tratamiento de la esquizofrenia (junto con el entrenamiento en diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal y habilidades sociales).</p> <p>Para enseñar y evaluar las habilidades de razonamiento en médicos y psicólogos en situaciones clínicas simuladas.</p> <p>Para establecer acuerdos en ambientes interdisciplinarios.</p> <p>Como estrategia para prevenir posibles problemas en aquellos sujetos con una marcada falta de autocontrol, en los que la situación problemática no esté aún presente, pero se prevea su ocurrencia.</p>	<p>Entrenamiento en solución de problemas.</p>

<p>Para disminuir pensamientos perturbadores persistentes. Para reducir la ansiedad generada principalmente por pensamientos anticipatorios (fobias generadas por estímulos internos). Tratamiento de las obsesiones, en particular para la interrupción de las rumiaciones obsesivas (junto a la inundación y a la prevención de respuesta). Para reducir imágenes recurrentes generadoras de malestar que se producen tras haber sufrido experiencias traumáticas. Disfunciones sexuales relacionadas con la violación (junto al ensayo conductual y a la desensibilización sistemática). Perturbaciones del sueño (junto al entrenamiento en relajación muscular profunda, entrenamiento autógeno y meditación). Tratamiento de la migraña (se la utiliza como estrategia de afrontamiento junto a técnicas de reestructuración cognitiva, relajación progresiva, ensayo conductual, entrenamiento en asertividad y solución de problemas). Reducción de la conducta de fumar. Desviaciones sexuales.</p>	<p>Detención del pensamiento.</p>
--	-----------------------------------

Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones	
Tipo de problema	Técnicas de opción
<p>Problemas de autoestima. Dependencia emocional asociada a las deficiencias de asertividad. Dolor crónico. Ansiedad excesiva mediada por factores cognitivos (fundamentalmente, procesamiento selectivo de estímulos amenazantes). Aceptación de incapacidades y modificación de patrones de pensamiento distorsionado que caracterizan a los sujetos con enfermedades orgánicas. Los principios de la TC se han adaptado para el tratamiento de los síntomas psicóticos. Prevención de la depresión en formato grupal.</p>	<p>Terapia cognitiva (de Beck). Terapia de esquemas.</p>
<p>Dificultades en la conducta asertiva. Problemas de ansiedad situacional. Problemas de ansiedad <i>del ego</i> (asociada a la depresión). Disfunciones sexuales.</p>	<p>Terapia Racional Emotivo Conductual (de A. Ellis).</p>

¿Desde la terapia que practica y enseña, cuáles son los principios que considera más relevantes y distintivos?

Terapia existencial

Según el Dr. Alfried Längle:

El Análisis Existencial busca promover en la persona el desarrollo de su libertad y responsabilidad en sus acciones como algo central en su vida, se promueve el poder tomar posiciones personales auténticas ante las distintas situaciones de vida y no moverse únicamente en un plano reactivo (re-acciones). Por lo tanto, se intenta movilizar los potenciales decisivos de la persona (Jaspers), basados en una emocionalidad activa (Scheler) y en un intercambio por medio del diálogo (Buber) con los sucesos o factores situacionales (internos/externos) (Frankl). Su aproximación es fenomenológica, lo cual significa abierta a cualquier cosa que moviliza al paciente y con lo que le toca tratar. Este proceso se lleva a cabo mayormente a lo largo de la búsqueda y aclaración de las emociones que acompañan a las experiencias, porque ellas son las bases de cualquier realización de la libertad por medio de la toma de decisiones. El Análisis Existencial Personal trabaja a nivel de la experiencia subjetiva y de las emociones activadas, las cuales incluyen percepciones, evaluaciones, actitudes, decisiones y posibles acciones hacia la situación.⁴⁸⁸

Terapia cognitivo conductual

El principio que considero mas relevante del modelo es la consideración del bienestar como un estado que puede ser facilitado o inhibido a partir de modos aprendidos de funcionar, tanto en un nivel comportamental e interpersonal, como en un nivel cognitivo y emocional.

488 Längle, Alfried “Aplicación práctica del Análisis Existencial Personal (AEP), una conversación terapéutica para encontrarse a uno mismo”, Viena, 1993 Existenzanalyse 10.

En este sentido se puede decir que el foco del modelo está puesto en el estudio de los principios que regulan que una persona aprenda a funcionar de un modo saludable o satisfactorio, o de un modo desadaptado o sufriente. La persona, desde este enfoque, “aprende a enfermarse”, y desde la terapia se intenta promover otros aprendizajes.

La diferenciación interna que convendría hacer, se refiere a los niveles de funcionamiento que el enfoque conductual y el cognitivo ha resaltado respectivamente. Respecto del enfoque comportamental, un texto de Jonson (1946) bien puede considerarse como precursor de lo que mas adelante se llamaría “evaluación conductual” y que muestra claramente su inspiración:

...lo que el psiquiatra tiene que hacer es lograr que la persona le diga no lo que es, o lo que tiene, sino lo que hace y las condiciones bajo las cuales lo hace. Cuando deja de hablar acerca de qué tipo de persona es, cuáles son sus características sobresalientes, y qué tipo de enfermedad tiene, cuando deja de formular estos juicios de sujeto y predicado y comienza a hablar en términos de actividad para describir la conducta y sus circunstancias, tanto ella (la persona que consulta) como el psiquiatra comienzan a ver lo que se podría hacer específicamente para cambiar a la vez la conducta y las circunstancias...⁴⁸⁹

Con el tiempo, sin embargo, y sin duda debido en gran parte a los desarrollos y complicaciones que trajo consigo esa expansión, el concepto de evaluación conductual se fue diluyendo. Algunos autores plantean que la evaluación conductual no parece poseer una columna vertebral, sino una serie de características y que, más que poseer límites precisos, se reconoce por una cierta perspectiva a la hora de enfrentar determinados problemas (Mash, 1979). Este reconocimiento es la tónica dominante en los autores hasta la actualidad.

Desde el enfoque cognitivo, por otro lado, se ha puesto tradicionalmente énfasis (aunque con diferencias entre los modelos) en el papel predominante de los aspectos cognitivos y mediacionales en el bienestar o malestar de las personas. Es decir, sin negar la influencia sistémica que existe entre aspectos fisiológicos, comportamentales, cognitivos, interpersonales y emocionales, la pregunta no es ¿qué cosa causa qué cosa?, sino ¿cuál es la vía mas productiva para intervenir en el sistema?

489 Cita que ya realizáramos en el Capítulo de Diagnóstico en la página 395.

Y la respuesta ha hecho foco principalmente en los modos en que las personas piensan acerca de sus circunstancias, y el resultado de ese proceso. En este sentido, al menos originalmente, se ha tomado como referencia la postura filosófica que afirma “no es el que te pega el que te insulta, sino tu opinión de que pegar es insultante” (frase atribuida a los Estoicos). Actualmente el modelo ha ido incorporando algunos desarrollos constructivistas, y parte de los modelos cognitivos de la actualidad entienden que lo principal es el rol activo y constructivo de la cognición, y no la calidad de los procesos mediacionales en sí (por ejemplo, el modelo Cognitivo Postracionalista, de Vittorio Guidano, o el modelo Constructivo de M. Mahoney)

Usted conoce de terapias sistémicas: ¿en qué se parecen las herramientas de su propio modelo a las de las terapias sistémicas?

Terapia existencial

Personalmente considero que hay coincidencias con las siguientes maniobras generales de comienzo:

- Reflejar y responder con empatía explícita a lo que el paciente o los consultantes plantean como queja, con el propósito de descubrir, aprender y hacer propio el lenguaje del paciente incluyendo modos, creencias y valores.
- Determinar las variables que hacen a un encuadre óptimo para cada consultante.
- Al comenzar la primera entrevista se deben considerar la certeza de los datos obtenidos en la pre-entrevista, detectar quién o quiénes son los que sufren el problema, quiénes se hacen cargo de las soluciones.
- El cambio es posible para el consultante si en su proceso se incluye su epistemología respecto al problema y solución que propone

éste, de manera que se sienta constructor o protagonista de todo el proceso.

Terapia cognitivo conductual

Si pensamos desde la óptica del manejo de contingencias, algunas maniobras están orientadas a modificar la conducta de una persona a partir de las consecuencias que genera. Modificando las consecuencias, la conducta se modifica.

En la práctica, entonces, existen casos (especialmente en problemas de pareja) donde las intervenciones conductuales presentan muchas similitudes con intervenciones sistémicas. Por ejemplo, cuando dos o más personas en una relación comparten control sobre las consecuencias que cada uno desea. Las parejas comparten el control sobre muchas de las consecuencias interpersonales que cada uno querría de la relación. La forma más común del control mutuo de las contingencias, es lo que se llama *contratación*.

Para realizar un contrato, cada persona en la relación debe especificar las consecuencias que querría que se incrementen. Así, cada uno puede comenzar a negociar lo que le gustaría, a cambio de dar consecuencias que el compañero desea. Un terapeuta trabajó con cuatro parejas matrimoniales que se encontraban en la corte para divorciarse. Las parejas compartían la queja bastante común de que la esposa quería conversaciones más íntimas, mientras que el marido quería más relaciones sexuales. Entonces las parejas trabajaron en sus contratos, en donde el esposo ganaría una ficha de póquer por cada cuarto de hora de conversación activa en la que se involucrara con su esposa. Una vez que hubiera ganado ocho fichas las podría intercambiar por un encuentro sexual. Obviamente, la cantidad de conversaciones se incrementó drásticamente. Al mismo tiempo, las esposas fueron mucho más responsivas para con hacer el amor. Algunas esposas incluso actuaban sus fantasías de cobrar por sexo, y los maridos trataban de negociar una rebaja a cinco o seis fichas cuando no tenían las suficientes. Mientras algunas personas pueden encontrar estas formas de contrataciones artificiales y poco románticas, las parejas en realidad disfrutaron de sus conversaciones y su sexualidad más que nunca, y las cuatro decidieron no divorciarse. Lo que mucha gente tiende

a ver como poco agradable es que la contratación hace explícita la teoría del *intercambio conductual* en las relaciones interpersonales, que sostiene que interactuamos para intercambiar refuerzos. Mientras exista un intercambio justo de refuerzos, las personas continuarán probablemente en una relación y se sentirán relativamente satisfecha con la misma.

Si nos enfocamos en modelos cognitivos, además, podemos identificar otras similitudes

Desde la TREC

- Su orientación activa y directiva
- Su perspectiva psicoeducativa, en el sentido de considerar que el logro de mayores niveles de bienestar requiere ciertos aprendizajes que el terapeuta promueve.
- La diferenciación entre circuitos problemáticos “externos” (que busca abordar mediante resolución de problemas), y circuitos problemáticos “internos” (circuitos cognitivos que busca abordar mediante el aprendizaje de perspectivas más racionales).
- La consideración de procedimientos paradójicos orientados a debilitar y eventualmente modificar las expectativas que la persona posee respecto de su actuación en algunas circunstancias.
- La consideración del humor como modo de desarrollar nuevas perspectivas sobre los acontecimientos y ganar “distancia” sobre los problemas.
- Su mayor énfasis en los procesos que en los contenidos.
- Su mayor énfasis en el presente y el futuro que en el pasado (sin desechar los datos históricos, sino incorporándolos como información que permita comprender algunos condicionamientos específicos del paciente).
- Su diferenciación entre motivación y habilidades.

- La prescripción de tareas entre sesiones y el uso de material de lectura (biblioterapia) como recurso terapéutico.

Desde la terapia cognitiva

- Su orientación activa y directiva.
- Su perspectiva psicoeducativa, en el sentido de considerar que el logro de mayores niveles de bienestar requiere ciertos aprendizajes que el terapeuta promueve.
- La diferenciación entre circuitos problemáticos “externos” (que busca abordar mediante resolución de problemas), y circuitos problemáticos “internos” (circuitos cognitivos que busca abordar mediante el aprendizaje de perspectivas más racionales).
- La consideración de procedimientos paradójicos orientados a debilitar y eventualmente modificar las expectativas que la persona posee respecto de su actuación en algunas circunstancias.
- La consideración del humor como modo de desarrollar nuevas perspectivas sobre los acontecimientos y ganar “distancia” sobre los problemas.
- Su mayor énfasis en los procesos que en los contenidos.
- Su mayor énfasis en el presente y el futuro que en el pasado (sin desechar los datos históricos, sino incorporándolos como información que permita comprender algunos condicionamientos específicos del paciente).
- Su diferenciación entre motivación y habilidades.
- La prescripción de tareas entre sesiones y el uso de material de lectura (biblioterapia) como recurso terapéutico.

Desde la modificación cognitivo conductual

- El foco en formular en conjunto con el paciente un modelo explicativo esperanzador respecto de su problema.
- Explicitar el valor adaptativo de las respuestas de la persona frente a situaciones estresantes, y también del precio que la persona paga al continuar respondiendo de cierta manera cuando ya no es necesario.
- Reencuadrar las acciones del paciente como fuerzas adaptativas, en lugar de señales de enfermedad mental.
- El análisis de las metáforas y las descripciones narrativas que el paciente hace durante el transcurso de la terapia, con el objetivo de ayudarlo a contar su historia de una manera diferente, lo cual sería coherente con algunos principios de la perspectiva narrativa.

Desde los enfoques de resolución de problemas

De la multiplicidad de problemáticas respecto de las cuales se han publicado resultados satisfactorios con la utilización de este modelo, recientemente existe un importante desarrollo teórico que incluye la aplicación de los principios de la resolución de problemas para el entrenamiento de cuidadores.

Esto surge como un intento de contemplar las responsabilidades y las necesidades del cuidador familiar (es decir, el miembro de la familia o la persona significativa que es responsable de cuidar diariamente al individuo con una enfermedad crónica), ya que se enfrenta a dos áreas de problemas que se dan en forma simultánea:

- Los cuidadores ejercen muchos papeles paraprofesionales (terapeuta, amigo, maestro, cocinero, enfermero, chofer, etc.). Utilizando este modelo, el cuidador puede identificar con mayor precisión necesidades de capacitación, tareas que puede enseñar a realizar a la persona a su cuidado, pedir ayuda, etc.
- Los problemas derivados de las propias dificultades del cuidador en afrontar las exigencias de sus múltiples papeles (tristeza, aisla-

miento, enojo, miedo, confusión y culpa). En este sentido vemos que el abordaje es coherente con las maniobras sistémicas aplicadas a las crisis de cuidado.

Desde la terapia basada en esquemas

Si bien las dimensiones citadas corresponden a un contenido específico, la noción de Proceso de los esquemas parece vinculada a consideraciones sistémicas. Los esquemas se asocian con tres procesos: mantenimiento, evitación y compensación.

- *Mantenimiento*: el mantenimiento del esquema se manifiesta cuando el individuo mantiene pensamientos y creencias, y se comporta de tal manera, que perpetúa directamente el esquema. Por ejemplo, una mujer con un esquema de desconfianza / abuso puede casarse con un hombre que tenga aventuras amorosas continuamente. Entonces se confirman sus creencias de que la traicionarán y que no se puede confiar en la gente (profecía autocumplidora).
- *Evitación del esquema*: ocurre cuando la persona se dedica a evitar cogniciones, afectos o conductas de manera que no se active el esquema. Ejemplo: una persona con un esquema de dependencia / incompetencia que nunca emprende tareas difíciles, y mediante la evitación de situaciones desafiantes puede evitar sentirse incompetente, aunque siga soñando con grandes logros (síndrome de utopía).
- *Compensación del esquema*: se da cuando el individuo compensa en exceso por un esquema temprano, en consecuencia no se experimenta el afecto desagradable asociado con el esquema. Por ejemplo, una mujer influida por un esquema de imperfección / vergüenza puede fanfarronear sobre sus habilidades, asumir responsabilidades ajenas, y parecer arrogante. Sistémicamente, puede cubrir en exceso necesidades de otros miembros del sistema e impedir que resuelvan cosas por sí mismos (sobreprotección), a la vez que se sobrecarga y se siente víctima.

Usted conoce las intervenciones sistémicas. ¿Cuáles o qué tipo de intervenciones utiliza usted con frecuencia y en qué se parecen? ¿Cómo las relaciona con las intervenciones que realiza?

Terapia existencial

Técnica de autobiografía

Propuesta por Elizabeth Lukas, logoterapeuta austríaca, discípula de Viktor Frankl. Es una técnica que implica una tarea para la casa y su posterior abordaje en las entrevistas. Es una técnica diagnóstica que se puede emplear en el diagnóstico inicial, diagnóstico procesal o en el concluyente. A partir de los datos obtenidos con la técnica pueden surgir temas que se trabajan terapéuticamente a través del método de Análisis Existencial Personal (Längle).

Considero que en varios aspectos las tareas que puedan indicarse desde el enfoque existencial coinciden con el enfoque sistémico. Los puntos de encuentro son: ver a la tarea como “una acción definida, explícita y concreta, que se da en un contexto definido, que se relaciona con el síntoma de manera directa o indirecta, que compromete al consultante a partir de una experiencia concreta o vivencia propia, dentro de la sesión o fuera de ella, promueve la responsabilidad del consultante en el logro de sus objetivos. “Otros puntos de encuentro sería la concepción de las tareas como “una herramienta para obtener información, conocer y aumentar la motivación, comprometer al paciente activamente”.⁴⁹⁰

490 Ídem anterior.

Intención paradójica

Propuesta por Viktor Frankl. Es una técnica terapéutica que se emplea en el tratamiento de fobias y obsesiones. En algunos casos su aplicación se asemeja a una “directiva paradójica” (cf. cap. 14) donde se busca que el consultante no lleve a cabo lo que se le sugiere o solicita, se busca que no se cumplan. En otras ocasiones su aplicación es más parecida a una “tarea paradójica” (íbid.), se elabora u ofrece al consultante para sea cumplida por lo menos por un tiempo, a fin de que el problema pueda ser resuelto.

Disreflexión o derreflexión

Propuesta por Viktor Frankl. Cuando una observación excesiva de las funciones corporales automáticas es la causa de un trastorno psíquico. Un ejemplo clásico son los trastornos psicógenos del sueño, que obedecen a una exagerada observación de la capacidad de dormirse. Cuanto más piensa que tiene que conciliar de una vez el sueño y cuanto más observa la intensidad de su cansancio, más tiempo se mantiene despierto y más lejos está del umbral del adormecimiento mecánico.

La técnica apunta a reducir la tendencia fijada a observarse, para que pueda aparecer sin trastornos el curso automático de la función. La técnica Derreflexión intenta regular terapéuticamente la atención, pues no basta no pensar en un contenido determinado, sino que es preciso dirigir la atención hacia otro contenido positivo. La disreflexión va siempre unida a una ampliación y un enriquecimiento de la orientación de sentido, salir de sí mismo es abrirse a lo que no es el propio yo. Se trata de liberar al paciente de una introspección morbosa centrando su atención en otros contenidos. Su aplicación puede semejarse al trabajo con “tareas indirectas” (íbid.), es decir “aquellas acciones que se solicitan con la esperanza de que al ser llevadas a cabo, generen a su vez el comportamiento necesario para resolver el problema. Son conductas que al ser realizadas tienden a reemplazar, desplazar y/o modificar las conductas y /o acciones que se vinculan con el síntoma”.

Terapia cognitivo conductual

Biblioterapia

Ofrecer bibliografía que oriente puntualmente sobre ciertos tipos de problemas (como se hace por ejemplo con ADDH).

Intención paradójica

Consistente en prescribir acciones que si el paciente las realiza, detiene el circuito que deriva en el síntoma, como por ejemplo “ir a una mesa de examen a fracasar”.

Inundación

Presentar un estímulo de forma masiva, buscando que pierda su valor perturbador.

Contratos conductuales

Acuerdos en los que el cambio en la conducta de alguien favorece cambios en los comportamientos de otros miembros del sistema.

Costo de respuesta

Modificar las consecuencias que siguen a determinadas conductas. Por ejemplo: se le dice a unos padres que consultan por problemas de límites en su hijo adolescente, que cierren la puerta con llave a cierta hora y luego se disculpen con su hijo por el “olvido”.

Podría decirnos cuando termina la terapia

Terapia existencial

El Análisis Existencial puede ser definido como una psicoterapia fenomenológica que busca ayudar a los pacientes a ganar una emocionalidad libre, a encontrar posiciones internas (actitudes) auténticas y alcanzar una forma responsable de expresarse y de actuar tanto con uno mismo como con los demás. El método central para este propósito se llama “Análisis Existencial Personal” (AEP). El que la persona logre vivir con consentimiento interno en su propio actuar y en un intercambio dialógico con el mundo, puede ser indicio del resultado exitoso de una psicoterapia analítico-existencial.⁴⁹¹

Terapia cognitivo conductual

Independientemente de los modelos existe bastante acuerdo respecto de considerar la terminación de la terapia a partir de algunos indicadores:

- Cuando el problema original se ha resuelto y la persona no busca definir nuevos focos de trabajo

491 Längle, Alfred “Aplicación práctica del Análisis Existencial Personal (AEP), una conversación terapéutica para encontrarse a uno mismo”, Viena, 1993 Existenzanalyse 10.

- Cuando la persona da muestras objetivas de haber adquirido ciertas habilidades vinculadas a un mejor manejo de su problema, y entonces se promueve una fase de “puesta en práctica” que puede durar varios meses, luego de los cuales se puede formalizar la terminación del proceso terapéutico, o bien recontractar objetivos terapéuticos.
- Cuando hay indicadores objetivos de que el terapeuta no promueve avances (en este caso no se termina la terapia, sino que se orienta una derivación).
- Cuando el paciente pone la responsabilidad del cambio exclusivamente en el terapeuta, y ambiciona cambiar sin realizar esfuerzos.
- Cuando habiéndose realizado seguimientos de mediano plazo (6 meses) no hay indicadores de recaída

Por otro lado, puede ocurrir que un paciente consulte por un problema diferente después de haber atravesado un proceso terapéutico. Desde un enfoque conductual, se iniciaría un proceso nuevo, ya que se entiende que la sustitución de síntomas es un mito no comprobado empíricamente.

Capítulo 24: La mística del resultado

Santiago Fernández Escobar

En la Terapia Estratégica, el terapeuta debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.

Jay Haley

Resultados en psicoterapia. ¿Por qué?

La evaluación de los resultados de alguna variable interviniente en la psicoterapia o de los propios modelos psicoterapéuticos mediante metodología empírica, parece no ser moneda corriente en nuestros días, ni haberlo sido nunca desde que esta práctica terapéutica (de vida relativamente corta) hizo su aparición allá por principios del siglo XX.

Es curioso pero cierto que, salvo algunas extraordinarias excepciones, los profesionales psicoterapeutas no se han interesado tanto en saber si tenían éxito en su labor (y qué variables lo posibilitarían), como en desarrollar teorías, epistemologías y paradigmas que explicaran y justificaran su trabajo.

Esto que planteamos es perfectamente verificable, si tenemos en cuenta la cantidad de teorías, explicaciones, hipótesis y discursos desarrollados en el seno mismo de la ciencia psicológica; en contraposición a los esfuerzos que

hemos desarrollado por conseguir una verificación empírica de los resultados que nuestras técnicas e intervenciones terapéuticas provocan, cuando interactúan en el campo terapéutico con nuestros consultantes.

También podríamos chequear la veracidad de estas afirmaciones, si notamos que la idea de *avance progresivo* o de *acumulación de conocimientos*, casi no existe por estos terrenos de la ciencia. Más bien, parece que a los terapeutas nos ha costado mucho (y nos sigue costando actualmente) *recoger la antorcha del corredor anterior*, y que por otra parte hemos preferido (y preferimos) *encender la llama propia*, más grande y luminosa que las demás.

Como consecuencia de esto, todavía no contamos con una información precisa que nos indique qué hacer y desde dónde. Eduardo Figueroa ejemplifica perfectamente el estado de la situación, cuando muestra que aún no se han producido acuerdos que permitieran saber cuál es la evidencia necesaria, indicadora de que las afirmaciones de un determinado modelo deben hacerse a un lado por demostrar ser perimidas, o simplemente falsas (Figueroa, E.; 1994).

Así hoy por hoy, este distinguido campo científico cuenta ya con varios centenares de modelos terapéuticos distintos que se debaten entre sí, por ser aquella teoría "*elegida*" que dará cuenta de los problemas, insatisfacciones, equivocaciones y patologías del ser **humano**. **Mientras**, por otra parte, ninguno ha logrado probar empíricamente que es ciertamente más efectivo que su vecino (salvando algunas honrosas excepciones referidas a problemas específicos).

Si seguimos revisando, notaremos que en la historia de la psicoterapia, los distintos modelos se han creado y se han modificado de acuerdo con diferentes objetivos. Ejemplos de esto podrían ser: "brindar una perspectiva menos reduccionista", "dar cuenta de los fenómenos intrapsíquicos", "mostrar el contexto de los problemas", "no manipular a las personas", "ser más responsable", "más interesante", "más creativo", "más holístico", "más etcétera".

Sin desmerecer todas estas cualidades, importantes o no (depende del modelo y los criterios valorativos) para una terapia, pareciera confirmarse que los resultados no son determinantes a la hora de decidirse por un modelo clínico, y que éstos cambian más para comodidad y contento de los terapeutas que los

desarrollan y practican, que por haber demostrado mediante la obtención de resultados, ser más eficientes y efectivos con la problemática del paciente.

Además, las discusiones entre los modelos existentes también se nos presentan como algo realmente difícil. Por esto que decíamos recién, de que ni siquiera hay acuerdo acerca de cuáles deberían ser aquellas evidencias que nos aporten cauces comunes de discusión.

Este “estado de las cosas” en el campo de la psicoterapia tiene también algo de paradójico. Esto es, que si bien las diferencias epistemológicas, teóricas y técnicas entre modelos son **notables**, **no** menos notables resultan las similitudes que estos modelos presentan, cuando analizamos los procesos a partir de los cuales surgen como una alternativa terapéutica, crecen, se desarrollan y declinan.

Así es como cada modelo nuevo lanzado al mercado de ofertas terapéuticas ha tenido un curso similar a los otros. “Primero un par de ideas poderosas, revolucionarias en el sentido de que abren realmente una perspectiva diferente. Después su desarrollo más o menos sistemático y la aparición entusiasta de técnicas y procedimientos para aplicarlas, junto con la convicción de que podrán resolver la mayoría de los problemas. A continuación evoluciones divergentes hacia modelos opuestos y competitivos entre sí, sin el establecimiento de parámetros que permitan dirimir si se trata de teorías distintas acerca de cuestiones de una misma clase, o simplemente de diferentes niveles de descripción. Luego, proliferación de innovaciones teóricas y técnicas, hasta que el campo se satura y pierde coherencia y unidad” (Hirsch, 1992).

Al igual de lo que ocurrió con la revolución psicoanalítica en la primer mitad del siglo, con el impresionante auge que a partir de la década del ‘50 poseyeron las terapias “conductuales” o con los modelos a los que dio origen la aplicación de la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética a la psicoterapia, las modalidades clínicas específicas que se han desprendido de mismos puntos de vista generales son disímiles, e incluso a veces, antagónicas entre sí.

Lo más confuso de la situación probablemente esté representado por el hecho de que frecuentemente ante estas diferencias entre modelos, no queda muy claro si éstas se producen porque son distintas teorías hablando de las mismas cosas, o porque teorías parecidas describen cosas distintas, o porque se trata

de niveles de abordaje diferentes. Esto contribuye a que también sea difícil acordar lo que se opina diferente.

Cambiando un poco el foco de la argumentación y volviéndolo quizá más epistemológico... No representa ninguna novedad decir que estos tiempos postmodernos nos han enseñado a tener cuidado cada vez que intentamos describir qué es lo que pasa “ahí afuera”. Hemos aprendido a ser más responsables y a hacernos cargo de aquello que decimos.

También hemos aprendido que la verdad es consenso acerca de lo que percibimos, y que la lógica aristotélica no siempre funciona. En este sentido, las teorías constructivistas han sido un aporte fundamental a la ciencia en general y a la psicoterapia en particular.

Pero por otro lado, esta nueva vuelta de tuerca a la problemática epistemológica objetividad–subjetividad (que es antiquísima) que nos brinda la postmodernidad y las teorías constructivistas, sino nos estimula a definir y consensuar un campo donde lo que digamos tenga validez, puede ser improductiva. Sobre todo si como consecuencia de las mismas, tenemos la ilusión de haber obtenido una excusa epistemológica perfecta para declarar la legitimidad de nuestras teorías, sin realizar siquiera el intento de acordar con los demás qué debe considerarse válido y “correcto” y qué no.

Creemos entonces que el paso adelante que hemos dado en el terreno de la responsabilidad al reconocer nuestra determinante participación en la construcción del conocimiento, no servirá de nada (ni sirve actualmente) si no damos un siguiente paso ético consistente en la tarea de consensuar un territorio que nos permita delimitar lo que está “bien” (simplemente porque cae dentro de este territorio) y qué es lo “equivocado” (porque cae fuera del territorio). Un dominio de experiencia común donde los “hechos” hablen por nosotros, siempre responsablemente y sin creernos que el mapa, el modelo o la teoría, es el territorio.

Y es justamente porque consideramos que el mapa no es el territorio, que creemos estar éticamente obligados a trabajar juntos para perfeccionar este mapa y actualizarlo cotidianamente.

Ahora, si no encontramos un territorio común que posibilite una discusión fructífera, nada de esto podrá ser realizado. Y la opinión general de los pro-

fesionales que practicamos el modelo descrito en este trabajo es que el mejor lugar en el cual podrán encontrarse los distintos modelos y hablar en un lenguaje común que permita acordar o disentir, es en el terreno empírico. Y esto, no porque las observaciones empíricas sean más “verdaderas” epistemológicamente que las otras, sino porque creemos que es la manera más pertinente de construir un cuerpo de conocimiento progresivo. Principalmente, porque las metodologías empíricas brindan una mayor capacidad de medición y discriminación de variables, por la mayor facilidad que poseen para definir qué constituye un “error” y las definiciones precisas de los conceptos que utilizan.

En resumen, esta propuesta se encuentra sustentada en lo esencial, por el intento de contribuir al establecimiento de bases de datos a partir de las cuales fijar criterios para la toma de decisiones clínicas, donde la tolerancia por el disenso y el respeto por otras visiones a partir de las evidencias sea la costumbre. Para esto es necesario además (aunque parezca una obviedad), la intención de sentar bases comunes para una discusión provechosa.

“Si no aceptamos que debemos continuar el camino del esfuerzo por salir del marco de lo solamente opinable, e intentar, mediante la investigación, fundar esas opiniones en evidencias suficientemente sólidas, como para que pasen a ser generalizaciones válidas, será mucho más difícil para la psicoterapia sobrevivir como profesión” (Hirsch, 1998).

Resultados en psicoterapia. ¿Para qué?

Desde este marco empírico, se han realizado las más importantes investigaciones y mediciones acerca de los resultados de la psicoterapia con los que contamos hasta hoy. Entre ellos, sorprendentemente se encuentra uno, con que para todos los tipos de terapia evaluados, los números arrojados por las mediciones de efectividad son muy similares.

Eduardo Figueroa, haciendo referencia a las investigaciones realizadas por Lambert, Shapiro y Bergin (en Garfield y Bergin, 1986), Luborsky y Singer (1975), y Smith, Glass y Miller (1980), dice que “no importa lo que diga cada una de las teorías en pugna, los resultados se repiten una y otra vez” (Figueroa, 1994). Estos resultados a los que hace referencia, hablan de un

66% de éxitos, un 28% de pacientes que no mejoran y un 6% de personas que empeoran.

Si entonces los resultados son los mismos para todos los modelos... ¿Qué es lo que posibilita un cambio favorable o desfavorable en nuestros pacientes? O mejor dicho... ¿qué tipo de intervenciones, que hace qué tipo de terapeuta, ante qué tipo de paciente, con qué tipo de problema, en qué contexto social, hacen que una persona que consulta, se ubique en uno de los grupos mencionados anteriormente? Responder esta pregunta con precisión (si fuera posible), seguramente demandará un tiempo mayor de lo que deseamos, y sólo podremos hacerlo a través de investigaciones parciales que aporten respuestas parciales y contengan solamente algunas variables que, aunque nunca totalmente, den cuenta con fundamento empírico de ese fenómeno complejo al que llamamos proceso psicoterapéutico. Por otro lado, sería terrible para cualquier modalidad psicoterapéutica, desentenderse del compromiso de responder a una pregunta como la formulada. Renunciar a esta búsqueda de verificación empírica implicaría, entre otras cosas, renunciar también a la posibilidad de establecer parámetros que permitan indicar si una cosa es mejor o peor que otra, en qué grado es mejor o peor, y para quién. Por lo tanto, no podríamos tener una hoja de ruta con el suficiente respaldo como para que pueda señalar con una cierta precisión, tanto indicaciones como contraindicaciones. Por supuesto que la posibilidad de obtener graduaciones, porcentajes o generalizaciones, nos permitiría además reconocer las excepciones, otra cosa a la que renunciaríamos si subestimamos la importancia de las investigaciones. Esto se debe a que si no somos capaces de establecer normas, el mismo concepto de excepción se desdibuja, ¿excepción con respecto a qué? Todo esto es muy importante para clarificar las expectativas que podemos tener acerca de las investigaciones empíricas en psicoterapia. En efecto somos conscientes que “de todas estas investigaciones no se desprende—ni se desprenderá en el futuro— una conclusión del tipo “*Si el paciente o la familia o el terapeuta tienen la característica A, haga B.*” Lo único que siempre se podrá concluir, es una probabilidad, y esto implica una recomendación del tipo: “*Si el paciente, la familia o el terapeuta tienen la característica A, considere la posibilidad de hacer B, porque la probabilidad de tener éxito es mayor haciendo B, que haciendo C*”. Pero considerar la posibilidad es revisar si la generalización se aplica en este caso. El terapeuta puede y debe buscar evidencias de que la generalización no se

aplica a su caso particular, pero conocer la generalización le da un marco orientador sobre por dónde empezar, y eso no es poco” (Hirsch, 1998).

En otro orden y cambiando el punto de vista, pensemos en la atención que reciben nuestros consultantes. Estamos convencidos de que corresponde a nuestra ética y competencia profesional brindar el mejor servicio que nos sea posible. Ahora, ante esto, nuevamente nos topamos con las preguntas anteriores. Si no podemos discriminar con cierto grado de precisión qué es lo mejor que podemos hacer frente a este consultante en particular y todos nuestros clientes en general, ¿cómo podremos determinar la calidad del servicio que estamos prestando? Además, la calidad de nuestro servicio psicoterapéutico se relaciona también de manera muy estrecha con el contexto laboral en el que nos toca desempeñarnos. Contexto que ha cambiado mucho en los últimos años. Es así que a partir de la tercerización de todo tipo de servicios que a nivel general, se ha producido en todo el mundo y en particular, cada vez más en la Argentina, asistimos a un fenómeno con incidencias particulares en la prestación de servicios psicoterapéuticos. Esto es, que hoy por hoy (y las estadísticas indican que este fenómeno continúa creciendo cada vez más) la mayoría de nuestros pacientes no son los que pagan en forma directa por su tratamiento psicológico o psiquiátrico. El pago se realiza a través de un tercero (obras sociales, entidades pre-pagas, el estado, etc.), por lo cual nuestros consultantes (aquellos que reciben el tratamiento) han dejado de ser, en parte, nuestros clientes (aquellos que pagan por el tratamiento). Por lo tanto la demanda que se hace de nuestro servicio, se transforma y se convierte en una demanda más compleja. Y esto simplemente porque existen más actores en el escenario.

Esta situación a muchos les puede gustar, o no. Nuestra intención no es hacer un juicio de valor acerca de los paradigmas liberales que rigen el mercado laboral. Pero sí advertir que lo peor que podríamos hacer, en perjuicio de nuestros consultantes, de la ciencia psicoterapéutica y por lo tanto, de los mismos psicoterapeutas; es no tenerlo en cuenta o creer que no existe.

De acuerdo con estos objetivos científicos y profesionales consideramos muy importante sostener la actitud previamente descripta frente a la investigación empírica. Actitud que constituye parte del paso ético que debemos dar día a día como científicos, como profesionales de la salud al servicio de nuestros

consultantes, y como trabajadores, en un contexto laboral que nos requiere cada vez más precisos y pertinentes en nuestra praxis

Resultados en psicoterapia. Síntesis

En conclusión, las investigaciones empíricas en psicoterapia nos brindan la oportunidad de acercarnos a poder determinar de qué modo, en qué grado y en cuánto tiempo, las variables que en ella intervienen posibilitan una mejoría, mantenimiento o empeoramiento, en los motivos de consulta de aquellas personas que solicitan nuestro servicio profesional. Y además nos proporcionan un “feedback” de información que nos da la chance de evaluar de mejor manera los resultados de nuestras intervenciones. Todo esto se constituye en una condición “sine qua non” para el progreso de la terapia en general, independientemente desde el modelo que esté practicada.

En este sentido coincidimos con Hirsch cuando dice: “...Para seguir progresando, un camino promisorio es mirar, más allá de los modelos, hacia qué intervenciones específicas promueven, facilitan, producen o mantienen el cambio, dentro de cada modelo. Comparar los distintos modelos, parece menos fructífero que comparar las características de los terapeutas vinculadas con los requerimientos técnicos específicos de cada modelo. Entretanto, los resultados de las investigaciones no nos dicen cuál es la verdad final, pero nos proporcionan cauces de discusión”. (Hirsch, H.; 1998).

Seguros de que esta discusión es una parte esencial del crecimiento progresivo del conocimiento psicoterapéutico, nos parece de suma importancia que los diferentes modelos puedan consensuar, mejorar y compartir el conocimiento en el terreno de lo empírico, reemplazando un poco del “fanatismo” con el que los profesionales adhieren a las teorías y modalidades, por una cierta “Mística del resultado” (Hirsch, 1992), que nos haga también un poco “fanáticos” de la evaluación de los resultados de nuestros tratamientos, técnicas e intervenciones en general. De esta manera, creemos que podremos estar más cerca de acceder a la posibilidad de construir un saber progresivo y aumentar la integración de nuestros conocimientos.

Capítulo 25: Ética y psicoterapia

Jorge Fernández Moya

La ética

“No creo que la ética sirva para zanjar ningún debate, aunque su oficio sea colaborar para iniciarlos todos”.

Fernando Savater

Sólo disponemos de cuatro principios de la moral:

El filosófico: haz el bien por el bien mismo, por respeto a la ley

El religioso: hazlo porque es la voluntad de Dios, por amor a Dios.

El humano: hazlo porque tu bienestar lo requiere, por amor propio.

El político: hazlo porque lo requiere la prosperidad de la sociedad de la que formas parte, por amor a la sociedad y por consideración a ti.

Lichtenberg, Aforismos

“Cada vez más la terapia es una intervención en un contexto que es sumamente diferente a lo que mucha gente ha sido formada para trabajar”.

Marcelo Pakman

“El hombre no siempre necesita barras para construir jaulas. Las ideas también pueden ser jaulas. Las puertas de los hospicios se fueron abriendo en la medida que los chalecos químicos se fueron haciendo más efectivos. Las puertas de nuestras mentes son más difíciles de abrir”.

Ronald Laing

Estamos ante un tema tan importante, como polémico, que debe imprescindiblemente figurar en cualquier programa en el que se pretenda enseñar los lineamientos mínimos acerca de cómo se hace algo, en este caso una propuesta para un tratamiento psicoterapéutico sistémico.

Max Rosenbaun⁴⁹², establece que: “*la ética, o el problema de la ética, consiste esencialmente en saber qué es bueno y qué es malo*”. Y agrega que, en este sentido la historia de la humanidad va de la mano de los cuestionamientos que se han hecho las personas acerca de cómo medir y reglar lo bueno y lo malo. Todas las religiones han opinado sobre el bien y el mal. También el abordaje se ha realizado en términos de cultura, de lugar y de tiempo. El mismo autor hace referencia a los filósofos griegos “*que buscaron la armonía universal en el medio ambiente y consideraron el bien y el mal como parte del universo*”. Posteriormente centraron la atención “*en la conducta del hombre, se preocuparon por los deseos de éste*”. Y cita a Demócrito quien afirmó: “Se puede distinguir al hombre, no por sus acciones únicamente, sino también por sus deseos”.

Posteriormente el estudio recayó en la razón humana. En la antigüedad, las principales figuras en el campo de la ética fueron Sócrates, Platón y Aristóteles. Max Rosebaum, hace referencia a: “Sócrates (384 322 a.C.) creía en que hay un principio básico del bien y del mal, y buscó el bien más alto para usarlo como una medida del universo”, su elección recayó en el conocimiento: “si alguien *sabe* lo que es bueno lo llevará a cabo”. Y también decía “una vida no examinada no vale la pena de ser vivida”. El mismo autor agrega “Platón amplió la preocupación socrática por el bien y el mal; señaló la inconstancia que hay en el universo y entonces destacó como única constante el aspecto racional del hombre. Consideraba que el hombre estaba gobernado por la voluntad (espiritual), los apetitos (deseos) y la razón. Pensaba que cuando el hombre vive la mejor vida posible es porque *la razón* gobierna lo espiritual y los deseos”⁴⁹³. Y agrega que Aristóteles, consideraba “que el hombre actuaba de acuerdo con un propósito, que cada uno de sus actos tenía un fin o un propósito”, y que para Aristóteles “el bien es más alto en la *auto-realización* y la mejor manera de lograrla es a través de la razón”.

Con posterioridad, Epicuro (341 270 a.C.) propuso que toda la vida humana está orientada hacia el placer, pero que el *ser racional* diferencia entre los placeres físicos de corta duración, que son destructivos, y los placeres de la mente que son en último término más satisfactorios. Los estoicos creyeron

492 Max Rosenbaun *Ética y valores en psicoterapia*.

493 *Ibidem*.

que el bien fundamental se alcanza cuando el hombre actúa en armonía con el universo. Posteriormente los griegos volvieron al pensamiento presocrático.

Con el advenimiento del Cristianismo se renueva el interés por el bien y el mal con las fuerzas de la luz y la oscuridad. Y agrega: “San Agustín (354-430) creía que Dios es bueno y que cuando el hombre le vuelve la espalda a la bondad de Dios llega el mal al mundo”. Continúa planteando M. Rosenbaum que San Agustín no dio una concepción del mal o de lo que es malo, simplemente planteó que “cuando está oscuro es porque no hay luz, pero que pronto llegará la luz”. El mismo autor señala que “Santo Tomás de Aquino (1225-1274) tomó las observaciones racionales de Aristóteles”. Y agrega haciendo referencia al planteo original que “cuando el hombre estudia u observa el propósito para el que fue creado, entiende la bondad de Dios. Esto puede lograrse por medio de la *razón*, de la *fe* y de la *intuición*”. Y continúa manifestando que en toda la teología medieval y su interés con los problemas de la ética, se hizo hincapié en la pureza de Dios y que apartarse de él debe dar malos resultados. El ejemplo más significativo son Adán y Eva y el concepto del pecado original.

Algunas religiones establecieron dioses para el bien y para el mal, lo que volvía a evadir el tema y quedaba el problema sin resolver.

Es recién a fines del siglo XVII, en que el filósofo inglés Thomas Hobbes, que “creía en la depravación innata del hombre, se interesó en el equilibrio que la gente lograba, entre sus intereses egoístas y sus intereses de orden social. Consideraba al bien y al mal en términos de su relación con el hombre; lo que le agrada a la persona es bueno, y lo que le ocasiona dolor o insatisfacción es malo. Por lo tanto no hay un bien o un mal absolutos. Todo depende del contexto en que tienen lugar las acciones o los sucesos”. (Rosenbaum, 1985)

Descartes (1596-1650) tenía un profundo sentir religioso y en su conocido interés por la razón y por las matemáticas, pensaba “que Dios era perfecto y absolutamente bueno, pero que el hombre comete errores porque Dios no le ha dado la suficiente capacidad para distinguir entre el bien y el mal. Los errores que comete son por insuficiencia de información y por lo tanto de una carencia de completa comprensión”. (Rosenbaum, 1985)

John Locke, filósofo inglés del siglo XVII, compartía la filosofía de Hobbes, además pensaba que “la experiencia determina en gran parte lo que es bueno y lo que es malo, puesto que lo bueno produce placer y lo malo dolor”. Además creía “en el aprendizaje de lo correcto y lo incorrecto a través de la enseñanza de nuestros padres de lo que es bueno y de lo que es malo. Al llegar a la edad adulta este aprendizaje estaba tan incorporado que lo creíamos innato”. “Si bien creía que era Dios el autor de leyes divinas que cuando se rompen producen una conducta pecaminosa, le interesaban mucho más las leyes civiles que determinan lo correcto y lo incorrecto. La sociedad hace las leyes, y castiga al que las viola. Esta es otra perspectiva del bien y del mal”. Según Locke, “la vida ha sido organizada de tal manera que tratamos de evitar el dolor y esperamos el placer”.

Emmanuel Kant (1724 1804) fue el filósofo más influyente del siglo XIX que se ocupó del bien y del mal, de lo correcto y lo incorrecto. Decía “*actúa del modo que deseas que todos sigan el principio de tu acción*”, de manera que la forma que uno elige para actuar y obrar fuera una ley universal o pudiera transformarse en ella.

John Stuart Mill, en sus obras, escritas a mediados del siglo XIX, trasluce lo adelantado que fue para su época, ya que se anticipó a establecer que las mujeres eran privadas de sus derechos como tales. Afirmó acerca de la confusión que se provoca cuando a lo inusitado se lo llama anormal y por el contrario, lo usual parece ser lo normal o natural.

William James y John Dewey fueron dos influyentes pensadores estadounidenses de la Escuela Pragmática, y definían “al bien y al mal como algo ligado al grupo. El bien es ese acto que sirve mejor al individuo y al grupo”. Hacen un marcado hincapié en el aspecto social de la conducta.

Las ciencias del comportamiento abordan el bien y el mal desde la teoría de la personalidad. Las tres teorías que más han influido son: el aprendizaje social, el desarrollo cognitivo y la teoría psicoanalítica.

- La *teoría del aprendizaje social* se basa en cómo aprendemos procesos complejos de conducta social. Considera que la recompensa y el castigo son fundamentales y hacen hincapié en el refuerzo externo. La persona moral es la que simplemente se ajusta a las normas culturales y ha absorbido las normas de la sociedad y de sus padres.

Skinner relaciona la justicia con las recompensas y los castigos y afirma: “el asunto de la justicia a menudo depende simplemente de la buena crianza. La cuestión es si se han usado correctamente los razonamientos”. Por lo tanto la mejor manera de estudiar la moralidad es observar las técnicas de refuerzo que se han usado, los tipos de castigo y los modelos que se usan o se han empleado.

- La *teoría de desarrollo cognoscitivo*, basada principalmente en la obra de Jean Piaget, quien llegó a la conclusión de que hay tres etapas importantes en el desarrollo del juicio moral:
- La primera etapa, llamada de *restricción moral*, corresponde a los niños menores de 7 u 8 años. En esta etapa los valores son absolutos, hay cosas correctas e incorrectas y el castigo es el resultado cuando alguien ha sido malo. Se la ha llamado *realismo moral*. El niño cree que todos ven las cosas en la forma en que él las hace, y que todos los pensamientos se perciben como si tuvieran una cualidad física.
- La segunda etapa comienza a partir de los 8 años y dura hasta los 12 años. En esta etapa, el niño es más independiente y se preocupa por la justicia del castigo.
- La tercera etapa es la más madura. Se inicia a partir de los 12 años y se la conoce como *relativismo moral*. La lealtad es hacia los pares. Se rechaza la moralidad y la incondicionalidad. Se escuchan otros puntos de vista. La incomodidad se visualiza cuando los adultos entran en contradicciones.
- La *teoría psicoanalítica* subraya que la moralidad se basa en la identificación con los padres. La conciencia es lo mismo que el *Superyo* y se desarrolla aproximadamente a los 5 ó 6 años con algunas modificaciones posteriores. El bien y el mal son las reglas paternas que absorbe el niño y su respuesta a estas reglas arbitrarias. El *Superyo* es punitivo, y el *yo* existe para traer alguna clase de razón a la conducta. El *Ello* funciona como la reserva de emociones, pasiones e impulsos libres de trabas.
- Freud afirmó: “donde esté el *Ello* estará el *yo*”. El *yo*, en la teoría psicoanalítica actual es adaptable y funciona para desequilibrar las

demandas excesivas del *superyo*. El individuo, con la maduración del yo, comienza a adquirir introspección. Está menos propenso a juzgar y más dispuesto a buscar las motivaciones detrás del comportamiento de otra persona. Las teorías de Freud sobre el yo dieron lugar a una opinión más bien pesimista, porque el yo parecía fijo. Los teóricos psicoanalíticos posteriores advirtieron que el yo podía seguir desarrollándose a través de la adolescencia y de la edad adulta con nuevas experiencias y con el contacto de figuras que tuvieran influencia sobre la persona.

Al parecer de Max Rosenbaum, en la actualidad se tiene más en cuenta la obra de Piaget y su enfoque de la cognición en un esfuerzo por integrar este enfoque con los estudios de las fuerzas emocionales inconscientes. Personalmente creemos en la *circularidad del pensamiento* y creo además en la responsabilidad individual. Como sistémico, observo y describo las interacciones, pienso en los circuitos que se autoperpetúan. No obstante, estoy seguro de que el individuo debe asumir responsablemente todos y cada uno de sus actos. El terapeuta como tal debe ser responsable de los resultados de la terapia, de las consecuencias que éstas generan en quienes lo consultan y en las personas significativas relacionadas con estos.

En este sentido resulta muy adecuado rescatar lo que Jay Haley llamó:

Criterios para una teoría de la terapia

- En primer lugar, la teoría debe *aportar una orientación* que conduzca al terapeuta a lograr un resultado satisfactorio en su terapia. El terapeuta no sólo debe evitar una teoría que lo lleve a hacer daño, sino que además, la teoría debería posibilitar la obtención de resultados mejores que los producidos si no se aplicara ninguna terapia.
- En segundo lugar, la teoría debe ser lo suficientemente *simple* como para ser comprendida por el promedio de los terapeutas.
- Una teoría simple también le permite al terapeuta conservar una visión clara de los puntos importantes, de modo de no resultar

confundidos por el/los paciente/s que son expertos en materia de complejidad.

- La teoría debe ser razonablemente abarcativa.
- No es necesario que explique todas las eventualidades que podrían surgir, pero una teoría debe guiar al terapeuta, preparándolo para la mayor parte de ellas.
- La teoría debería *guiar al terapeuta a la acción*, más que a la reflexión, para que pueda producirse el cambio. *Siempre debe sugerirle qué hacer*, ya que no se debe estimular a que quien consulta siga pensando y sintiendo sin trasladarlo a la acción.
- La teoría debería *generar esperanzas* en el terapeuta, el paciente y la familia del paciente, de manera que todos prevean la recuperación y la normalidad.
- La teoría debe *definir el fracaso* y explicar sus motivos, en caso de producirse. (Haley, 1991).

Ética, moral y responsabilidad

Jefferey Zeigg⁴⁹⁴, refiere

decirle a un paciente “Usted es un esquizofrénico paranoide” o “Usted, tiene trastorno fronterizo de la personalidad” puede ser ético de acuerdo a las costumbres profesionales, pero no creo que sea moral aplicarle a una persona para siempre un rótulo peyorativo.

Debemos diferenciar la ética de la moral. Los códigos éticos profesionales son normas prescriptas de conducta que las asociaciones profesionales establecen a fin de proteger a sus miembros. La moral, en cambio, concierne a las nociones aceptadas en una comunidad acerca de lo que constituye una conducta correcta o incorrecta. La ética profe-

494 Jeffrey Zeigg. Aplicaciones y consecuencias éticas del diagnóstico psiquiátrico. Revista Sistemas Familiares. Año 13 N 2 Julio 1997. Buenos Aires.

sional puede habilitar a que se rotule a la gente, pero poner esos rótulos es inmoral.

Ética, moral y responsabilidad son dos condiciones que nunca debe dejar de lado un terapeuta que es consultado para iniciar, continuar o acelerar un proceso de cambio, ya iniciado o por comenzar, por iniciativa del consultante o por indicación terapéutica. También para resolver, *reconducir*, una crisis a veces inevitable, como las crisis vitales o accidentales.

El concepto que se mantenía sobre la ética de la relación terapeuta paciente, lo mismo que el concepto ético de las relaciones profesionales, se ve modificado cuando en 1948 John Rosen hace la primera transcripción textual sobre una entrevista psicoterapéutica. Baste recordar que este mismo autor fue quien difundió el empleo de la cámara de Gesell, para la investigación de la relación de los esquizofrénicos y sus madres primero, y con el resto de la familia, después. Todo un transgresor para la época.

El empleo actual de material de audio, video, cámaras de Gessell, para investigación, supervisiones y docencia de la terapia, ha modificado significativamente el planteo ético. Pero será necesario recordar que el Capítulo de Evaluación o diagnóstico citábamos Hugo Hirsch quien reflexionaba:

La asistencia de problemas “psíquicos” ha pasado muy rápidamente de ser una cuestión bastante privada entre consultantes y terapeutas a ser un tema de salud pública, financiado por el estado o por entidades privadas o semipúblicas. Si la asistencia es vista socialmente como una prestación “médica, en el sentido de que es cubierta por el sistema de salud, aparece inevitablemente la pregunta de cuáles son las enfermedades curadas, mejoradas o evitadas mediante la intervención profesional. Aún más, surge la pregunta acerca de *cuál es el tratamiento más eficaz para...*

¿Eficaz para curar o mejorar qué? Se hace inevitable tener un sistema de clasificación de las perturbaciones que permita a su vez comparar las intervenciones con el fin de ver cuál de ellas es más eficaz. O sea que si queremos que nuestro trabajo sea pagado como prestación de salud, tenemos que contar con un sistema de clasificación de los problemas, enfermedades, constelaciones o como queramos llamarlos, que justifique que nuestra intervención y nos

habilite para aplicar el procedimiento más adecuado. Esto vuelve el diagnóstico inevitable.

Del mismo Capítulo recordemos a Eduardo Figueroa⁴⁹⁵, que plantea que “la pregunta clave en psicoterapia” sigue siendo. ¿Qué procedimiento terapéutico usar, con qué tipo de paciente, ante qué sintomatología, en qué contexto, por qué tipo de terapeuta?

Los derechos de los pacientes en psicoterapia

1. Toda persona tiene derecho a recibir asistencia terapéutica, y a que ésta le sea brindada dentro de las mejores condiciones posibles para la recuperación de su salud o la prevención de la enfermedad.
2. Todo paciente tiene derecho a que se respete su individualidad, sus creencias religiosas, éticas, morales y políticas sin que éstas sean consideradas en sí mismas patológicas o anormales.
3. Todo paciente tiene derecho a ser informado de que existen técnicas y otras metodologías de trabajo, distintas de las que propone el equipo tratante.
4. Todo paciente tiene derecho a que el terapeuta no se considere dueño exclusivo del conocimiento, y a que sus aportes sean estimados en paridad con los del terapeuta.
5. Todo paciente tiene derecho a que las comunicaciones entre profesionales, acerca de su problema, se realicen con el debido respeto a su dignidad.
6. Todo paciente tiene derecho a discrepar con las intervenciones de su terapeuta, sin que ello sea considerado ineludiblemente una forma de resistencia, interferencia o ataque a su dignidad.
7. Todo paciente tiene derecho a que se resguarde su intimidad, mediante el respeto del secreto profesional.

495 Figueroa, Eduardo. Revista Sistemas Familiares. Año 13 N 2 Julio 1997. Buenos Aires.

8. Todo paciente tiene derecho a que se le confirme la realidad de sus percepciones, incluyendo a aquellas que se refieren a sus terapeutas.
9. Los pacientes tienen derecho a que todas las intervenciones técnicas sean realizadas de tal modo que su autoestima no resulte dañada.
10. Todos los pacientes tienen derecho a expresarse libremente, pero también a guardar silencio en aquellos momentos en que comunicarse pudiera resultarle humillante, denigrante o peligroso.
11. Todo paciente tiene derecho a la empatía, comprensión y paciencia de su terapeuta.
12. Los pacientes tienen derecho a una mirada de su terapeuta que tenga en cuenta sus posibilidades de cambio y también sus limitaciones, que respete y considere su tiempo personal, pero que también insista en que cambie hoy, lo que hoy puede ser cambiado.
13. Los pacientes tienen derecho a un proceso diagnóstico que permita organizar adecuadamente su tratamiento, sin ser por ello etiquetados, ni limitados arbitrariamente en sus posibilidades de desarrollo.
14. Todo paciente tiene derecho a recibir información diagnóstica y pronóstica, administrada de forma tal que permita la autonomía de sus decisiones sin dañar la valoración de sí mismo.
15. Los pacientes tienen derecho a que los terapeutas aporten todos los recursos y métodos que sea necesario aplicar para la resolución o alivio de sus problemas.
16. Los pacientes y los terapeutas tienen derecho a equivocarse y a tener razón.
17. Los pacientes tienen derecho a que los terapeutas revisen los modelos y teorías que sustentan sus prácticas, a fin de descubrir si éstas los llevan ineludiblemente a vulnerar los derechos enunciados.

Esta declaración de derechos fue publicada en adhesión a la campaña que celebró el “40° aniversario de la Declaración de los Derechos Humanos en las Naciones Unidas y fue elaborada por terapeutas, pacientes y distintos trabajadores de la salud mental (Peyrú y Brusca, 1992).

Muchos son los temas sobre los cuales se puede y/o debe hacer un *planteo ético* en los procesos terapéuticos por iniciar, en proceso o finalizados con fracaso parcial o total.

No se pueden dejar de considerar los siguientes temas, sobre los que debemos reflexionar:

- Un intercambio justo para quien recibe y quien ofrece este servicio.
- El control de la información.
- El sentido de propia responsabilidad del terapeuta.
- La competencia, que lo debe llevar a sentirse en permanente capacitación.
- El correcto empleo de normas morales y legales.
- Las declaraciones públicas que realiza.
- La confidencialidad de todo cuanto maneja.
- El bienestar del que lo consulta.
- Las relaciones con otros colegas.

En los puntos 1 y 2 hemos citados a Jay Haley en su libro *Terapia para resolver problemas*. Los puntos 3 al 9 son extraídos de los “Principios éticos de los Psicólogos”, que fueron adoptados por el Consejo de Representantes de la Asociación Psicológica Norteamericana, el 24 de enero de 1981. Y esta resulta una corrección de la realizada en 1979. (Rosenbaum, 1985)

Estos principios se aplican a todos los Psicólogos, a los estudiantes de psicología y a cualquier otra persona involucrada con el trabajo de naturaleza psicológica bajo la supervisión de un psicólogo.

Intercambio justo

Como en cualquier oferta de servicio, sea un negocio o una prestación profesional, los problemas que hacen a que dicha transacción tenga para ambas partes un *intercambio y/o retribución justa*.

Debemos diferenciar y/o hacer una distinción entre el servicio ofrecido para el aprendizaje, del que se realiza como prestación en un hospital, un centro de salud, un gabinete escolar, del que se realiza en un consultorio privado, del que se puede realizar desde una unidad académica. Cuando la atención se brinda desde un Servicio Asistencial, asociado a una Cátedra, se intercambia asistencia por honorarios. Así realizan la práctica los estudiantes de odontología y los estudiantes de psicología que realizan sus prácticas de técnicas psicométricas y proyectivas haciéndole los estudios a hermanos, primos y/o amigos. Se brinda una asistencia “profesional”, pero se está en proceso de formación o entrenamiento para el ejercicio de la práctica.

En la consulta privada, el terapeuta y consultante convienen un intercambio equitativo y razonable para ambas partes. Jay Haley propone que: “*el intercambio justo es el equilibrio entre lo que recibimos y lo que damos*”. (Haley, 1980). En psicoterapia, el conflicto ético se presenta porque el terapeuta o experto es un individuo humanitario, que como profesional ayuda a quienes necesitan de él, pero al mismo tiempo gana dinero con esa ayuda; la persona que sufre, o alguien que intercede por ella, le paga para que la ayude.

Es inevitable que surja entonces esta cuestión, pues no es ético aceptar dinero sin brindar a cambio un servicio justo, apropiado. Como tampoco lo es obtener algún provecho personal, en el caso del que consulta, sin retribuir al terapeuta con una remuneración suficiente.

Al admitir que un terapeuta puede ganar más o menos dinero, para sí o para la institución en la cual trabaja según el modo en que practique la terapia, el aspecto ético queda ligado a cuestiones de técnica terapéutica.

En materia de relaciones humanas lo bueno es la equidad en las recompensas y lo malo es el intercambio injusto. Si al finalizar, el consultante o el terapeuta, ha dado más de lo que ha recibido, este desequilibrio, revela un problema ético.

En el caso de muchos terapeutas, la *oscura definición del objetivo* de la terapia y la consiguiente incertidumbre sobre si ha habido o no un intercambio justo complica las cosas. Si el objetivo de un terapeuta es resolver problemas o hacer desaparecer síntomas, y lo logra, ha cumplido su misión y ha ganado su paga.

En cambio, aquellos cuyo objetivo es ayudar a la gente a *desarrollarse*, suministrar una experiencia humana o hacer que el cliente se comprenda a sí mismo enfrentan un dilema ético más difícil, porque no están seguros de si han obtenido un éxito o no. Y en caso de creer que lo han hecho, quien consulta puede no coincidir. Incluso pueden creer que ha habido un intercambio justo y que están bien pagados, aunque al término del tratamiento todavía padezca los problemas de los que quiso curarse. Tanto la técnica, como la ideología clínica, están inextricablemente ligadas a la cuestión ética.

Haley agrega: *En años recientes se ha planteado un nuevo aspecto del intercambio justo. No obstante su naturaleza humanitaria, el área clínica es también un importante medio de control social dentro de la sociedad. Los gobiernos pagan a los terapeutas para que aquieten a ciertos sectores de la población y les impidan hacer alborotos; cuando los pobres se alteran surgen en los barrios bajos las clínicas de salud mental.*

Continúa planteando: *“El dilema ético para muchos terapeutas es que desean ayudar a los pobres, y por ende reciben con agrado los fondos del gobierno, pero no quieren que el sistema los use como instrumento para mantener la paz y evitar un cambio social básico. Cada terapeuta debe decidir si el cliente pobre, que recibe terapia obtiene un trueque justo por el dinero que está suministrando el gobierno”*. Cuando no está de acuerdo con el control social que se quiere ejercer, o con la paga por dicho trabajo, lo que el terapeuta debe hacer es dar un paso al costado y no generarse un problema ético por no cumplir con la tarea para la cual se comprometió o hacerlo mal con la excusa de que su sueldo no es suficiente.

El mismo autor prosigue destacando un aspecto muy importante, *“existe un problema similar cuando los terapeutas actúan como agentes de control social”* en relación con personas definidas como psicóticas y que causan desórdenes, aunque no en grado suficiente como para que la ley permita su encarcelamiento. Cuando una persona es puesta bajo control porque su conducta es desordenada, éste y quien tiene a su cargo custodiarlo y aquietarlo ¿reciben un trato equivalentemente justo?

La diferencia entre terapia y control social depende de quién es el beneficiario de los procedimientos.

Control de la información

Representa otro gran tema, cada vez más complejo. Es conocido que nuestra profesión basa su trabajo en la información generalmente confidencial, reservada, por lo personal, que nos aportan los pacientes y/o consultantes. En los últimos cincuenta años, la inclusión de un equipo terapéutico, del trabajo en una cámara con espejo de visión unidireccional, de filmaciones, de grabaciones hace a mayor número de participantes y más difícil el mantener el control de referencia.

Harry Aponte y Joan Winter establecen que *en la práctica clínica la excelencia terapéutica se enraíza tanto en los aspectos técnicos del tratamiento como en los personales. La investigación de la fuerza catalizadora de la terapia y de como afecta a la persona del terapeuta y su utilización del yo, supone varias implicancias durante el entrenamiento. El modelo de entrenamiento clínico, focalizado en la persona del terapeuta, se basa en el supuesto de que un terapeuta es más efectivo cuando se utiliza a sí mismo, para lograr la evolución mutua, tanto de su cliente como la propia.* (Montalvo, 1992)

Si ensayáramos una *definición de terapia podemos convenir que se trata de la relación de dos o más personas (sistema terapéutico) que se unen con un objetivo común y terapéutico para una parte (el subsistema consultante) y de trabajo, investigación y/o docencia (subsistema del/los terapeutas).*

Otra definición, es la que ofrecen James Prochaska y John Norcross en su libro, *Sistemas de psicoterapia*⁴⁹⁶, refieren que:

La psicoterapia es la aplicación informada e intencional de métodos clínicos y posturas interpersonales derivadas de principios psicológicos establecidos, con el propósito de ayudar a las personas a modificar sus conductas, cogniciones, emociones, y/u otras características personales, en direcciones que los participantes consideren deseable.

Esta re-uniión de los participantes puede ser voluntaria, los consultantes eligen con quién, cuando, cómo y para qué realizar una consulta y posteriormente una psicoterapia. Pero existen otras oportunidades en que todas éstas

496 Prochaska, James y Norcross, John. *Sistemas de psicoterapia*. Traducción del Centro de Psicoterapias, Mendoza, 2000.

elecciones se encuentran limitadas, y en otras la consulta y el tratamiento resultan una “obligación”, ya que de no hacerla efectiva, pueden sufrir alguna consecuencia (desde la no inscripción en la escuela en el próximo ciclo escolar a la imposibilidad de visitar a los hijos, dentro de un régimen de visitas por decisión de un Juez en el marco de un proceso de divorcio). Por lo tanto el terapeuta se puede transformar en el agente de control de quien dispone el tratamiento, de quien lo propone (padres, maestros, etc.) o de quien se hace cargo económicamente de la terapia (padres, obra social, etc.).

En su capítulo sobre las cuestiones éticas, Jay Haley realiza una descripción de todos los grupos que se encuentran involucrados en la red social. Comienza describiendo desde la unidad más pequeña, el *individuo*.

Explica que al suponer que el individuo constituye una unidad independiente, el problema del control tiene que ver con el flujo de lo que está afuera de la conciencia, o desde el inconsciente hacia la conciencia, y recuerda que en época de la teoría de la represión, habría resultado falto o carente de ética ocultarle al paciente lo inconsciente. El dilema ético incluye también el *manejo que se hace del tiempo* con respecto de la información. En la actualidad se valora más la amnesia natural, a medida que empezamos a comprender que olvidamos ciertas cosas y no advertimos otras por fundadas razones. Si existe riesgo de hacerle daño a una persona trayendo ideas a su conciencia, el terapeuta está enfrentando un problema ético. *Respetar el límite interno de los individuos es tan importante como respetar los límites entre las personas.*

Dado que un individuo sólo existe en relación con otro, la menor unidad es *la díada (el matrimonio)*. La siguiente unidad es la *familia nuclear*, en la cual el terapeuta debe enfrentar un límite generacional entre los padres y los hijos. La siguiente unidad está constituida por la *familia extensa*, que obviamente incluye a la familia nuclear. Es decir *familia nuclear más familia política*. La siguiente unidad de abordaje es *la familia en relación con la comunidad*. Es ético que el terapeuta no revele confidencias de las personas que lo consultan a otros miembros de la comunidad.

¿Qué sucede con la información que maneja el terapeuta?

La terapia es “manipulativa”, ya que por definición es influencia. Quien consulta viene solicitando ayuda para sí o para un otro significativo, con el objeto *de superar un problema* que solo, no sabe cómo resolver. Basta parafrasear

el primer axioma de la comunicación, *es imposible no comunicar* y *decir es imposible no influir*, *es imposible no ser “manipulativo”*. La manipulación puede ser consciente o inconsciente. Por regla general no es aconsejable mentir al consultante, *lo que debemos crear es una redefinición con indicadores, precisos aportados por los propios consultantes, con los valores de estos, y en el lenguaje de los mismos*.

Jay Haley, opina que: *“La mentira no es necesariamente una falta de ética, cuando la falsedad de lo dicho es obvia para ambos interlocutores”*. Y agrega *“la mentira dicha en broma pierde mucho de su carácter”*.

Las directivas paradójicas, las tareas paradojales y la connotación positiva del síntoma, son maniobras que no incluyen una mentira, sino una visión parcial o particular, siempre posible. Contribuye a que el consultante responda con un rechazo de la conducta sintomática debido al estímulo propiciado por el terapeuta que lo obliga a rebelarse, haciéndose en muchos casos responsable de su conducta.

Responsabilidad

“Al proporcionar servicios, los psicólogos se ajustan a los niveles más altos de su profesión. Se hacen responsables de las consecuencias de sus actos y hacen toda clase de esfuerzos por asegurarse de que sus servicios se usen apropiadamente”. (Rosenbaum, 1985)

El terapeuta siempre tiene responsabilidad, por hacer o por no haber hecho, cuando debió hacerlo. Esta responsabilidad lo hace participante activo de todas sus intervenciones, aún cuando de manera conciente y deliberad se abstiene de actuar.

Competencia

El mantenimiento de altos niveles de competencia es una responsabilidad que comparten todos los psicólogos en el interés del público y de toda la profesión en general. Los psicólogos reconocen los linderos de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Sólo proporcionan servicios y sólo usan técnicas para las cuales están capacitados debido a su adiestramiento y experiencia. En aquellos campos en que aún no existen normas reconocidas, los psicólogos toman las precauciones necesarias para proteger el bienestar de sus clientes. Se mantienen al corriente de la información científica y profesional actual en relación con los servicios que prestan. (Rosenbaum, 1985)

Normas morales y legales

Las normas de conducta morales y éticas de los psicólogos son una cuestión personal en la misma medida que lo son para el ciudadano, excepto cuando comprometen la realización de sus responsabilidades profesionales, o reducen la confianza del público en la psicología y los psicólogos. En relación con su propia conducta, los psicólogos son sensibles a las normas que prevalecen en su comunidad y al posible efecto que su conformidad con esas normas o su apartamiento de ellas puede tener sobre la calidad de su actuación como psicólogos. Los psicólogos también se dan cuenta de las posibles repercusiones de su conducta pública sobre la capacidad de sus colegas para desempeñar sus deberes profesionales. (Rosenbaum, 1985)

Declaraciones públicas

Las declaraciones públicas, los anuncios de servicios, la publicidad y las actividades promocionales de los psicólogos sirven para ayudar al público a hacer juicios y elecciones informados. Los psicólogos deben exponer con exactitud y objetividad sus calificaciones, afiliaciones y funciones profesionales, así como aquellas instituciones u organiza-

ciones con las que ellos o sus declaraciones pueden estar asociados. En las declaraciones públicas que proporcionan información psicológica u opiniones profesionales, o proporcionan información sobre la disponibilidad de productos, publicaciones y servicios psicológicos, los psicólogos basan sus declaraciones en descubrimientos y técnicas psicológicas científicamente aceptables, con pleno reconocimiento de los límites e inseguridad de esas pruebas. (Rosenbaum, 1985)

La confidencialidad

Los psicólogos tienen la obligación primordial de respetar la confidencialidad de la información obtenida de personas en el curso de su trabajo como psicólogos. Esa información sólo se revela a otros con el consentimiento de la persona o de su representante legal, excepto en aquellas circunstancias poco usuales en que el hecho de no revelarlas pondría en un peligro evidente a la persona o a otras personas. En el momento apropiado, los psicólogos deben informar a sus clientes de los límites legales de la confidencialidad. (Rosenbaum, 1985)

¿Qué diferencia existe entre la confidencialidad y el “**secreto**”?

Un secreto deja de serlo, cuando “quien lo posee” relata, narra, cuenta aquello (el secreto) que nadie debería saber, conocer. Si lo hace, es debido a una necesidad, posee según su criterio la oportunidad de avalar con el secreto una acción emprendida o no. Lo relata con la seguridad de que tiene una buena razón, para develarlo.

Es posible aseverar que a su criterio tiene un “para qué”, “una razón” que lo exime de mantener guardado el secreto. Ya que una vez expresado, el “secreto” ha dejado de serlo.

¿Le sirve de algo, a un terapeuta conocer un secreto que ha dejado de serlo? Se trata de información, confidencial, importante, hasta necesaria, ya que quizá explica algún acontecimiento, que de otra manera resulta más difícil ser considerado de la misma manera. Es confidencial porque debe ser manejada con el criterio adecuado para no herir, ni hacer sufrir a nadie, por esta causa o algo relacionado con ella.

A los terapeutas **no** les resulta útil mantener un “ex-secreto” si realiza el compromiso de mantener reserva.

¿Le será posible trabajar como si no supiera lo que ya conoce, pero con la responsabilidad por él mismo asumida de actuar como que no sabe lo relatado por un consultante? No, no le será posible.

En las consultas individuales, de pareja o familiares (en ausencia de algún miembro, en especial el “paciente identificado”), resulta frecuente que los consultantes, antes de relatar “algo”, hagan referencia a que se trata de un secreto. En otras oportunidades lo solicitan una vez verbalizado.

En la primera situación se deberá aclarar que sólo podrán relatar, (explicitar) si creen y pueden confiar en que el terapeuta lo sabrá “bien administrar”, pero que de ninguna manera refieran algo que represente una limitación para la comprensión y el trabajo terapéutico que desean que el terapeuta realice. Debe explícitamente aclarar que no podrá desconocer la información ofrecida en su actuación profesional.

Cuando se anuncia, el terapeuta deberá desalentar con delicadeza y cortesía que no desean conocer dicho secreto, ya que implica una “prescripción de silencio”, que inevitablemente limitará nuestra maniobrabilidad, cayendo en la trampa de adjudicarle a la situación secreta el posible origen y/o el mantenimiento de los circuitos de interacción y/o intrapsíquico del o de los consultantes. También la existencia de un secreto (información) ingresará en el “circuito intrapsíquico” del terapeuta. Esto sucederá aun sin haber sido expresado, explicitado.

Los secretos sólo deberían ser verbalizados si los consultantes le otorgan explícitamente el crédito de que los terapeutas serán capaces de “bien administrar” dicha información. Y la misma será para beneficio del paciente identificado y de los consultantes. Nunca debería guardarse un secreto que ponga en riesgo la salud de los mismos.

En todas las familias existen secretos, es decir temas de los que no se hablan, conocidos por muchos miembros de la familia, pero nadie habla de ellos de manera “oficial”, se trata de temas clandestinos, se conocen (por algunos), pero no se hablan. Suelen salir a la luz, o por lo menos a la periferia, cuando se le atribuye una cierta causalidad, o se realiza alguna relación o vínculo

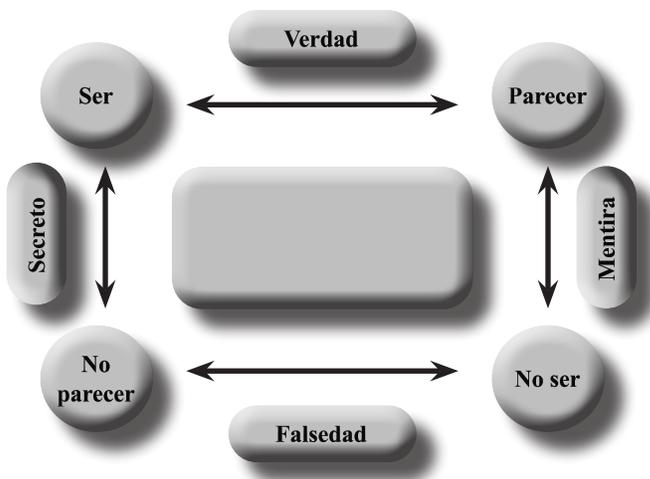
con un acontecimiento actual, de difícil explicación, y es el “secreto”, que a manera de “profecía autocumplida”, se hace presente. Se ha pensado tanto en “aquello que nadie debería saber, pero algunos conocen”, que actúa como la mejor explicación de lo que no es muy claro. Estas situaciones son muy frecuentes en las familias y surgen cuando se presenta algunos problemas en la familia o en sus miembros.

Los patrones que posee la familia se trasladan a la consulta cuando se expresa la queja y ésta incluye un secreto que contiene información vedada para uno o varios de sus integrantes y que suele representar una trampa para cualquier terapeuta.

Los terapeutas no podemos dejar de atribuirle un significado a la información que se nos ofrece, pero si se trata de un secreto, y lo hemos incorporado como tal, no lo podemos usar. Se nos transforma en un verdadero problema.

La Enciclopedia Ilustrada de la Lengua Castellana, Sapiens, de Editorial Sopena, refiere que proviene del latín *secretus*, *p. p. de secernere, segregar*. Y agrega; *escondido, ignorado, encubierto, separado de la vista o del conocimiento de los demás* || *Callado, reservado, disimulado*.

A. J. Greimas, refiere en el libro “Semiótica”, Editorial Gredos, “*que un secreto es el resultado de ser y no parecer*”. Propone un cuadro para comprender su planteo, que es el siguiente:



La conclusión es que:

- la *Verdad* resultado de *ser y parecer*.
- la *Falsedad* resulta de *no ser y no parecer lo que es*.
- la *Mentira* resulta de *parecer y no ser lo que se muestra*.
- el *Secreto* resulta ***de ser y no parecer, lo que en realidad se es***.

Entre quienes asisten a la consulta podremos encontrar diferentes puntuaciones posibles.

Primero el secreto, luego la organización familiar

Recordemos esto y pensemos en las familias en las que un secreto plantea la necesidad de ser y no parecer. Por lo que nos encontraremos con alguna familia que se organizan *alrededor* de un secreto, aunque de acuerdo a lo que ya expresáramos, haya dejado de serlo al haberlo expresado parcialmente.

En el año 2010 en nuestra provincia, hemos conocido un caso que nos ha impactado y afectado a todos. Nos referimos a las publicaciones periodísticas sobre el sujeto que ha embarazado a su hija de 35 años en siete ocasiones, en un proceso de más de veinte años, y sólo ante la posibilidad que la situación se produjera con una de sus hijas menores, nietas del sujeto, la víctima realizó la denuncia. Los diarios informaron que existían varias denuncias, que no prosperaron por el no reconocimiento de los hechos por parte de la ahora denunciante, y por tratarse de un delito de índole privada, pero otros familiares y vecinos “conocían” esta realidad que se mantenía como secreto.

Otros temas que frecuentemente están vinculados a “privilegiar el secreto”, son los problemas de pareja, derivados de infidelidades de quien resulta ser el sostén económico de la familia. Los cónyuges suelen actuar casi indiferentes entre sí, pero actúan con una aparente armonía ante los hijos y otros familiares, que con mayor experiencia e información, también actúan resguardando el “secreto”, que obviamente no lo es.

El nacimiento de un hijo, puede ser el producto de un proyecto de pareja, que tiene como objetivo mediato un proyecto de familia, entonces amor romántico, amor materno y domesticidad, se unen para construir una familia.

Es frecuente que uno de los miembros de una pareja de novios no tenga el mismo proyecto (de familia, por ejemplo) que su pareja, y ante la novedad de un embarazo (deseado por uno, pero no el otro) precipite un casamiento, una convivencia. Esta situación obliga a uno de los miembros de la pareja a llevar adelante y realizar el proyecto del otro, pero guardando como “secreto”, su propio proyecto. Durante años se les ocultaba a los hijos los menos de nueve meses que había entre casamiento y nacimiento, razón que llevaba a ocultar actas de matrimonio, partidas de nacimiento, etc.

Similar situación ha sido ocultar, como si fuera posible que fuera “secreto” el origen (la adopción) de uno de los miembros, nacimiento o la forma en que se produce la llegada a esa familia.

El final de una vida puede ser el resultado de un suicidio, un homicidio, una desaparición voluntaria o involuntaria, o una enfermedad por la que se tiene algún prejuicio y/o porque connota una situación no deseada, temida, y puede por lo tanto transformarse en un secreto.

Primero la organización, luego el secreto

Otras familias deciden incluir un secreto en su cotidiano funcionar o por lo menos deciden no explicitar algunas cosas. La adopción de uno de los miembros, un aborto, la infidelidad de uno de los cónyuges, pueden ser secretos, que quienes lo conocen, deciden no explicitar. Estos secretos, que no son tales, porque son conocidos por muchos de los miembros de la familia, casi todos, pero se los considera como “secretos”, en el sentido que no se habla de ello.

Ronald Laing, llama colusión a “un juego entre dos o más personas mediante el que se engañan a sí mismas, un juego que es el juego del autoengaño mutuo”. Y agrega algo muy importante, “una característica esencial de este juego es no admitir que lo es”. (Laing 1961 p. 103).

El evitar siempre, y deliberadamente un tema, delimita un territorio virtual, genera un espacio vacío, que de por sí, cada uno completa con su propia fantasía, muchos menos controlada que la buena información.

El bienestar del consumidor

Los psicólogos deben respetar la integridad y proteger el bienestar de la gente y los grupos con los que trabajan. Cuando hay un conflicto de interés entre un cliente y la institución para la cual trabaja el psicólogo, éste debe poner en claro la naturaleza y la dirección de sus lealtades y responsabilidades y mantener informadas de sus compromisos a todas las partes que tienen que ver con el asunto. Los psicólogos deben informar plenamente a los consumidores del propósito y la naturaleza de un procedimiento de evaluación, de tratamiento, educacional o de adiestramiento, y reconocer libremente que los clientes, estudiantes o participantes en investigación tienen libertad de elección respecto a la participación. (Rosenbaum, 1985).

Las relaciones profesionales

Los psicólogos deben actuar con la debida consideración por las necesidades, competencias especiales y obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales están asociados estos otros colegas. (Rosenbaum, 1985)

- Técnicas de Evaluación

En esta Tercera edición, hemos incorporado un Capítulo sobre Evaluación sistémica (Capítulo 12). No deseamos redundar en los conceptos, al haber ya desarrollado el mismo, pero nos parece indispensable recordar lo planteado por Hugo Hirsch cuando propone:

- No podemos rehusarnos a diagnosticar, pero sí estar atentos a las implicancias de un diagnóstico en un caso dado.

- Hay un uso absolutamente inapropiado de los diagnósticos y una pretensión absurda respecto a cuáles son los tratamientos apropiados. De hecho, las construcciones diagnósticas hoy vigentes son, en la mayoría de los casos, irrelevantes a los efectos de determinar la psicoterapia apropiada.
- Hay ámbitos como el judicial y el educacional, donde no es habitualmente necesario o conveniente trabajar con definiciones que impliquen patología.
- Lo que implica que los diagnósticos pueden o no referirse a la noción de patología.

Es tan necesario como inevitable que el resultado de nuestras intervenciones con consultantes y pacientes, requiera que en muchas ocasiones *debamos elaborar un informe*, sobre el estado actual de éstos (la evaluación realizada), sobre la evolución de un tratamiento (avances o retrocesos, logros o bloqueos, fracasos) y ello implica establecer y dejar escrito cuál es “nuestra mirada, nuestra opinión” sobre la circunstancia que se encuentran viviendo los consultantes y el paciente.

Será de vital importancia conocer *quien solicita o para quien* está destinado el Informe, puede ser la misma familia, puede ser la escuela, puede un Juzgado, puede ser una empresa) y *para qué* será utilizada la información allí transcrita (la adaptación de un programa de estudios, la reubicación laboral de un empleado, una pericia judicial que pone en juego la tenencia de los hijos, etc.). Entonces debemos considerar:

- ¿Para quién?
- ¿Para qué?

Como establecíamos en el párrafo anterior los *Informes* pueden vincularse con una evaluación realizada a un niño, alumno de una escuela primaria, o una secundaria y el objetivo por que el que se solicita se relaciona con su rendimiento académico y/o por problemas con su conducta. Pero será diferente que lo solicite la maestra para mejor colaborar con el alumno en el proceso del alumno, que si es solicitado, sin esa intención, por la docente, la Dirección de la escuela, o la Supervisora.

Si la solicitud del Informe proviene del trabajo, puede estar vinculado a evaluar las condiciones del sujeto para un tipo especial de tarea para la que se requiere algunas características particulares, o bien cuando se reintegra luego de una licencia y necesita ser reubicado, o por alguna otra razón (que deberá ser conocida).

También puede ser solicitado desde un Juzgado, que desea conocer si el “Paciente Identificado” realiza el “tratamiento indicado”, y/o cuál es la evolución de éste. Es muy frecuente que entre los evaluadores del Cuerpo auxiliar, el Juez y el terapeuta a cargo del proceso terapéutico, nunca se haya convenido “un objetivo consensuado” de lo que se espera como logro o resultado. Y falta considerar lo que el/los consultantes desean y/o están dispuestos a trabajar, y para qué.

Cuando el Juez incluye en su sentencia, que la/s persona/s realicen un tratamiento psicológico, recomendado a partir de los estudios realizados por el cuerpo profesional auxiliar, en una situación de evaluación institucional, juzgado, puede ser diferente que aquella que se realiza como una consulta institucional o privada, de quienes al consultar pueden expresar su “queja”⁴⁹⁷ vinculada a otros “problemas” no estrictamente vinculados a los motivos que propiciaron a la derivación judicial, escolar, laboral.

Cuando se dan una situación de estas características, en que coexisten dos motivos. Uno dado por la derivación (escolar, judicial, etc.) y la otra que resulta de la preocupación genuina de los consultantes, nuestra tarea será buscar y encontrar alguna afinidad en los circuitos interpersonales y/o intrapsíquico, y/o en algunas reglas o pautas, que resulten comunes a ambas demandas o expectativas, y que haga posible que al ser modificadas en un tipo de relaciones, también lo sea en el otro. Cumpliendo así con las expectativas de los padres en la casa y de la escuela, o el juzgado.

El informe debe contener *descripciones de las interacciones*, que pueden y deben ser ejemplificadas con la narrativa o los comentarios de los participantes, lo más textual posible para que quien reciba el informe aprecie el origen, la intensidad y la dimensión de las interacciones explícitas en la familia y en oportunidad de la entrevista.

497 Se llama queja a las primeras verbalizaciones realizadas por los consultantes, a partir de ellas se elabora el motivo de consulta que es co-construido por el sistema terapéutico.

En algunas oportunidades el Informe, debe expresar de manera descriptiva y simple, situaciones concretas y complejas. Por lo que debe ser construido haciendo referencia a los circuitos interaccionales que hemos podido consensuar y por lo tanto co-construir con los consultantes. El Informe debe reproducir lo acordado y establecido con los consultantes.

Los informes deben ser redactados con un lenguaje coloquial, con un mínimo de conceptos o expresiones técnicas cuyo significado sólo es comprendido por pares. Deben ser simples para no dar lugar a comprensiones alternativas, que lleven a aumentar y/o mantener un mal entendido. Es posible que el Juez, necesite que sea un tratamiento psicológico, el que le asegure que la sentencia y/o medida a tomar sea beneficiosa para los niños de la familia, y sea además aceptada por los progenitores.

Resulta una tradición en los equipos psicológicos que apoyan la tarea judicial, tomar evaluaciones individuales a los miembros de una familia en conflicto. En general, han sido test proyectivos, a partir de los cuáles se realiza un informe de cada uno de los miembros de la familia. Afortunadamente en los últimos años, la evaluación del funcionamiento de una familia, ha dejado de ser comprendido como el resultado de considerar los informes individuales de los miembros entrevistados por separado e individualmente, ya que el producto obtenido no resulta igual o semejante a la suma de las partes, porque a veces el resultado parece ser una resta, en otras se asemeja a una división, y en otras es similar a una multiplicación por un valor “n” desconocido.

En cambio el Informe de una familia es el resultado de la observación y una búsqueda deliberada del mayor consenso posible con los mismos implicados, acerca de cómo son las “cosas”, acerca de cómo funcionan y de cómo desejarían que sea el resultado. Lo que implica reconocer los circuitos mantenedores del síntoma o el problema que los aqueja. También coincidir con los circuitos auto-referenciales, por los cuáles creemos que las cosas son o funcionan como nos resulta posible describir. Y muchas veces sólo porque creemos que son así.

Los informes basados en la descripción del circuito interaccional, y de los circuitos intrapsíquicos reconocidos por su “autor/es”, será fundamental para mostrar el funcionamiento de la familia y orientará a los interesados en el camino a seguir en la psicoterapia. De allí que debemos propiciar el Diagnós-

tico funcional, que nos muestra las potencialidades sobre las cuáles co-construir y/o el Diagnóstico Estratégico que se apoya en la descripción y reconocimiento de los circuitos interpersonales e intrapsíquicos, más los recursos existentes y en un plan o estrategia.

Todas las verbalizaciones realizadas, deben ser consideradas, la expresión y/o representación de la conducta y/o las acciones ya realizadas o posibles de ser llevadas a cabo.

Es difícil comprender los Informes a partir de las pruebas proyectivas establece una determinada persona resulta poseer determinadas características, creemos que al lector le resulta más fácil y comprensible, si el Informe hace referencia al hecho de haber observado y consensuado junto a la familia que cada uno de ellos funciona un circuito interaccional o interpersonal que descrito se puede ejemplificar de la siguiente manera:

Cada vez que el hijo realiza la conducta A, el padre que está presenta le recrimina con la conducta B, lo que lleva a la madre a desarrollar una conducta C, en que lo cuida, lo protege de la crítica del padre, que deja de ser crítico con su hijo. Que el niño, de alguna manera se siente avalado para tener una conducta A, que provoca la conocida recriminación del padre y la defensa de la madre. Estableciéndose, así, un circuito de interacciones que se mantiene inalterable independientemente del tipo de conducta o situación que lo provoca. De manera simultánea en el circuito intrapsíquico o autorreferencial el hijo piensa, “lo hago o no lo hago, lo hago, porque aunque mi papá me recrimine, mi mamá me cuida.

Al tiempo de que el padre piensa, no puedo dejar de decirle a mi hijo lo que hace mal, pero cuando su esposa interviene, diciendo que de esa mala manera no va a comprender se queda callado reflexionando sobre su propia conducta, lo que lleva a su hijo a pensar que el motivo de queja de su padre ha dejado de ser válido. Y en el tiempo lo repite

La madre piensa, no debo permitir que mi esposo trate así a nuestro hijo, de ese modo no se educa a un niño, sin advertir que su hijo desaprovecha la oportunidad de cambiar su conducta. Razón por la que han venido a la consulta. Ya que el niño tiene problemas de conducta que la madre minimiza, ante los reclamos de la maestra.

Un Informe que contenga la descripción de los circuitos que mantienen el problema, deberían estar incluidos en el mismo.

¿Cuál es la información mínima que debe contener un informe?

Debe contener los datos mínimos de los miembros convivientes, nombre, edades y fecha de nacimiento, lazo familiar que los une, respecto del paciente identificado, si el problema ha sido así caratulado, pero si no se debe considerar a la pareja de padres. Además el estado civil y el domicilio.

Se debe consignar la fecha de realizado, por quién y para qué ha sido solicitado. Un breve registro de datos significativos que resulten antecedentes de la situación actual y el estado actual (al momento de la consulta)

Posteriormente se desarrollará los resultados de la Evaluación realizada, y luego las indicaciones, a seguir. En muchas oportunidades es conveniente hacer algunos comentarios, que faciliten la comprensión del lector, y que resultan de opiniones personales del evaluador.

En muchas ocasiones es conveniente registrar un Diagnóstico principal (que debería Etiológico, cuando sea pertinente). Y será importante destacar los recursos con que cuenta el paciente, su familia y la red social en la que se encuentran insertos.

El tema, tratado por Max Rosenbaum se completa con otros dos principios sobre los cuales no nos extenderemos en este trabajo. Ellos son:

- “Investigación con participantes humanos”.
- “Cuidado y uso de los animales”.

El tratamiento psicoterapéutico de psicóticos, de detenidos políticos, de personas religiosas, de políticos o funcionarios del gobierno, de personas detenidas por delitos contra la propiedad o las personas, requiere de numerosas consideraciones particulares, que exceden el propósito de este trabajo, pero sobre la que existe abundante bibliografía.

Con el humor y la genialidad que caracteriza a dos destacados autores, como son *Jay Haley* y *Hugo Hirsch*, en dos trabajos diferentes, pero con un estilo parecido, proponen algunas consideraciones técnicas para fracasar en pocas entrevistas y con no poco esfuerzo.

Cuenta Jay Haley que un cincuenta por ciento de los pacientes que integran listas de espera o que pertenecen a listas de control, no desean ya tratarse cuando se presenta la oportunidad de trabajar sus problemas en psicoterapia, de alguna forma se han *curado*. (Haley, 1980) Y agrega que cualquier mal terapeuta con sólo rascarse la cabeza y esperar lo suficiente podría tener un cincuenta por ciento de éxito con sus pacientes. Sugiere que para fracasar con la otra mitad de los pacientes, a los terapeutas noveles se les puede enseñar una teoría que los ayude a fracasar en un cien por cien de los casos. *Como entrenador y docente de quienes desean ser psicoterapeutas me siento comprometido y obligado a seguir la propuesta de tan ilustre y admirado Maestro.*

Como establece Jay Haley no existe una teoría del fracaso. Con buen humor, con una cierta dosis de ironía, este autor de alguna manera propone *paradójicamente* esta **Teoría del Fracaso**.

El primero de ellos da algunas sugerencias para construir esta novedosa e importante teoría, ya que para fracasar una debe *saber* hacerlo, llevarlo a cabo con un cierto estilo.

Entonces Jay Haley plantea:

1. “El camino directo hacia el fracaso se basa en un conjunto de ideas que, si se utilizan combinadas, son casi infalibles”.
 - El **paso A** consiste en “insistir en *restar importancia al problema* que el paciente trae a terapia. Descartarlo como un mero “síntoma” y cambiar de tema. De este modo, el terapeuta nunca tendrá que examinar lo que realmente aqueja al paciente”.
 - El **paso B** será “*rehusarse a tratar directamente el problema*” que se presenta. Se le ofrece en cambio alguna explicación; decir, por ejemplo, que los síntomas tienen *raíces*, para evitar enfrentarse al problema que el paciente desea solucionar y por el cual está pagando dinero para ser tratado. De este modo aumenta la probabilidad de que el paciente no mejore, y las futuras generaciones de terapeutas podrán seguir ignorando la habilidad específica que se necesita para que la gente supere sus problemas.

- El **paso C**, será “insistir en que si un problema *se alivia aparecerá otro peor*. Este mito ayuda a no saber qué hacer con los síntomas; además, fomentará la colaboración de los pacientes creando en éstos el temor a mejorar”.

Pareciera que de seguir estas directivas, cualquier psicoterapeuta será necesariamente un incapaz. Sea cual fuere su talento natural, no tratará de cambiar el problema y temerá que la mejoría del mismo tenga efectos desastrosos.

Se pondría pensar que este conjunto de ideas haría fracasar a cualquier terapeuta; sin embargo, los cerebros mas respetados del campo terapéutico han reconocido que existen todavía otros pasos necesarios.

2. Es particularmente útil *confundir el diagnóstico con la terapia*.

“Un terapeuta puede parecer un experto científico sin correr el riesgo de tener éxito en los tratamientos; para lograrlo, basta con utilizar un lenguaje diagnóstico que le haga imposible pensar en procedimientos terapéuticos. Por ejemplo, uno puede decir que un paciente es agresivo pasivo, que tiene profundas necesidades de dependencia, que tiene un yo débil o que es impulsivo. Ninguna intervención terapéutica podrá formularse en este lenguaje.

El lector encontrará más ejemplos de cómo enunciar un diagnóstico que incapacite al terapeuta, en el *Manual de Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría*.

3. Apoyarse en *un solo método de tratamiento* sin tener en cuenta la *diversidad de problemas* que aparecen en el consultorio.

A los pacientes que no se adecuan a este método, se los deben considerar intratables y dejarlos librados a su suerte. Una vez que un método se ha mostrado reiteradamente ineficaz, *no debe ser abandonado*.

Las personas que experimentan con variantes deben ser juzgadas con severidad por estar mal entrenadas e ignorar la verdadera naturaleza de la personalidad humana y de sus trastornos. Incluso, si es necesario, se puede decir que “en el fondo son profanos”.

4. *No poseer una teoría sobre cambio terapéutico*, a menos que sea ambigua e indemostrable.

No obstante, debe estar claro que resulta anti-terapéutico dar a un paciente directivas de cambio; “podría seguir las y cambiar”. Es necesario sugerir que el cambio ocurre espontáneamente, siempre que los terapeutas y pacientes se comportan de acuerdo con las normas apropiadas.

Para aumentar la necesaria confusión general, resulta útil definir la terapia como un procedimiento que permite descubrir qué anda mal en una persona y las razones por las que eso ocurre. De este modo no se corre el peligro de que, en forma impredecible, surjan teorías sobre cómo propiciar el cambio. *También se debería insistir en que el cambio se produce en el interior del paciente: de este modo, el fenómeno permanece fuera del campo observable y resulta imposible estudiarlo.*

Si se acentúa el “trastorno subyacente” (que debe ser claramente distinguido del “trastorno manifiesto”), no surgirán preguntas sobre los aspectos desagradables de la relación terapeuta paciente, ni se hará incluir en el problema del cambio a personajes sin importancia como, por ejemplo, aquellos con los que el paciente mantiene vínculos estrechos.

Si los terapeutas en formación insuficientemente entrenados insisten en aprender a propiciar los cambios, y si un gesto de fastidio ante sus preguntas no los detiene, podría resultar necesario ofrecerles alguna idea general, ambigua e indemostrable. Se puede decir, por ejemplo que la tarea terapéutica consiste en hacer consciente lo inconsciente.

La tarea terapéutica se define entonces en otra entidad hipotética, haciendo imposible lograr algún tipo de precisión en la técnica terapéutica. Es parte de este enfoque ayudar al paciente a “ver” cosas sobre sí mismo, en especial las relacionadas con traumas del pasado; de este modo no se corre el riesgo de que sobrevenga algún cambio.

La regla fundamental consiste en señalar a los futuros terapeutas que el “insight” y la “expresión de afecto” son los factores que originan el cambio; así sentirán que algo ocurre en la sesión sin arriesgarse a tener éxito. Si alguno de los estudiantes más avanzados insiste en obtener conocimientos más profundos sobre la técnica terapéutica, resulta útil dar una vaga explicación de “como elaborar la transferencia”. Se permite así a los jóvenes terapeutas tener una catarsis intelectual. Además, pueden hacer interpretaciones “transferenciales” y esto les da algo para hacer.

5. Insistir en que *sólo muchos años de terapia cambiarán realmente a un paciente.*
6. Como paso posterior para dominar a los pacientes que podrían mejorar espontáneamente, es importante advertirles sobre la *frágil naturaleza de la gente* y señalar que si mejoran, podrían sufrir crisis psicóticas o dedicarse a la bebida.
7. Otro paso para frenar a los pacientes que pueden mejorar espontáneamente consiste en *concentrarse en su pasado.*
8. El terapeuta *debería interpretar lo que al paciente le resulte más desagradable acerca de sí mismo*, para que le surja la culpa y se quede en tratamiento con el fin de resolver dicha culpa.
9. Es posible que la regla más importante sea *ignorar el mundo real del paciente y acentuar en cambio la importancia vital de su infancia, de su dinámica interna y de su fantasía.*
10. *Evítense los pobres porque se empeñarán en obtener resultados y no se los puede distraer con conversaciones profundas.*
11. *Es fundamental negarse con firmeza a definir el objetivo terapéutico.*
12. Por último, no podemos dejar de destacar que resulta *absolutamente imprescindible rehuir la evaluación de los resultados de la terapia.*

Los cinco consejos que garantizan el trabajo dinámico

- Sea pasivo.
- Sea inactivo.
- Sea reflexivo.
- Sea silencioso.
- Sea precavido.

Hasta aquí, las sugerencias de Jay Haley.

En otra obra de importancia para los terapeutas sistémicos, y sobre todo si son argentinos, por ser la primera producción de este tipo en el país, como es el libro de Hugo Hirsch y Hugo Rosarios, *Cómo equivocarse menos en terapia* en el capítulo titulado *Cómo equivocarse en terapia breve*, el primero de los autores desarrolla, luego de una profunda y detallada descripción de las maniobras más utilizadas en el modelo estratégico, *un manual de lo que no se debe hacer en terapia sistémica*.

Divide la *guía* como humildemente la llama, en tres capítulos, igual que antes lo hiciera con las maniobras. Y propone:

Para con las Maniobras de Comienzo, no olvide:

- *No focalice*. Permita que la gente hable de lo que quiera, escuche varios motivos de consulta diferentes, trate de no enterarse de los detalles y deje que el tratamiento prosiga sin especificar el problema que se intentará resolver o aliviar. Con un poco de suerte quizá hasta obtenga un fracaso largo.
- *No averigüe por qué consulta en ese momento*. Esto completa adecuadamente la operación anterior. Si tuvo la desgracia de que le dieron un motivo de consulta específico, omitir la razón por la que se consulta ahora, le permitirá seguir alegremente a oscuras sin dirección precisa.
- *No registre el lenguaje de sus consultantes*. Es importante que desde el primer momento ellos se convenzan de que tienen que aprender el significado de lo que Usted dice. No se preocupe en hablar como

ellos, ni en tomar en cuenta sus valores y posición ante la vida. Ignore su imagen del mundo. Si tiene que sugerir algún curso de acción, hágalo con los argumentos que usted utilizaría para convencerse a sí mismo. Hábleles como a colegas. Es casi seguro que obtendrá un fracaso rápido. Todo esto facilita muchísimo si puede ignorarlo todo acerca de sus intereses y actividades.

- *No averigüe las soluciones ya intentadas.* Apúrese en sugerir un curso de acción. Así tendrá una muy buena oportunidad de que sus clientes le digan que ya lo hicieron sin éxito, o que es imposible por tal o cual motivo. Eso disminuirá su credibilidad lo suficiente como para hacerle difícil que un acto de distracción pueda mejorar mucho el curso de la terapia a posterioridad.

Estrategias relacionadas con el *proceso terapéutico*

- Descalifique la importancia que el problema tiene para el consultante. Eso le va a permitir a él descalificarlo a usted en breve.
- *No fije metas mínimas claras y concretas.* Ofrézcales a los pacientes la oportunidad de no tener criterios para definir si su problema ha disminuido o no. Eso lo ayudará a tener clientes para rato.
- *Piense en lo espléndido que sería emplear tal o cual estrategia sin preguntarse para qué serviría.* Eso no sólo facilitará que usted fracase, sino que ayudará a que otros terapeutas puedan fracasar en el futuro con el mismo caso.
- *Entusiásmese con su propia idea.* Insista en ella aunque los consultantes den la impresión de no estar de acuerdo. Después de todo, fascinarse con las propias soluciones no tiene por que ser sólo patrimonio de los pacientes.
- *Cambie la línea, aún cuando parezca tener éxito con ella.* Lúzcase con sus nuevas ideas y disfrute de la variedad. Lo importante es ser creativo, no eficaz.

- *No cambie de objetivo aunque el problema del consultante varíe.* Sea rígido y persista en el motivo de consulta original. Si no puede, tal vez le convenga ser confuso y disperso. En ese caso no se atenga a ningún plan y límitese a reaccionar sin rumbo.
- *No reformule.* El mostrar una situación desde un punto de vista diferente puede hacer que su cliente mejore demasiado rápido. Trate de mantener los problemas exactamente en los términos en que los plantearon sus consultantes. Esto le quitará a usted gran parte de su capacidad de movimiento y ayudará a un fracaso más completo.
- *No sea directivo.* Trate de creer que Usted no es responsable de crear oportunidades para que sus clientes cambien. Si consigue evitar imaginarse en que dirección quiere usted que se modifique la consulta de ellos, no va a tener el problema de tratar de imaginar como lograrlo.
- *Sea pedagógico.* Si no puede ser directivo, siempre puede ensayar enseñarle a la gente cómo tiene que manejar sus asuntos. Confunda ser directivo con ser pedagógico y sustituya el *influir* en una dirección determinada por mostrarle lo que debe hacer.
- *Confunda connotación positiva con reformulación.* Haga de cuenta que sólo existen connotaciones positivas para reformular. Esto limitará adecuadamente su capacidad de maniobra.
- *Confunda “insight” con cambio de conducta.* Insista en que el paciente “se de cuenta” y si él le hace caso, despreocúpese del “cambio”, que no es tan importante.
- *Apúrese y apure a los consultantes.* Entusiásmese y trate enseguida de “hacer algo”. Algunos pacientes le harán saber enseguida que no aprecian a los terapeutas superficiales que entran en acción sin conocerlo lo suficiente. Otros, en cambio, disfrutarán enormemente al percibir que finalmente han conseguido a alguien que parece dispuesto a remar por ellos. Eso sí, nadie podrá decir que usted fracasa por perezoso.
- *No se preocupe por el “para qué” de su hacer.* Concéntrese en el por qué de los problemas de su cliente. Eso facilitará la discusión del fracaso en la próxima reunión con sus colegas; todos tendrán más

oportunidad de divagar acerca de las características de los pacientes en lugar de concentrarse en lo que usted podría haber hecho para ayudarlo.

Algunas maniobras para fracasar al *final*

- *Trate de erradicar un problema, no se conforme con aliviarlo.* Prolongue el tratamiento para mejorar la mejoría. Con poco de habilidad puede conseguir que las cosas vuelvan al punto de partida.
- *Apúrese a cerrar un caso y manifiéstese optimista respecto del resultado.* No importa que el paciente se muestre dudoso respecto de la conveniencia de la finalización. Ya tendrá tiempo de volverlo a ver con el mismo problema agravado, si es que tuvo con usted una relación lo suficientemente buena como para desear visitarlo nuevamente. No lo olvide: es importante que sea usted quien tome la decisión y que no haga nada para que sea su cliente quien la tome.
- *Trate de que sus pacientes le estén agradecidos.* No se le ocurra ser humilde, cauteloso o pesimista. Adjudíquese bastante mérito. Es un modo muy efectivo de que le enseñen en corto plazo la virtud de la modestia.

En un trabajo llamado *Contemplando la escena general de la terapia familiar*, de aparición en nuestro país en la revista *Sistemas Familiares*, Braulio Montalvo dice:

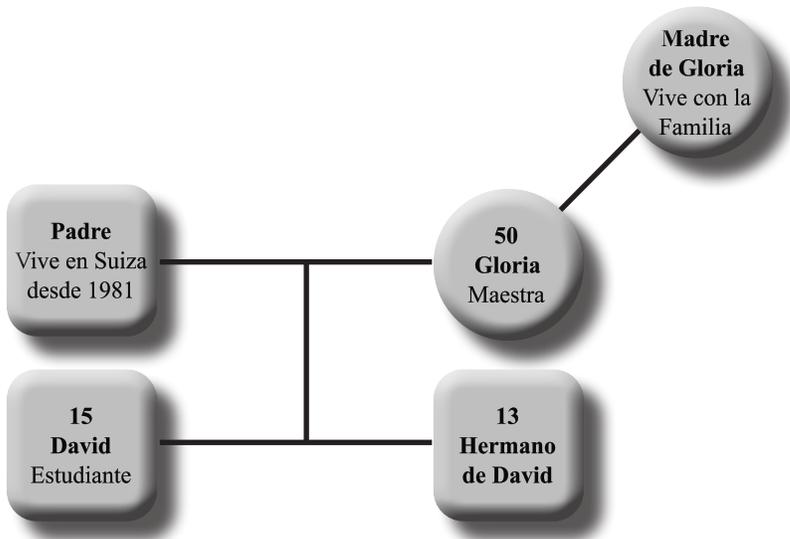
“En un futuro cercano se culpará y se castigará al terapeuta si el paciente puede documentar que los métodos que el terapeuta ha utilizado son inadecuados para tratar un tema específico”.

Como plantean Graciela Peyrú y Jorge Brusca: *“Los terapeutas son seres humanos que realizan una tarea ardua y difícil, en condiciones habitualmente desfavorables. Merecen, sin duda alguna, explicitar sus DERECHOS de modo equivalente a los pacientes”.* (Peyrú y Brusca, 1992).

Es un desafío poder elaborarlos, y poder compartirlos posteriormente.

Capítulo 26: Casos clínicos

Caso clínico I: David



Dramatización

Realizada en Junio de 1993. Carolina Chacón, Carolina Gianella, Andrea Agrelo, Marcela Wozny.

Desgrabación	Análisis
T: Bueno, cómo les va, qué dicen...	<i>Etapa social, el Terapeuta saluda y pregunta el nombre, la edad y la ocupación o actividad de cada uno de los presentes. Se espera que cada uno responda por sí mismo. Se pregunta por los otros miembros ausentes en la entrevista.</i>
M: Bien.	
T: ¿Qué tal, cómo es tu nombre?	
H: David.	
T: Te pregunté a vos porque cuando dije cómo les va este...	
H: Ah! bien, bien.	
T: ...estabas mirando para abajo, me pareció que estabas distraído. ¿Cuántos años tenés, David?	<i>Con esta maniobra se busca la participación activa de David, que con su actitud mostraba la obligación de haber venido.</i>
H: 15.	
T: ¿Qué hacés?, ¿vas al colegio?	<i>Ante la respuesta literal, se le preguntan otras cosas.</i>
H: Sí, este año abandoné.	
T: Ibas...	<i>El terapeuta corrige el tiempo verbal empleado</i>
H: Iba.	
T: Abandonaste... ¿cuándo?	<i>Empleando la misma palabra, desea conocer cuándo sucedió.</i>
H: Ahora, hace un mes, más o menos.	
T: En mayo.	<i>Precisa cuando ocurrió.</i>
H: Ahá.	
T: ¿Cómo es su nombre, señora?	<i>Incluye a la madre en el diálogo y le pregunta el nombre. La señora se ha definido como "consultante".</i>
M: Gloria, Gloria F.	
T : ¿Su edad?	
M: 50 años.	

T: ¿Cómo está formada la familia?	<i>Preguntas sobre el resto de la familia que convive con ellos.</i>
M: Y, somos David, su hermano menor que tiene 13 años, yo; y bueno, los que vivimos en casa, somos nosotros y mi madre.	
T: ¿Ustedes tres?	
M: Nosotros tres y mi mamá.	
T: ¿Tu papá, David?	<i>El terapeuta pide más información y se dirige a David. La pregunta es: tu papá, David y no su esposo, señora.</i>
H: En Suiza, vive.	
T: Vive en Suiza... ¿Hace mucho que vive en Suiza?	<i>Ubicar el tiempo hace a la evolución y permite tener una idea de cómo se han socializado David y su hermano.</i>
H: Desde el 81.	
T: Hace mucho, apenas nació tu hermano.	<i>El terapeuta relaciona dos crisis: el nacimiento y la partida del padre a Suiza.</i>
M: Ehh, no, ya tenía cinco años...ehhh	
T: No le salen las cuentas. Vos tenés 15 y tu hermano tiene 13. Del 81 hace 12, un año tenía.	
M: No lo había pensado.	
T: Se le ha pasado rápido el tiempo. ¿Están separados ustedes o él está...?	<i>Para superar la incomodidad. Hace una pregunta obvia.</i>
M: Ahora sí estamos separados.	
T: Cuando se fue...	
M: Y en ese momento la separación fue algo eventual porque por problemas políticos se tuvo que ir a Suiza entonces en un principio él se iba porque...	
T: Ustedes son argentinos?	<i>Ante las dudas en la respuesta, hace otra pregunta.</i>
M: Yo soy argentina, los chicos también, él es chileno. Vino por problemas políticos de Chile a la Argentina y bueno, en el 81 tuvo que irse de la Argentina también.	
T: Entonces viven cuatro en la casa.	<i>El terapeuta hace un cierre, respondiendo la pregunta original.</i>

M: Somos cuatro en la casa, sí.	
T: Bueno...¿Usted qué hace Gloria?	<i>Se centra en la actividad de la madre.</i>
M: Soy maestra, soy maestra primaria.	
T: ¿De mañana, de tarde?	
M: A la mañana trabajo.	
T: Se debe estar por jubilar ya, seguramente.	<i>Intenta mostrar que conoce el proceso (ciclo vital laboral)</i>
M: No, por ahora no, porque soy quien mantiene la casa, así que tengo que seguir trabajando.	
T : Pero usted empezó a trabajar... lleva muchos años de servicio o pocos..?	
M: No, muchos años, desde que los chicos eran chicos.	
T : Yo pensaba... jubilarse... porque las maestras de 53 en esta provincia en general están pensando en jubilarse.	
M: Y, pero algunas no podemos.	
T : Algunas no pueden, pero le faltan pocos años de servicio.	
M: Sí me faltan, pero de todas formas necesito seguir trabajando.	
T: Está bien. Bueno, cuéntenme lo que les preocupa.	<i>Etapa de planteo del problema. La madre con su queja define a David como paciente identificado.</i>
M: El agravante doctor es que, ... es la conducta de David, su agresividad, últimamente es un chico que está mostrando un apartamiento de las reglas morales que hay en nuestro núcleo familiar.	
T: Mmm...	<i>La expresión del terapeuta es ambigua, ante la definición de ser ella consultante y víctima de David, el paciente identificado.</i>
M: Es una situación que yo realmente ya no sé cómo manejar, he tenido que retarlo, que decirle que... no sé, tratar de entenderlo, que frene esta situación, pero realmente a mí ya se me fue de las manos.	

T: Y a vos, ¿qué es lo que te preocupa David?	<i>El terapeuta incluye a David y desea conocer cuál es la preocupación de David.</i>
H: Nada	
T: Nada... ¿estar acá posiblemente?.	<i>El terapeuta insiste y pregunta algo obvio.</i>
H: Sí.	
T: Tenías cara.	<i>Lo confirma.</i>
M: Es un chico que últimamente tiende a levantar la mano, está agresivo, que insulta, que me insulta y con una terminología inimaginable, son términos impropios de un hijo.	
T: Referidos a una madre.	<i>El terapeuta continúa con el deseo de que la participación sea activa y sin culparlo de nada, todavía.</i>
M: Sí, sí.	
T : ¿Cómo es que se generan estas cosas? Contame, David. ¿Cómo es que pasan estas cosas desde tu punto de vista?	<i>El terapeuta insiste en conocer lo que David cree.</i>
H: Y porque yo quiero hacer lo que todo el mundo hace.	
T: Contame lo que vos querés hacer.	
H: Juntarme con mis amigos, salir a bailar, escuchar música en mi pieza, fumar.	
T: Mm...	<i>El terapeuta da muestras de estar atento.</i>
H: Llegar a las seis de la mañana, mi mamá se cree que los bailes terminan a las dos de la mañana.	
T: Mm...	
H: Todo eso.	
T: Este, bueno, vos querés hacer estas cosas que hacen tus amigos y tu mamá te reta.	
H: Claro, todo le parece mal.	
M: No, no es que todo me parezca mal.	
T: ¿Por qué no conversan un poco...?	<i>Se propone un diálogo entre los consultantes.</i>
H: Aparte yo ni sabía que veníamos acá.	

T: ¿Cuándo te enteraste?	<i>Surge un tema sobre el cual hablar.</i>
H: Ahora.	
T: Acá.	<i>Precisa: ahora y acá.</i>
H: Claro.	
T: ¿Y adónde pensabas que venías?	
H: No sé, que íbamos a hablar con alguien...	
M: De otra manera no habrías venido y a esto hay que ponerle solución de alguna forma.	<i>La verdadera queja de la madre se expresa en este momento.</i>
T: Mm...¿cómo era? ¿Pensabas que ibas a venir a la casa ... a ver a quién?	
H: No sé me dijo que tenía que ...	
T: Yo digo, lo que vos pensaste ...	
H: Que tenía que venir a hablar con una amiga no sé qué y me trajo.	
M: Yo le dije que me acompañara que quería hablar con una persona. Pero no iba a haber otra forma de traerlo.	
T: Mm...	<i>La participación poco clara, hace que los consultante sean quienes hablan.</i>
M: Yo creo que usted podrá entender que esta situación es insostenible, porque no es que el chico se porte mal, el chico ya astilló la puerta de la casa a puntapiés, el chico entró a la escuela y me insultó adelante de todos los alumnos; el chico se encierra en la habitación con los amigos, no sé que pasa adentro de esa habitación, se pueden pasar horas metidos todos allá adentro escuchando música, fumando.	
T: ¿Qué más piensa que puede pasar?	<i>Apoyo para que exprese sus peores temores.</i>
M: No sé realmente. Y yo siento que es una situación que...	
T: Perdón, si es porque están juntos y fuman... me parece que usted a veces imagina que puede pasar algo más.	<i>El terapeuta aumenta la intensidad, planteando la diferencia entre lo imaginado y lo que sucede.</i>

M: No sé, es toda una sensación de holgazanería, son chicos que podrían estar estudiando, haciendo deportes, haciendo algo productivo; se meten a las dos de la tarde y son las diez de la noche y están en la habitación escuchando música, a las carcajadas, imposible entrar.	
T: ¿Qué le preocupa a usted...?	
M: Toda esta situación.	
T: Y a vos no te preocupa este enojo de tu mamá, este malestar de tu mamá?	<i>Invitándolo a interactuar. Se redefine enojo por malestar.</i>
H: No, porque es de ella.	
T: Ahá...A vos no te afecta en nada ...	<i>¿Qué es lo que preocupa a David?</i>
H: No porque hago lo mismo.	
H: Sí.	
T: Ahá. Te seguirás preguntando para qué estás acá.	<i>(Haber tenido que venir) relacionado con un planteo terapéutico ya realizado.</i>
H: Sí.	
T: Pero, bueno, no sé, yo, si estuviese en tu lugar también me preguntaría porque estoy acá. ¿Y vos creés que esto podría mejorar en algún sentido?	<i>El terapeuta hace una reflexión en voz alta, como si fuera David. Y también le hace una pregunta directa.</i>
H: Es que ella va a ser siempre igual, va a pensar siempre lo mismo.	
M: David, si estamos acá es para ver qué podemos hacer juntos; yo ya no sé cómo tratar...	
T: ¿Usted estaría dispuesta a hacer algo “junto a David “para mejorar esta situación; pero él parece que...	<i>Dado que David no responde, el terapeuta propone una redefinición: “Junto a David” en lugar de “contra”. Son acciones y decisiones conjuntas. Para la madre es importante que David entienda y por ello le explica todo. Pero lo relacional prevalece por sobre el contenido.</i>
M: Es que yo le repito todo el tiempo que quiero tratar de lograr algún cambio, pero él no me habla, no me explica nada, entonces qué ideas puedo trabajar yo en mi cabeza. Yo estoy dispuesta por supuesto porque es mi hijo, porque lo amo, pero yo necesito entender qué hacer.	

T: Yo creo entender un poco la situación; no del todo, me parece que, no sé, tengo como la sensación de que a ustedes les cuesta hablar entre ustedes.	<i>El terapeuta hace explícita la diferencia existente y se los “une”, “igual” en la misma situación.</i>
H: Ella habla todo el tiempo.	
M: Y si no hablás, qué querés que haga...	
T: Ella habla todo el tiempo ¿Y vos qué hacés?	<i>El terapeuta quiere que David haga explícita su conducta.</i>
H: Escucho.	
T: Y a veces ni escuchás.	<i>El terapeuta hace referencia al par complementario.</i>
H: A veces no.	
T: Me animaría a decir que son más las veces que no escuchás.	<i>El terapeuta arriesga un porcentaje.</i>
H: Hago como que escucho, pero en realidad...	
T: ¿Se había dado cuenta usted de eso?	<i>Siembra una duda del “más de lo mismo”, que forma los problemas.</i>

T: O sea que es como que mientras más habla, él menos escucha.	<i>Pone en evidencia la regla que regula la relación entre madre e hijo.</i>
M: Y pareciera, pero ya ¿Qué me queda hacer, doctor?	
T: O por lo menos entiende menos cada vez...si...usted no sabe qué hacer.	<i>Se los vuelve a nivelar en la responsabilidad de mantener el circuito.</i>
M: Y, entiendo cada vez menos.	
T: Eso. Usted no sabe qué hacer. Vos tampoco sabes qué hacer.	
H: No. Aparte cuando habla miente, lo único que hace es mentir.	
M: ¿Por qué decís eso ...?	
H: Sí, sabés por qué.	
T: Yo no sé; ¿me podés contar?	<i>Surge un “secreto familiar”. Dado que el terapeuta está excluido, pregunta.</i>
H: Ella que le cuente, ella, ella sabe.	
T: Vos decís que ella miente, así que ella no sabe...	

H: Y ahora me trajo acá sin decirme la verdad.	
T: Eso lo entiendo, me quedó claro.	
H: Y después todo lo que pasó con mi papá que no me enteré si no lo veía yo.	
M: David, pero yo todo eso lo hice porque te quiero.	
T: Perdone, señora. ¿Por qué no me contás, David, para entender lo que vos entendés?	<i>El terapeuta insiste en conocer lo que perturba a David.</i>
H: Y nosotros nos fuimos cuando éramos chicos a Suiza a ver a mi papá, todos nos íbamos a vivir con él y todos estábamos alegres y a los 7 años nos volvimos, por qué no sé. Lo que pasó es que hasta hace 3 años que nos fuimos de vacaciones a la casa de mi abuela que vive en Chile y nos encontramos con mi papá y ahí tampoco nadie me dijo nada y yo solo me di cuenta porque él estaba con una mujer y un nene, ellos vivían en una pieza y nosotros en otra, y el nene le decía papá y ahí me enteré la gran verdad.	
T: A los 12 años.	
H: Claro.	
T: Que tu mamá y tu papá estaban separados; tu papá se había vuelto a casar.	<i>Hace explícito lo hasta ahora implícito.</i>
H: Claro. Yo nunca supe por qué nos volvimos de Suiza, por qué mi papá nunca venía, por qué estábamos solos acá.	
T: Y vos preguntaste varias veces ...	
H: Sí, preguntaba por mi papá, pero nadie me decía nada.	
T: Ahá.	
H: Entonces, para qué escucharla.	
T: Sabés lo que pasa David, entiendo la bronca que te puede haber dado en ese momento. Me imagino que te puede haber durado un buen tiempo. Lo que no entiendo muy bien es esta situación actual, ahora, estos días, con todo este dolor ...	<i>Se confirman los sentimientos de David, con el objeto de facilitar la expresión del planteo de "su" problema.</i>

H: Y ahora en enero mi papá nos vino a buscar y nos fuimos de vacaciones con él. Entonces ahora se quiere hacer el padre a último momento y comprarnos cosas que quiera; al final fueron unos días más feos...	
T: No entiendo muy bien una cosa; explicámelo por favor; vos estás enojado, tenés bronca ... ¿con quién? ¿Con tu mamá, con tu papá, con los dos...?	<i>Solicita mayor precisión, para saber con quién está enojado.</i>
H: Ya ahora con nadie, para mí, mi papá no es nadie, no le tengo bronca.	
T: Pero no me vas a convencer porque parece que cuando vos te enojás largás mucha bronca, parece que la descargás en tu casa, tu mamá, tus hermanos, tu abuela, posiblemente, pero no entiendo...	<i>Si el terapeuta no entiende, se le debería explicar mejor.</i>
H: Puede ser que le tenga bronca porque no me dijo nada.	
M: Es como que siempre me lo reprocha.	
T: Perdóneme, que se me hace lío en la cabeza ... este ... yo entiendo que tengas bronca y hasta diría que es comprensible que vos tengas bronca, pero lo que yo me pregunto es ... no sé si me lo puedas contestar, pero ... ¿Para qué te sirve?, ¿te sirve para algo? Porque mirá, yo tengo como una sensación y es que esto te genera sentirte más mal con tu mamá, con tu abuela, hermano. Creo que sólo te sentís bien con tus amigos. Es decir para estar bien tenés que estar fuera de tu casa.	<i>El terapeuta confirma los sentimientos, pero cuestiona la "utilidad" del modo de expresar los sentimientos.</i>
H: Sí, o en mi casa en la pieza.	
T: Encerrado.	<i>Fuera de la casa o encerrado en la misma, es igual. Ilusión de libertad.</i>
H: Claro, ella no se mete, grita un rato y después se queda...	
T: Tu hermano vive en la misma pieza que vos?	
H: Sí, pero no lo dejo entrar.	
T: Vos no lo dejás entrar y ¿él quiere entrar?	
H: No, ahora que estamos más ... antes sí.	
T: Y si quiere entrar, dormir, ¿qué hace?	
H: Ahh... y entra porque también es la pieza de él. Pero cuando están mis amigos no lo dejo entrar.	

T: Y si él lleva a sus amigos, ¿vos entrás?	
H: No lleva amigos.	
T: No es problema para vos que tu hermano quiera entrar a la pieza.	
H: No, y no jode mucho, tampoco.	
T: Me doy cuenta que vos no tenés ningún problema, pero si cambiaran algunas cosas te verías favorecido por algo...	<i>El terapeuta asegura que David no tiene problema, pero le genera la ilusión de que es posible estar mejor.</i>
H: Y, tendría que cambiar ella...	
T: Ahá.	
H: Medio difícil. Es raro que ahora esté callada.	
T: Yo le agradezco que usted esté callada, me parece que a mí me ayuda a poder entender lo que pasa con David, sé que usted tiene muchas ganas de decir muchas cosas.	<i>El terapeuta destaca el silencio de la madre.</i>
M: Yo tuve mis razones para hacer lo que hice.	
T: Seguro, seguro, razones seguramente de mujer, de esposa ...	
M: De madre.	
T: De madre, seguro. ¿Sabe qué? Cuando pasan estas cosas, que hay tanto dolor y tanto malestar yo siempre tengo la sensación, no sé si a ustedes les pasa ... tengo la sensación de que hablar más en estos momentos es como complicarlo un poco ... ¿No habría la posibilidad de que uno de ustedes saliera y yo me quedara conversando con el otro y después querría conversar con el que sale y sale el que se queda ..? Vos te reís porque ...	<i>El terapeuta los confirma en el dolor e inicia una maniobra con el objeto de mantener la maniobrabilidad con ambos consultantes.</i>
H: Y, porque pensaba salir yo y zafar ...	
T: Yo justamente le iba a pedir a tu mamá que saliera primero, charlamos un rato y después, sí, zafás ¿Ah?	<i>El terapeuta prescribe la conducta de David.</i>
H: Bueno.	
T: ¿Podría salir usted?	
M: Bueno ...	

T: En realidad sé que a vos te hubiera gustado estar afuera y en realidad ni siquiera volver.	<i>Lo confirma en su deseo y va más allá, a manera de desafío.</i>
H: Claro.	
T: Yo me imagino que a vos y a cualquier chico de 15 años venir acá debe ser un...	<i>Con la respuesta deja una frase inconclusa para que David la complete a su gusto en silencio.</i>
H: Aparte siempre es igual.	
T: Siempre.	<i>Mantiene la propuesta con simples comentarios.</i>
H: Sí, es así de pesada.	
T: Mañana, tarde y noche.	
H: Siempre hace lo mismo y no se puso a llorar no sé por qué.	
T: Che ... ¿Cómo te las arreglás vos para que tu mamá sea siempre exactamente igual de pesada?	<i>El terapeuta relaciona la conducta de David con la de la madre como respuesta. La pregunta se realiza de manera que cualquier respuesta lo involucra en la interacción. David acepta su participación, su responsabilidad.</i>
H: Y soy siempre igual yo de hijo de puta.	
T: Ahá, claro.	
H: Eso que decía que la insultaba, es verdad, se horroriza.	
T: Se horroriza, y a vos te encanta que se horrorice.	<i>Lo confirma y lo alienta.</i>
H: Y si me sirve para salir o para algo así, sí. Aparte lo mismo me da plata, lo mismo todo así que ...	
T: Ahá.	
H: En realidad se queja de la puerta que le rompí y el enchufe que le rompí.	
T: En realidad vos nunca has hecho grandes ... no has cometido ningún delito ...	<i>Busca más información, pero realiza dos maniobras. Primero afirma y hace una pausa. Luego da por sentado que no ha hecho nada negativo.</i>
H: No.	
T: Digno del Reta, por ejemplo ... ¿Sabés lo que es el Reta?	<i>Lo reenmarca con una directiva desafiante</i>

H: Sí, sí.	
T: ¿Conocés alguno de ahí?	<i>El terapeuta indaga acerca de las amistades.</i>
H: Tengo algunos amigos que han estado un par de días ...	
T: Ahá, ¿qué tal?	
H: No, horrible.	
T: Horrible ... ¿Es como para evitarlo?	<i>Directiva que presagia un camino de catástrofe, pero que puede ser evitada.</i>
H: Sí.	
T: No sé, por ahí se me ocurre ... conozco algunas madres que están desesperadas y en su afán de corregir a sus hijos hasta hacen la denuncia ... Sería terrible, ¿verdad?, llegar a una situación como esa por ...	<i>Directiva complementaria, que establece: "tu mamá tiene límites". Se debe elegir entre dos alternativas.</i>
H: Pero no creo que ella se anime ...	
T: No ... Ojalá que no, pero, viste, qué sé yo, es cuestión de proponérselo a ver cuánto aguanta.	<i>Directiva que renueva el desafío</i>
H: Y, pero al final eso qué va a cambiar ... nada.	
T: A vos te da más rabia.	<i>Lo confirma en los sentimientos que podría sentir.</i>
H: Y, más vale.	
T: Seguro. Como vos decís, recién y salvando el honor de tu mamá, vos sos bien hijo de puta, vos sabés cómo hacerla engranar.	<i>Lo confirma, más aún.</i>
H: Sí.	
T: ¿Cómo te las arreglás para que ella se ponga bien chinchuda?	<i>El terapeuta le pide que describa la interacción con la cual logra que la madre se enoje. Lo desafía.</i>
H: Le digo las malas palabras más feas que puedan existir y ella se horroriza. Una vez fui a la escuela y la insulté adelante de todos los alumnos, entonces no sabe qué hacer.	
T: Se queda como paralizada.	<i>El terapeuta describe lo que percibe David.</i>
H: Pero es siempre la víctima de todo.	

T: Bueno, víctima tuya es...	<i>El terapeuta lo toma como literal</i>
H: También, pero cada día llora por todo.	
T: ¿Alguna vez te enteraste por qué es víctima de tu papá?	<i>Acepta su participación y legitima la interacción, se incluye.</i>
H: Y supongo porque la dejó por otra mujer. Porque no se ha separado, es mentira que se han separado, de hecho están separados, pero nunca hicieron nada legal, y ella siempre lo dice.	
T: Che, tu papá aporta dinero, ... algo?	
H: No sé. Cuando estuve con él ahora sí me daba plata, todo.	
T: No hace giros.	
H: No sé, eso no sé.	
T: O sea que te banca tu vieja.	<i>El terapeuta jerarquiza a la madre, que "se hace cargo" de manera integral. Confirmación de la actitud de la madre.</i>
H: Hasta ahora parece que sí.	
T: Insoportable, pero te banca.	
H: Sí; bah ... somos lo único que tiene, así que...	
T: Es su obligación.	<i>Cuando el terapeuta hace referencia a lo obligado, David destaca el cariño.</i>
H: Bah, aparte nos quiere, supongo.	
T: Ahá.	
H: Claro, pero ella tiene esos pensamientos de hace no sé cuantos años.	
T: De cuando ella tenía 15.	<i>Confirma la brecha generacional</i>
H: Claro, más o menos, entonces hablar con ella, usted dice que hablemos, pero qué vamos a hablar, ella siempre dice lo mismo, yo siempre digo lo mismo; entonces yo ya decidí quedarme callado; ella no, ella sigue hablando.	
T: Lo que no me alcanzo a imaginar es cómo esta situación a vos te hace sentir bien.	<i>Pregunta para promover reflexión.</i>
H: No, no me hace sentir bien.	
T: Ah, no te hace sentir bien, sufrís un poco.	
H: Y claro.	

T: O sea que te angustia en algún momento. Supongo que tus amigos son un refugio.	<i>Prescripción de la angustia como normal</i>
H: Sí, aparte a todos les pasa lo mismo, así que ...	
T: ¡Ah!	
H: Dentro de todo, charlamos.	
T: ¿Y se juntan en alguna casa?	
H: Sí, pero la mayoría en mi casa porque como mi mamá no nos puede sacar de mi casa ...	
T: Es la única madre que tienen controlada.	<i>El terapeuta le confirma que la madre es la única víctima.</i>
H: Claro.	
T: Casi como una pandilla son ustedes.	
H: No, no tanto.	
T: Son amigos solidarios.	
H: Sí.	
T: Con madres y padres seguramente poco comprensivos. A lo mejor es una pregunta media al pedo, pero te la hago, si vos me la podés contestar. Yo tengo la sensación ... antes de la pregunta te voy a decir una cosa: yo tengo la sensación de que vos no vas a querer venir nunca más, porque en realidad, aunque te conocés, sos un tipo valiente, noble y reconocés que tenés problemas y que la pasás mal y con esto de la incomprensión de tu mamá seguramente también me doy cuenta de que sos orgulloso en tu manera de ser, pero, qué sé yo, suponiendo que a vos por ahí se te ocurra venir, dentro de un tiempo, qué sé yo, y vos quisieras que en este tiempo algo cambie, una pequeña cosa que cambie, para sentirte mejor, viste, para sentirte mejor en la relación con tu mamá ¿qué querrías que cambiara? Una pequeña cosa, no vas a decir que tu mamá sea fantástica, que te preste el auto...	<i>El Terapeuta co- construye una meta mínima junto a David, y prescribe su posible ausencia. Lo hace desafiando al paciente, prescribe la posible respuesta, y para ello exalta su actitud valiente y noble.</i>
H: No, aparte no va a pasar nunca.	
T: Bueno, de eso no sería; algo que pueda pasar.	

H: Y ... que al menos una vez, por ejemplo el sábado, a ella le embola que salga todos los días, bueno, ni el sábado quiere que salga; salga hasta la hora que termine la fiesta sin gritos, porque generalmente llego a la hora que termina la fiesta pero después hay todo un quilombo que no se la banca nadie.	
T: A ver, si yo entiendo una cosa, para vos sería un signo de que tu mamá está cambiando, te entiende más si por ejemplo no te hiciera escándalo.	<i>El terapeuta formula una serie de preguntas para precisión del cambio mínimo.</i>
H: Claro.	
T: ¿Te podría preguntar adónde vas, o no querrías que te pregunte?	
H: Me da lo mismo.	
T: Te da lo mismo. Pero querrías que no...	
H: Después me hable.	
T: Ni antes ni después.	
H: Exacto.	
T: Debe ser difícil esto de conseguir.	
H: Y sí.	
T: ¿Algo más chiquito?	<i>El terapeuta propone reducir la meta mínima.</i>
H: Y bueno ... Que no se enoje a lo mejor cuando estamos en la pieza con mis amigos, porque estamos lo mismo, por eso, así que por lo menos no grite o que no largue toda la sanata de que está sola ...	
T: Y eso sería más fácil de conseguir ...	<i>El terapeuta da muestras de que se acercan a lo posible.</i>
H: Y no sé, a lo mejor. Sí, porque salir para ella no sé qué puedo estar haciendo cuando salgo, según ella.	
T: Violando menores ...	<i>El terapeuta exagera, para que David se acomode.</i>
H: No sé si tanto pero ...	
T: Fumando, droga ...	
H: Claro, toda esa huevada ...	
T: Robando cassettes, car-stereos ...	

H: Y las viejas del barrio le mandan chimentos que todos se los cree.	
T: Vos, es para saber nada más, ... en eso no has estado ...	
H: ¿En qué? Robar no, no he robado.	
T: Robar no. ¿Fumata?	
H: Sí, pero ya está, una vez, no más.	
T: Sí, si me decís que no ... Pero me gustás, me simpatizaste porque vas de frente, che.	<i>Se lo confirma como persona frontal, "honesto"</i>
H: No, aparte no estoy nervioso, se puede hablar más tranquilo.	
T: Bueno... eso de una vez... este... yo sé que es una forma de decir, pero, no importa, dejémoslo ahí. Así que si vos vieras que tu mamá no te echa tus amigos, eh... sentirías como un pequeño alivio.	<i>El terapeuta precisa la meta mínima, "la madre no debe echar a sus amigos".</i>
H: Sí.	
T: Y a que tu mamá no proteste al salir o al regresar ...	<i>La amplía y precisa a la vez.</i>
H: Eso ya sería ...	
T: Ya sería ¡ohhh!	
H: Claro, porque yo no puteo porque sí, o no le pego a la puerta porque sí, todo es porque algo me da bronca.	
T: ¿Por qué te da bronca?	<i>El terapeuta destaca el sentimiento que prevalece, pero David no lo reconoce como propio.</i>
H: Por algo que ella hace primero.	
T: Tampoco porque sos un niño chiquito que hace berrinches.	
H: No, no.	
T: Sos un joven de 15 años que ... que bueno, que a veces se parece a ... un chico de 5 que hace berrinches, pero ... una última cosa ... ¿Sería factible que nos viéramos una vez más? Sé que es bastante difícil pedirte, quizás demasiado, yo te agradezco que te hayas quedado sentado ...	<i>Redefinición de las soluciones intentadas por David Se lo desafía para que venga a una próxima sesión.</i>
H: Claro, pero lo que pasa que yo vine acá por ella ... vine ...	

T: Engañado.	
H: Claro.	
T: ¿Sabés qué? Porque yo tengo curiosidad por saber si esto que vos te proponés y yo ayudando un poquito ... se pudiera conseguir que tu mamá fuera menos escandalosa cuando van tus amigos y vos se meten en la pieza; y lo otro que ya es demasiado: que no te cuestione ...	<i>Se redefine la protesta posible de la madre por menos escándalo.</i>
H: Cuando salgo.	
T: O cuando volvés. ¿Podríamos quedar dentro de un par de semanas para ver si ...	
H: Sí, sí.	
T: Después arreglo con tu mamá ¿o querés que arreglemos vos y yo por tus horarios?, no sé, vos no estás yendo al colegio ...	
H: No, no hago nada.	
T: O sea que te viene bien de mañana, de tarde ...	
H: Sí, mejor de tarde.	
T: ¿Vos te vas a ir ahora o te vas a quedar esperándola?	
H: No, me tengo que quedar a esperarla, si tengo 15 años.	
T: En base a eso arreglamos. Tenés 15, cierto, tenés 15 ¿Cómo se te ocurrió decir eso de 15 años?	<i>Reestructuración. Acepta la edad que tiene y que la madre le reconoce.</i>
H: Y porque ella me dice “tenés 15 años”, por eso todo lo que hace, porque tengo 15 años.	
T: Bueno, me aguantás un cachito.	
H: Sí, sí.	
T: Qué sé yo, ahora yo converso con ella y vos te quedás liberado.	
H: Está bien, sí. Ahora le va a largar con la sanata a usted.	
T: ¿Me irá a convencer, che? ¿Cuál es tu fantasía?	
H: No creo que convenza a nadie ya.	
T: Para vos no.	

H: Claro, a lo mejor al principio porque es la primera vez que se lo cuenta.	
T: Viste, por eso yo quería conversar primero con vos. Si bien así como creo que vos sos un chico valiente y noble en tanto y en cuanto reconocés todo lo que has reconocido, no me dabas la impresión de que fueras un mal chico. En fin...	<i>Valoración de sus aspectos positivos</i>
H: Sí, no soy malo, aparte.	
T: Bueno, te veo cuando termine con tu mamá, ¿ah? ¿Esperás un cachito?	
H: ¿La llamo?	
T: Por favor.	

T: Bueno, muy útil conversar con su hijo.	<i>El terapeuta tranquiliza a la madre</i>
M: Me alegro.	
T: ¿Cómo?	
M: Digo que me alegro si sirve.	
T: Sí, usted estaba allá afuera y ¿qué pensaba?	<i>Acerca de lo que la madre fantasea.</i>
M: No sé, pensaba que podía llegar a hablar con David. Espero que haya podido hablar más de lo que hablo yo.	
T: Habló mucho... Bueno, me gustaría que me contara usted; ya me ha dicho lo que la preocupa, ya he visto cuál es la actitud de él ante usted; diferente de cuando usted salió. Cuénteme por qué... qué cree usted que está pasando que David está tan rebelde.	<i>El terapeuta mantiene la línea de calmar a la madre, y luego solicita mayor precisión en el motivo de consulta.</i>
M: Me duele mucho ... Algo, para mí, algo pasó hace dos meses atrás cuando se fue a Chile con el padre. Vino el padre a buscar a los chicos y se los llevó a Chile y yo, realmente, yo ...	
T: Es decir, el año pasado la conducta de David era diferente.	
M: Volvieron de Chile los dos así, porque ahora el más chico también. Con unas ínfulas de hombre que lo sabían todo y ahí empezó esto, y así está la cosa.	

T: Como algo que no es propio de la edad sino que está ...	<i>El terapeuta señala posible alianza (coalición) de David con su papá</i>
M: Y no sé, como que están hombres de la calle ... Yo no sé realmente qué pasó con el padre, no sé.	
T: ¿Qué cree usted que es lo que pasa entre ustedes? Porque vio, a mí me daba la sensación de que cuando usted le habla es como que le acercaran un fósforo.	<i>El terapeuta se centra en la relación entre madre e hijo y hace una analogía.</i>
M: ¿Usted dice entre mi hijo y yo?	
T: Sí.	
M: Mire, doctor, yo ... no sé, muchas veces lo he pensado, es como que David quisiera castigarme, como que él constantemente me está recriminando lo que él le contó del padre. Él dice "mentiras", no son mentiras. Yo sólo quería que no sufriera.	
T: Ahá.	
M: Sufría yo sola.	
T: O sea que, con la mano en el corazón, también usted tiene que aceptar que fracasó en ese sentido.	<i>Solución intentada fallida de la madre.</i>
M: Yo hice lo que pude.	
T: Seguro, seguramente más de lo que pudo.	<i>Confirma las intenciones, pero no los resultados.</i>
M: Para mí fue muy duro, muy duro, yo estaba sola.	
T: Seguro. No me termina de explicar esto, no es que usted no me explique, a lo mejor soy yo el que no lo entiende, ¿qué es lo que pasa que David reacciona así? Usted dice "me quiere castigar", no sé ...	<i>El terapeuta se coloca en complementaria inferior dando a entender que se trata de una dificultad propia.</i>
M: Lo que yo creo, que él sabe que lo que hace está mal.	
T: ¿A qué se refiere, a los insultos?	<i>El terapeuta reclama mayor precisión de la queja.</i>
M: A los insultos, puntapié contra los enchufes, puntapié contra las puertas, puñetazos en las puertas.	
T: Es como si él ... a ver, discúlpeme, es como si ... no sé si es así, pero ... por lo que usted dijo es como si él intentara provocarla a usted.	<i>El terapeuta describe la conducta de David como provocación.</i>
M: Yo lo siento así.	

T: Es decir, él la provoca, entonces.	<i>El terapeuta confirma la intención y el resultado.</i>
M: Yo lo siento así. En casa hay reglas claras y yo creo que son chicos que los eduqué bien.	
T: Perdón, ¿claras para quién?	<i>El terapeuta le transmite que en la práctica la claridad no se percibe.</i>
M: Y, creo que para todos, yo creo que me preocupé de su educación, que, bueno, no han vivido en las mejores circunstancias, eso es cierto porque historia terrible la nuestra, pero, yo eduqué, yo puse las reglas y desde ese viaje a Chile es siempre ir más allá, más allá ...	
T: Esto que usted me está diciendo de poner reglas, de que educó, ¿en qué época lo centraría usted?, ¿cuándo fue que puso reglas?	<i>El terapeuta desea precisar de qué etapa del ciclo vital son las reglas y qué posible relación tiene la crisis por sucesos inesperados.</i>
M: Y yo creo que tuve que ponerme firme en el momento que me quedé sola con los chicos.	
T: Eso hace ... cuatro años tenía David. Es decir, la primera vez después con todo esto ...	<i>El terapeuta establece los cuatro años como edad.</i>
M: Claro, a partir de ahí mi marido se fue, y bueno, fue toda la historia, pero ...	
T: Se me ocurre ... no sé si es cierto, pero usted me contesta si me equivoco o no, es como si ... si debieran haber cambiado las cosas. No sé, me imagino que cuando uno tiene hijos chicos usted se paraba al lado de David y David la miraba así, y usted lo miraba así. Ahora está más alto que usted, él cuando la mira, mira para abajo. Yo pensaba que así como ha cambiado el ángulo de la mirada también ha cambiado la relación, la forma de ser ...	<i>El terapeuta busca una analogía, lo hace considerando el lugar desde el que la madre miraba a David cuando era chico. Las semejanzas y/o las diferencias entre la altura y el trato.</i>
M: Es que él ya se siente un hombre, se cree que ya vivió la vida.	
T: Nosotros sabemos que no es un hombre.	<i>El terapeuta hace alianza con la señora.</i>
M: ¡Tiene 15 años!	

<p>T: Así es, tiene 15 años, pero está más alto que usted. Eso me hace pensar que en realidad, como que algunas cosas deberían cambiar. Cuando usted le pasa las cosas en vez de pasárselas para abajo las pasa para arriba. Es un mocoso de 15 años, seguro que hay un montón de cosas que ni siquiera sabe hacer, bah, la mayoría.</p>	<p><i>El terapeuta confirma, precisa y propone una nueva analogía</i></p>
<p>M: Sí, no sabe.</p>	
<p>T: Y él se cree que se las sabe todas.</p>	
<p>M: Esa es la actitud.</p>	
<p>T: Y usted siente que le tiene que enseñar.</p>	
<p>M: Y sí.</p>	
<p>T: Y yo estoy de acuerdo, lo tiene que educar, todavía quedan muchos años de educación. Pero sabe qué, yo pienso que a los 15 años se educa diferente, hay que seguir siendo madre, y en el caso suyo hay que seguir siendo madre y padre.</p>	<p><i>Se la confirma en el rol de educadora, pero se cuestiona el método empleado.</i></p>
<p>M: Sí, doctor.</p>	
<p>T: Pero diferente. A lo mejor yo la podría ayudar, si usted llega a ... piensa como yo, que ... lo que usted tiene que seguir en esta dura labor, durísima labor, pero mi sensación es que usted está tratando de educarlo no como un pesado adolescente de 15, sino como si tuviera 5, cuando usted le pasaba las cosas para abajo. No sé, si usted estuviera dispuesta a ...</p>	<p><i>El terapeuta genera expectativas y propone la misma redefinición que se empleó con David. Luego duda de que esté dispuesta.</i></p>
<p>M: Estoy dispuesta, sí, doctor.</p>	
<p>T: ¿Sí? ¿Seguro que está?</p>	<p><i>Maniobra para chequear y aumentar la motivación y la disposición.</i></p>
<p>M: Sí.</p>	
<p>T: Sabe que tengo en la punta de la lengua un par de cosas para decirle, pero, pero en realidad no me animo porque yo querría que usted estuviera mucho más convencida y a lo mejor sería bueno que dejáramos pasar dos o tres semanas, y usted lo piensa ... qué sé yo.</p>	<p><i>El terapeuta emplea la variable que implica el tiempo como recurso para aumentar la intensidad de la motivación.</i></p>
<p>M: No, no.</p>	
<p>T: Se banca unos cuantos conflictos de ...</p>	
<p>M: No, no, porque es muy duro ...</p>	

T: Me imagino, me imagino que debe ser durísimo ver cómo se destruye la casa por enojo, insulto, yo sinceramente creo que no me podría aguantar. Pero insisto, si no quiere pensarlo dos o tres semanas, piénselo una, dos semanas, me contesta y yo le podría dar un par de sugerencias para cambiar un poco la actitud.	<i>Continúa la intervención propuesta.</i>
M: Mire, si usted cree que es necesario el tiempo ... Pero yo realmente venía a buscar una solución, que me dieran una solución porque yo no doy más.	
T: ¿Sabe qué pasa? ... Que estoy pensando que a lo mejor es como un cambio muy grande para usted, y a pesar de que usted puede confiar en mí, a lo mejor piensa que no tiene mucho sentido, pero yo la veo tan confusa, tan desorientada y además que ha fracasado tanto que hasta me siento tentado de darle, tirarle como una sogá para que usted empiece a hacer ya desde mañana ...	<i>El terapeuta realiza una prescripción del síntoma.</i>
M: Yo, mire, lo que usted me dijo recién la verdad nunca se me había ocurrido.	
T: ¿A qué se refiere?	<i>La paciente reestructura.</i>
M: Esto de, claro, a lo mejor lo trato como a un nene chiquito, de madre que es uno, porque es como que los chicos siempre son chicos, pero, es decir ... Yo nunca había pensado eso.	
T: Y usted cree que ... ojo, de ninguna manera yo creo que usted debería tratarlo como un chico de 15 así de buenas a primeras. Bah, ahora que lo digo, me imagino ... o no, a lo mejor estoy pensando demasiado, a lo mejor tendría que pensar más ... y este ... usted pensar más si se compromete a seguir fielmente un par de indicaciones que yo le daría.	<i>El terapeuta busca mayor motivación y compromiso ante la tarea.</i>
M: Yo, doctor como usted vea, si usted ve ... considera que hace falta el tiempo ...	
T: No, ¿sabe qué pasa?, yo no tengo el termómetro de sus ganas, hasta de su desesperación.	<i>Búsqueda de intensidad</i>
M: Yo estoy dispuesta a lo que sea.	
T: Yo necesitaría casi una madre desesperada.	
M: ¿Y usted no cree que yo estoy desesperada?	

T: Y ... yo sé que la gente cuando está desesperada o llora o se ríe ...	
M: Es que estoy nerviosa.	
T: Me imagino... ¿Le puedo dar una sugerencia y usted se compromete a hacerlo?	
M: Sí, doctor.	
T: Seguramente le va a sorprender, seguramente le va a parecer descabellado, pero ... hasta puede ser divertido y usted hace mucho que no se ríe.	<i>El terapeuta ofrece una alternativa que define como descabellada para que la madre se “anime” a la propuesta.</i>
M: Me hace gracia porque le pone humor a la situación.	
T: Es que me lo estoy imaginando, y casi que me estoy imaginando su alegría y su disfrutar pero bueno, falta hacerlo, ¿no? ... ¿Sabe qué? Pensaba si usted no lo podría sorprender a David.	<i>Ante la respuesta de la madre, el terapeuta mantiene la idea de lo difícil que será, que debe ser creído, como que también puede ser alegre. Si cree una cosa, cree en la otra. Además lo sorprenderá. Redefine por lo tanto la situación.</i>
M: ¿Y sorprenderlo, cómo?	
T: Con algo inimaginable para él.	
M: Dígame.	
T: ¿Sabe qué? Es posible que David mañana quiera escuchar música.	<i>El terapeuta anticipa algo muy posible.</i>
M: ¿Que él quiera escuchar música? Si él se levanta con la música.	
T: Es posible que vengan sus amigos.	<i>Agrega algo que también es frecuente. Las respuestas tienen la tendencia al sí.</i>
M: Sí.	
T: ¿Sería factible que usted, por ejemplo, comprara un par de Coca Cola y cuando entren sus amigos usted le diga “David, ahí compré un par de Cocas para que las lleves a la pieza y las tomes con los chicos” ... y se las deja y... no hablarle a través de la puerta desde ese momento hasta media hora después que se hayan ido los chicos ...	<i>El terapeuta le indica una tarea para que lleve a cabo. La sorpresa de la señora ha sido anticipada, lo difícil, también, y lo divertido va entonces incluido.</i>
M: ¿Y dejarlos, todo el día?	

T: Todo el día. Usted disfrutando de la intriga de David porque usted no lo chichonea, no le dice nada. Yo sé que puede, además sé que se comprometió, pero sé que es difícil.	<i>El terapeuta redefine el silencio de David como intriga, como una nueva propuesta de comunicación.</i>
M: ¿Usted cree que funcionaría?	
T: Depende de usted.	<i>Le reconoce el mérito de la tarea y por de la responsabilidad. El logro será sólo de ella.</i>
M: ¿Por qué?	
T: Depende de lo que usted hace, ni que decir si al día siguiente hace exactamente lo mismo. Creo que en muy pocos días usted va a notar un cambio en David, obra de su esfuerzo, del esfuerzo de educarlo como un hijo de 15 años. ¿Sabe qué pasa? Cuando usted le dice cosas a David, David no puede pensar, como que sólo tiene que obedecer, y como tiene 15 años él se rebela. En cambio, si usted ahora no le dice nada, en ese silencio al que no se puede rebelar, sólo puede reflexionar y rescatar todas las cosas hermosas que usted le ha dado desde que nació hasta diciembre. Me gustaría que nos viéramos la semana que viene, usted y yo solos. Yo he quedado con David en que nos vamos a ver dentro de dos semanas, usted no le tiene que decir absolutamente nada. Yo ahora voy a salir, lo voy a llamar, le voy a dar un turno a usted y le voy a dar este otro turno a David.	<i>La explicación que la Madre buscaba al comenzar la entrevista, la obtiene ahora. Prescripción de silencio para la madre.</i>

T: ¡David! Bueno, hoy es martes. ¿Querés que quedemos para dentro de dos martes?	<i>El terapeuta ofrece un nuevo turno a David.</i>
H: Sí.	
T: Hoy es 15, el martes 29 a esta hora. ¿Sí?	
H: Sí.	
T: Vení solo. Usted no necesita acompañarlo. Tomá este turno, cualquier cosa que no puedas venir por cualquier compromiso que tengas, me hacés saber y arreglamos algún otro turno. Te agradezco que hayas venido, te agradezco que te hayas quedado. Nos vemos.	<i>El terapeuta prescribe una posible ausencia de David. Éste debe desafiarse para tener razón, y para ello debe volver.</i>

Caso Clínico II: Roberto

Tipo de dramatización: elaborada previamente por el actor “consultante”, sin conocimiento previo del caso por el terapeuta.

Fecha: Julio de 2002.

Terapeuta: Jorge Aristóbulo Fernández Moya

Consultante: Federico G. Richard.

Duración: 38 minutos.

Desgrabación y análisis: Federico G. Richard, agosto de 2004

Desgrabación	Análisis
T: Me gustaría saber su nombre, su edad.	<i>Etapas social, que comienza con la presentación.</i>
C: Roberto Petrella. Tengo 24 años.	
T: ¿Qué hace usted, Roberto?	<i>El terapeuta (T) indaga datos acerca de la identidad y actividad del consultante (C).</i>
C: Trabajo en la Empresa de transportes. Yo mando encomiendas ... en la terminal ¿vía?	
T: ¿Y es un trabajo que hace todos los días?	
C: Sí. De lunes a sábado y domingo por medio. Laburo en el expreso, ¿vía? Entrega de paquetes, todo eso.	
T: ¿Hace mucho que trabaja ahí?	
C: Dos años van a hacer ahora.	
T: Dígame, ¿usted es soltero, casado?	<i>El Terapeuta indaga datos de familia conviviente.</i>
C.: Juntado.	
T.: Juntado. Ahá. ¿Tiene chicos?	
C.: No.	
T.: ¿Hace mucho que vive en pareja?	
C.: Cuatro ... casi cuatro años.	

T: Cuatro años ... Joven.	
C: Sí ... Tenía ganas ...	
T: ¿Llevaba mucho de novio?	
C: No, la verdad que no. Muy poquito. Un mes habré estado.	
T: Fue como un flechazo.	
C: Sí, un flechazo.	
T: ¿Su novia se llama ...?	
C: Jacinta.	
T: Jacinta ... ¿Y qué edad tiene Jacinta?	
C: 22.	
T: 22. Ajá ... Jovencitos los dos. Ajá. Bueno, cuénteme cómo fue que decidió consultar.	<i>Etapa de planteo del problema: el terapeuta pregunta acerca de qué ha motivado al consultante a realizar la consulta, a fin de registrar la queja inicial.</i>
C: Mire, en realidad vengo porque la semana pasada nos llevaron la cartilla de los... de la mutual, que habían incorporado ...	
T: El servicio.	
C: Y entonces decidí ... por venir a ver. En realidad ... no es que tenga algún problema... de la cabeza, así.	
T: No está loco.	<i>El terapeuta anticipa que no está loco, pero confirma que exista un motivo de preocupación.</i>
C: No, no, no.	
T: No, no.	<i>El T. Repite las palabras del C.</i>
C: Una cosa ... qué se yo. Me jode un poquito pero no es...	
T: Hjmm.	
C: ...gran cosa, usted verá, no sé.	
T: Me doy cuenta de que por un lado usted vio la nueva cartilla que incluía salud mental, y este problemita que usted dice ... ¿Por qué no me cuenta un poco de su problemita?	<i>Etapa de interacciones: El terapeuta indaga sobre el problema, para ello emplea el lenguaje del consultante.</i>

C: Mire, a mí lo que me pasa es que cuando ando en bicicleta -yo me voy a trabajar en bicicleta; yo vivo allá arriba en el barrio Gráfico, ¿conoce?- ...	
T: Se tiene que atravesar la ciudad.	<i>El terapeuta da muestras de haber comprendido.</i>
C: Claro, prácticamente. Sí, bordeando la ciudad, por la Av. Moreno. Y usted sabe que por ahí vengo andando y me da como un, como que me voy a caer de la bicicleta, que sé yo, y me tengo que frenar, ¿vio?, hasta que se me pase un poco. Yo fui a un médico hace un par de meses. Me revisó, me dijo que estaba bien. Me mandó a otro que me revisó el corazón, me hizo un estudio y me dijo que andaba todo bárbaro.	
T: Un estudio ... ¿cómo era?	<i>Soluciones intentadas: T indaga las consultas anteriores realizadas a otros profesionales. Pide detalles sobre los estudios, para obtener más información sobre el problema y sobre lo que C piensa del mismo.</i>
C: Eso que le ponen los ...	
T: Un ECG	
C: Exacto.	
T: ¿Se lo hizo acostado o se lo hizo en movimiento, en bicicleta?	
C: No, acostado.	
T: Y le dijo que estaba bien.	
C: Sí, sí. Me escuchó ...	
T: Ajá. Y lo derivó, le dijo que debía consultar a un psicólogo, un psiquiatra, una cosa así.	<i>El terapeuta da muestras de haber arribado a la misma conclusión.</i>
C: Sí. Me dijo que me quedara tranquilo. Y me dice: “Si tenés muchas ganas andá a un psicólogo, en una de esas algo que andás medio nervioso”. Pero me lo dijo así como ... yo mucha pelota no le di, porque yo ... no se me ocurrió que un psicólogo me pudiera ayudar.	
T: Pero algo lo decidió. Además que tiene la cobertura ...	

C: Y ... mire. En realidad es como que dije “voy a probar todo lo que tengo a mano”. Porque ya me está jorobando un poco.	
T: De problemita pasó a ser un problema.	<i>El terapeuta redefine, toma la queja, planteada como “problemita” y hace el pasaje a problema y problemón.</i>
C: Sí ...	
T: Y usted querría evitar que sea un problemón.	
C: Claro, eso. Sí, la verdad es que por ahí he pensado ... se me va a hacer más pesado. A mí lo que me jode en realidad es llegar tarde al trabajo.	
T: Este problema a usted le trae aparejado llegar tarde al trabajo	<i>T indaga qué llevó al C a consultar en el momento actual: esto da datos sobre la magnitud del problema en la percepción de C y cuánta es su motivación.</i>
C: Claro.	
T: Porque, a ver: usted viene desde el Barrio Gráfico a la Terminal, en bajada.	<i>El terapeuta comienza a construir una posible redefinición.</i>
C: Sí, sí.	
T: En bicicleta, casi sin hacer esfuerzo, digamos así, esfuerzo físico.	<i>El terapeuta introduce una dimensión cuantitativa en el problema, que eventualmente utilizará después para definir cambios a obtener que puedan ser medidos.</i>
C: Además cuando yo salgo de mi casa tengo que pedalear unas cuadras, y después todo ...	
T: Más bien frenando. Pero cuando usted se va a su casa es todo subida.	<i>El terapeuta deja claramente establecido que no es un problema derivado del esfuerzo.</i>
C: Sí.	
T: ¿Y qué le pasa ahí?	<i>El terapeuta obtiene una primera respuesta que confirma su hipótesis.</i>
C: No, no. Nunca he tenido problemas a la vuelta.	
T: Ajá. Nunca ha tenido problemas.	<i>Lo resalta, destaca.</i>
C: No, no.	

T: Y lo que le pasa, cuénteme qué es lo que le pasa cuando viene.	<i>Circuito del síntoma: el terapeuta pregunta con el objeto de conocer en qué momentos y lugares se presenta y cuándo no se presenta el síntoma.</i>
C: Es como un mareo. Vio, como cuando uno ha tomado unas copas de más. Las cosas como que se mueven. Uno pierde la línea recta en la que va.	
T: La estabilidad.	
C: Claro. Me da la impresión de que me voy a caer. Ahí nomás siento el corazón -¿vio?, que por eso me vio un cardiólogo-, el corazón que me late fuerte, ¿me entiende?	
T: Ajá.	
C: Y me tengo que parar porque me caigo. Una cosa de golpe así.	
T: Ajá. ¿Y entonces usted qué hace? Viene en bicicleta, le pasa eso, ¿y qué hace?	<i>El terapeuta desea conocer cuáles son los intentos de solución a los que recurre el consultante y cuál es el resultado.</i>
C: Y, me freno. Me quedo paradito un rato y ...	
T: Y cede.	
C: Y cede. Yo me quedo unos minutos ahí y listo.	
T: Ajá, este ... y vuelve a subir.	
C: Ajá.	
T: Y eso, en el trayecto de su casa a la terminal, ¿le pasa una vez, dos veces?	<i>El terapeuta indaga acerca de cantidad de veces que le sucede.</i>
C: Y, ocho veces. El viernes me pasó ...	
T: ¡Ocho veces!	<i>El terapeuta exalta la respuesta.</i>
C: No siempre, pero por ahí.	
T: ¿Y esto le empezó a pasar hace cuánto tiempo?	<i>El terapeuta pregunta sobre el momento en que se inició el síntoma y como se ha ido incrementando, en relación con las soluciones intentadas.</i>
C: Febrero.	
T: Febrero. Estamos a julio: cinco meses.	
C: No como ahora.	

T: Ajá. Eso le iba a preguntar. En febrero ¿era menos?	<i>El terapeuta relaciona con la consecuencia del síntoma que el consultante busca evitar (aquello que el síntoma le impide o dificulta hacer), para conocer la magnitud del problema.</i>
C: Sí, en febrero me empezó, lo tuve una vez y qué se yo, habrán pasado diez días por ahí o dos semanas, y me dio de vuelta, y ahí empezó a trepar, digamos.	
T: Ajá. A aumentar.	
C: Claro.	
T: Y el viernes pasado le pasó ocho veces.	
C: Sí.	
T: Ese día llegó re tarde.	<i>El terapeuta realiza una consecuencia obvia.</i>
C: Sí, ese día llegué veinticinco minutos tarde. No, pero al principio era poquito. No me mareaba tanto y no era tantas veces. Por ahí pasaba cinco veces. Lo del viernes fue ...	
T: Y una pregunta, Roberto, si usted hace otra actividad física, ¿le pasa algo?, ¿usted practica algún deporte?	<i>El terapeuta desea conocer qué otras pautas están ligadas al síntoma. En qué situaciones parecidas se presentan.</i>
C: Sí, así como deporte no. Juego a la paleta, a la paleta playera, ¿vio? [<i>hace movimiento con la mano izquierda, como moviendo una paleta</i>]. No practico ...	
T: ¿Es zurdo? [<i>En relación con el movimiento anterior</i>]	<i>El terapeuta muestra que está atento, lo que ayuda a manifestar empatía (maniobra general de comienzo).</i>
C: Sí. Este ... Es un juego. Me junto por ahí con unos amigos, hacemos un campeonato.	
T: Sí, sí. Sí, pero en el campeonato... pero no le pasa.	<i>El terapeuta mantiene la idea de que no se relaciona con el esfuerzo físico.</i>
C: No, no, nunca me ha ... Me agito, pero no me mareo.	

<p>T: Pero cuando viene en bicicleta, y sin pedalear, uno podría decir que no se agita. Es decir, no es un problema físico.</p>	<p><i>El terapeuta separa los fenómenos. Tiene un diagnóstico presuntivo y desvincula el problema de una causa física.</i></p>
<p>C: Ah, a usted le parece... Sí, la verdad que no, no es un gran esfuerzo. Porque como usted dice, es todo bajada.</p>	
<p>T: Todo bajada.</p>	<p><i>El terapeuta repite la última frase que dice el consultante: muestra empatía. Usa el tiempo condicional “posiblemente”, con lo que se mantiene ambiguo mientras exige precisión al consultante (maniobras generales de comienzo).</i></p>
<p>C: Todo bajada. Sí, la verdad que no.</p>	
<p>T: Posiblemente... un partidito de paleta demande más energía, y volver hasta su casa, mucha más energía. Pero no le pasa. O sea, esto no tiene que ver con lo físico. Y además, usted dijo que lo vio el clínico, lo vio el cardiólogo, le hicieron un ECG y todo está bien.</p>	<p><i>El terapeuta descarta lo físico.</i></p>
<p>C: Todo.</p>	
<p>T: Y entonces, bueno, usted decidió venir a una consulta aquí, al departamento de salud mental y usted lo relaciona esto con los nervios. Alguien le dijo “pueden ser los nervios”.</p>	<p><i>El terapeuta hace una síntesis. Ofrece información y da intensidad a la técnica de separación. Induce el significado del problema como “de los nervios”, a partir del hecho de la consulta de salud mental.</i></p>
<p>C: Sí. el doctor me dijo “por ahí andás medio nervioso”, yo la verdad que no sé ...</p>	
<p>T: Y usted ... ¿hay algo que lo ponga nervioso?</p>	<p><i>El terapeuta ha “limpiado” el campo y va por otras posibilidades a partir del significado inducido.</i></p>
<p>C: No, mire, yo soy un tipo muy tranquilo, para nada de comerse así, agarrarse una bronca con ... no me llevo mal con nadie. Tampoco soy de pensar mucho, vio que hay gente que se hace problemas ...</p>	
<p>T: Cuénteme de su trabajo.</p>	<p><i>El terapeuta indaga un contexto posiblemente relacionado con el síntoma.</i></p>

<p>C: Mire, yo, es muy sencillo. Yo llego, a veces, si no ha llegado el que limpia por ahí barro un poco la explanada, ¿vio? donde recibimos los paquetes. Cuando empiezan a llegar los micros de mi turno los abro, descargo las encomiendas, las llevo al mostrador. Entonces con el número de guía vamos ordenándolas. Las clasificamos por provincia de la que vienen, el número, digamos el horario de micros. Cuando falta alguien en el mostrador, a veces también doy una mano. Cuando no estoy recibiendo.</p>	
<p>T: ¿Y tiene muchos compañeros de trabajo, tiene un jefe?</p>	<p><i>El terapeuta busca cuales pueden ser las posibles relaciones interpersonales que puedan estar vinculadas con el síntoma.</i></p>
<p>C: Y, sí. Somos cinco, sí, a veces seis y el jefe.</p>	
<p>T: ¿Y cómo se lleva usted con el jefe?</p>	
<p>C: Y... depende, mire. Tengo dos jefes en realidad. Un supervisor que se llama Cacho que ese no, realmente no tengo ninguna queja; un tipo muy bueno. Y otro que ... ese ... tampoco es que me llevo mal. Es más ...</p>	
<p>T: ¿Más qué?</p>	<p><i>El terapeuta percibe una diferencia y busca conocer un poco más.</i></p>
<p>C: Más exigente. Un poco ... ya llega a ser hinchapelotas. No es mal tipo, pero cuando usted tuvo algún error, se equivocó con algo, se le cayó algún paquete ... Es un poco ... Si a usted le pasa algo así ya sabe que va a estar todo el día...</p>	
<p>T: Exigente ...</p>	<p><i>El terapeuta le pone nombre: exigente.</i></p>
<p>C: Sí, es exigente. Mire, el otro también es exigente, pero éste es digamos, si usted se manda una, lo tiene ...</p>	
<p>T: No la perdona fácil.</p>	<p><i>Muy exigente, en realidad.</i></p>
<p>C: Claro. No es un tipo...</p>	
<p>T: Mala onda.</p>	<p><i>El terapeuta emplea términos acordes a la edad y el contexto sociocultural del consultante: genera empatía (maniobra general de comienzo).</i></p>

C: Yo lo entiendo: es su responsabilidad, vio, pero a mí no me gusta mucho, no me cae bien.	
T: Ajá. No le cae bien. Este ... ¿Y cómo trabajan los jefes, siempre los mismos días?	<i>El terapeuta indaga posibles contextos temporales eventualmente diferentes para la presencia del síntoma.</i>
C: No, no porque se turnan. Y tengo uno que se llama Cacho, que es el otro, digamos. Ese está de lunes a miércoles y ...	
T: En el horario suyo.	
C: Claro. Yo trabajo siempre en el mismo horario.	
T: Ajá.	
C: Entro a las seis y media y salgo a las cinco, a veces cinco y media.	
T: Jornada larga.	
C: Sí. Llego cansado. Y el otro está el fin de semana.	
T: Hjm.	
C: De jueves a domingo. Los días que trabajo. Los días que trabajo ... el domingo lo veo también a él.	
T: Hjm... Y una pregunta: ¿Los lunes, martes y miércoles, usted se descompone la misma cantidad de veces que los jueves, viernes, sábado y los domingos cuando trabaja?	<i>El terapeuta formula una pregunta directa en relación con la hipótesis que está construyendo: intentando relacionar elementos del contexto interpersonal con el síntoma. Relaciona con la mayor ocurrencia que el consultante había referido un día en particular. El terapeuta manifiesta interés con la interjección.</i>
C: (silencio)	
T: Digo, usted dijo el viernes, se descompuso ...	<i>El terapeuta manifiesta interés con la interjección.</i>
C: No, mire: me da, pero creo que por ahí puede ser menos.	
T: ¿Ajá ...?	
C: Por lo menos no he llegado tan tarde. Digamos ... cuando ... las dos o tres veces que he llegado bien tarde ha sido un viernes, un ... La otra semana, hace dos semanas que me tocó trabajar domingo llegué quince minutos tarde.	

T: ¿Hjmm?	
C: Sí, sí, por ahí me da un poco más.	
T: Y ese día la pasa mal.	<i>Confirma la sensación de C.</i>
C: Y sí, claro, como le digo. Ese jefe mío es un poco más, digamos, si llego tarde sé que tengo todo el día ... no me deja un minuto ... me manda a limpiar los estantes, a barrer, a hacer de cadete, me tiene ... me tiene un poco ... Tengo que laburar más ese día. Ando un poco a las corridas.	
T: Tiene un poco más de mala onda.	
C: Y sí, sí, la verdad que sí. Con el otro siempre estoy más distendido.	
T: ¿Es posible que cuando usted se levante ya empieza a pensar, depende de cómo ande de tiempo, si le va a pasar o no le va a pasar, si va a tener que parar o no va a tener que parar?	<i>El terapeuta vuelve a emplear términos acordes a la edad y el contexto sociocultural del consultante: genera empatía (maniobra general de comienzo). Formula una pregunta directa en relación con la hipótesis que está construyendo: intenta relacionar el síntoma como parte de un proceso de pensamiento, en el circuito intrapsíquico.</i>
C: Y, yo por las dudas desde hace un tiempo me levanto más temprano ... en vez de levantarme a las cinco y media me levanto a las cinco y diez, a las cinco a veces.	
T: ¿Hjmm?	
C: Sí, sí, lo pienso porque me levanto antes, digamos.	
T: Y antes no tenía ningún episodio, después tuvo alguno, ahora marcó un récord de ocho paradas. Me imagino que usted no quiere... parar quince veces.	<i>El terapeuta cuantifica el problema: lo compara con volver en bicicleta y con el partido de pelota. Introduce la idea de medir lo que ocurre, que podrá usar más adelante para fijar una meta mínima para la terapia. Indaga otros posibles intentos de solución.</i>
C: No, no.	
T: ¿Alguna vez pensó no ir a trabajar?	

<p>C: Y, mire ... a mí me encantaría no tener que ir, o tener un trabajo un poco más ... Pero no, no porque tengo que cumplir. O sea, se imagina, cómo está la cosa, si llego a faltar y no tengo ... no me he enfermado ni nada -yo no me enfermo nunca-. Si falto, qué sé yo, no digo que me vayan a echar, pero ... tengo que cumplir, ¿entiende? Tengo días que puedo faltar por enfermedad, pero no voy a faltar por eso.</p>	
<p>T: ¿En ninguna otra situación a usted se le presentan las descomposturas?</p>	<p><i>El terapeuta indaga otros posibles contextos asociados al síntoma, para precisar su diagnóstico del circuito interpersonal. Da fuerza con ello a la idea de que el problema ocurre circunscripto a un circuito interpersonal específico.</i></p>
<p>C: No... no... no.</p>	
<p>T: ¿Nunca a la tarde, nunca cuando va de vuelta, nunca cuando practica deporte, cuando está en su casa ... con su pareja?</p>	<p><i>El terapeuta intenta dejar claro que no responde a un problema físico, clínico.</i></p>
<p>C: No. Como le digo, agitarme sí, pero eso ...</p>	
<p>T: Sí, claro. Cuando usted sube en bicicleta también se agita un poco, me imagino.</p>	
<p>C: Sí, claro, es verdad, cuando subo. Pero no, así como decirle mareo, no. Por ahí que tomo una cerveza, pero no es lo mismo. El mareo ... es vértigo, ¿me entiende? Ya me da miedo.</p>	
<p>T: Como que pierde la estabilidad.</p>	<p><i>El terapeuta repite el término “estabilidad” usado al principio de la entrevista. Probablemente prevé usarlo en una redefinición que vincule la situación física del consultante durante el síntoma con la preocupación por la situación laboral que podría incidir en la ocurrencia del mismo. El término “control” podría tener la misma finalidad.</i></p>
<p>C: Claro, claro. Exactamente. El otro día casi atropello una vieja que se me cruzó.</p>	

T: Y uno podría decir que es como que pierde el control de la bicicleta.	<i>El terapeuta recapitula y agrega datos del contexto interpersonal que acaba de recabar.</i>
C: Sí. Esa vez es como que me desvanecí, ¿me entiende? No venía atento, es como si me hubiese estado por dormir.	
T: Otra pregunta ... Es decir que esto no le pasa nada más que cuando usted viene a trabajar, sobre todo jueves, viernes y sábados, que son los días que se encuentra con Juan. No le pasa cuando se encuentra con Cacho, o le pasa mucho menos, mejor dicho.	<i>El terapeuta mantiene la afirmación, y establece diferencias.</i>
C: Pasarme me pasa, pero, pero ...	
T: No le pasa cuando vuelve a su casa, que se va a encontrar con su mujer.	<i>El terapeuta toma lo literal del mensaje y separa. Destaca parte de lo que dijo el consultante (que piensa en otra cosa), con lo cual le otorga importancia. Vinculación: relaciona lo dicho con la causa en "los nervios" del problema y el circuito interpersonal.</i>
C: No, no, nada de eso porque vengo con la cabeza en otra cosa.	
T: En otra cosa. Pero a ver, ¡qué interesante lo que usted dijo! "Vengo con la cabeza". Cuando usted viene con la cabeza en algo, puede ser su preocupación -descomponerse-, o viene con la preocupación "me voy a encontrar con Juan y voy jugado" y lo pone un poco más nervioso, posiblemente...	<i>El terapeuta destaca la paradoja: que el consultante pretende no pensar.</i>
C: Sí, no, no pienso tanto. La verdad que no pienso mucho en eso. Sí voy por la hora ...	
T: Pero no puede no pensar.	<i>El terapeuta introduce la atención voluntaria como ingrediente importante del circuito formador del problema.</i>
C: No, no, claro. Peor ando mirando el reloj, o por ahí lo pongo en la bicicleta ... la verdad que ando apurado.	
T: Y va atento y ahí no viene dejándose caer con el declive propio de nuestro terreno, sino que ...	
C: Hay veces que con la bajada y todo tengo que bajarme y ... sí, vengo pensando en otra cosa.	

<p>T: ¿Y ahí es probable que cuando más apurado venga más fácilmente se descomponga?</p>	<p><i>El terapeuta pregunta para relacionar el intento de solución con la generación y mantenimiento del problema.</i></p>
<p>C: Bueno, el viernes sí porque me había acostado medio tarde el jueves y salí un poquito más jugado con el tiempo, así que ahí anduve pedaleando.</p>	
<p>T: Uno podría decir que cuando usted más jugado anda con el tiempo, más nervioso se pone, más fácil es que le suceda esto.</p>	<p><i>El terapeuta ha usado lenguaje condicional (“es probable”; “uno podría decir”), con lo que mantiene la ambigüedad al pedir precisión (maniobras generales de comienzo).</i></p>
<p>C: Y, el viernes sí, ya lo vi a mi jefe con una cara de orto, sí.</p>	
<p>T: Venía por el barrio, allá arriba por el hospital y ya venía pensando en Juan ...</p>	<p><i>El terapeuta relaciona la explicación que ha ido co-construyendo con el consultante con un elemento de la experiencia del consultante (la ubica temporalmente), a fin de dar fuerza a la construcción.</i></p>
<p>C: Sí, pensé un par de veces ...</p>	
<p>T: Ajá. Y siguió y seguía pensando, y cuando llegó comprobó que estaba ahí, esperando.</p>	<p><i>El terapeuta cierra la idea y el circuito.</i></p>
<p>C: (ríe) Sí, lo vi, me estaba esperando, la verdad que sí.</p>	
<p>T: O sea que hay como un pensamiento suyo que ...</p>	<p><i>El terapeuta ofrece más intensidad repitiendo la pauta interpersonal y haciendo un silencio, para que el paciente completa la idea.</i></p>
<p>C: Sí, en general trato de no pensar. Cuando me entro a enroscar en eso, por ahí pienso en él, en la hora, todo. Pero trato de no hacerlo. Me pongo a mirar los pajaritos, el zanjón, todo.</p>	
<p>T: Pero a veces no los ve.</p>	<p><i>El terapeuta busca más intensidad indagando por el hipotético efecto contrario de la pauta interpersonal: cuando ésta no se da, no sólo no ocurre el síntoma sino que hasta se obtiene una mejoría. Con esto otorga implícitamente control sobre el problema al consultante.</i></p>

C: Y, no, cuando muy ... pero intento. Intento no enroscarme mucho con eso. Para andar tranquilo, vio, por lo menos disfruto ese ...	
T: ¿Disfruta?	
C: Sí, algunas veces sí, otras no. El viernes no.	
T: Hmm. Jueves, viernes y sábado disfruta poco.	
C: Sí, la verdad que sí.	
T: Lunes, martes y miércoles, posiblemente disfrute un poco más.	
C: Sí, lunes no tanto porque cuando he tenido franco el domingo, me cuesta más ir, pero sí, puede ser que vaya, mirando, distendido.	
T: Por ahí alguna vez hasta martes, miércoles, es posible que llegue temprano.	
C: Sí, sí. Hace dos semanas, salí, como le digo, antes de un ... un rato antes, veinte minutos antes desde mi casa, de lo que acostumbraba salir, y llegué y estaba el Cacho nomás. Me dijo "Ah, te caíste de la cama". La verdad que ni había mirado el reloj. Ni me dio la huevada. No me tuve que parar. Ah, ¿le parece?	
T: Me parece que esto tiene que ver con, con una persona responsable como usted. Porque un muchacho de veinticuatro años que vive en pareja, que viene a consultar, me parece una persona responsable. Ud. se está sintiendo mal y muchos lo dejan pasar y no le prestan atención, pero usted viene a buscar una ayuda. Entonces me parece que en alguna situación usted se siente mal con la presión que le puede generar Juan.	<i>El terapeuta elogia la responsabilidad del consultante. Intenta que éste haga suya la redefinición que han co-construido.</i>
C: Sí, puede ser. La verdad que me pone un poco incómodo eso.	
T: Y... y usted sabe que la pasa mal, que no puede disfrutar el viaje, y cuando más exigido se siente, es como que le viene esta "huevada", como usted dice. Yo me preguntaba si la relación con Cacho se parece a alguna relación que usted haya tenido con alguien de su familia, o algún amigo ...	<i>El terapeuta emplea el lenguaje del consultante ("huevada"), con lo cual refleja y responde con empatía explícita al consultante (maniobra general de comienzo). Indaga por el aspecto intrapsíquico susceptible de relación con el circuito interpersonal que acaba de indagar.</i>

C: Con alguien, usted dice, que me haga acordar ...	
T: Que le haga acordar, sí.	
C: Sí ... la otra vez le decía a la Jacinta que por ahí en algunas cosas, Cacho me hace acordar al tío Néstor.	
T: ¿Cómo era la relación suya con el tío Néstor, y la del tío Néstor con usted?	<i>El terapeuta destaca la naturaleza recíproca, bidireccional de las relaciones interpersonales.</i>
C: Mire, era un tipo muy bueno. Yo lo quería mucho. Él me crió prácticamente a mí. Era muy chiquito, a los cinco años, prácticamente.	
T: ¿Su papá y su mamá?	<i>El terapeuta pregunta por la familia de origen, los padres.</i>
C: Fallecieron.	
T: Una pregunta: ¿tiene hermanos, usted?	
C: No, no. El tío Néstor, que era hermano de mi mamá, se hizo cargo de mí. Era un tipo qué sé yo, severo, pero un tipo muy bueno, afable.	
T: Serio.	<i>El terapeuta induce un significado que podría usar en relación con valores ya elogiados al consultante: básicamente responsabilidad.</i>
C: Sí. Yo renegaba, pero con el tiempo le agradecí, cómo me educó, digamos. Aprendí muchas cosas de él. Y era ... la otra vez le comentaba, no me acuerdo qué cosas, qué charla tuve con Cacho que cuando volví le contaba a mi mujer "sabés que me hace acordar al tío Néstor, que te he contado".	
T: Sería algún día que Cacho le llamaba la atención con cariño ...	<i>El terapeuta vincula la manera afectiva. Vincula, además la relación con ambas personas significativas del pasado y presente con la relación actual del consultante con ambos jefes.</i>
C: Claro, claro, puede ser. Porque fue un día que me estaba enseñando a cargar las cosas en la computadora, ¿vio?, y me mandé una, le borré un par de archivos sin querer, porque yo de esas cosas no entiendo.	
T: Está aprendiendo.	

C: Él me está enseñando. Le borré digamos, perdió unas cuantas horas de trabajo, así que ahí se puso ... pero bien ... como le digo un tipo que ...	
T: Serio.	<i>El terapeuta genera intensidad con el significado antes mencionado.</i>
C: Serio.	
T: ¿Y Juan? ¿A quién le hace acordar?	
C: Y Juan ... No, la verdad que no he pensado nunca, pero se me viene a la cabeza Raúl, el hermano de mi señora, el hermano mayor que tiene.	<i>El terapeuta intenta la misma manobra, pero con Juan.</i>
T: ¿Y en qué se parecen Raúl ...?	
C: Mire, la verdad que no en mucho, pero por ahí me ha hecho acordar alguna actitud del tipo, o sea. Raúl es medio, un tipo medio chanta, que sé yo ... Medio, le gusta jugar, por ejemplo, ¿vio?	
T: ¿Jugador de apostar?	
C: Sí, tiene más problemas con eso... No es un mal tipo. Pero tiene el vicio ese, y a raíz de eso por ahí joroba a la gente. A lo mejor por eso que no me ha caído bien.	
T: ¿Y en qué joroba a la gente Juan?	<i>El terapeuta intenta relacionar más aún a Raúl con Juan.</i>
C: (ríe) Y, a mí más de una vez me joroba el día, digamos. Pero... No es malo, tampoco, ¿qué sé yo?, pero es un poco como ensañado: si Ud. hace algo mal, el tipo lo cala y está todo el día enculado con uno. Este ... A lo mejor, no es nada que se parezca mucho, no es que el otro sea ... pero tiene algo así, de desconfianza.	
T: A mí me hace pensar que su tío Néstor, una persona que por seria, o sea como uno podría decir predecible, usted sabía cómo iba a reaccionar. Que en realidad usted sabía que aunque reaccionara seriamente, reaccionaba bien, con cariño, con afecto.	<i>El terapeuta vincula elementos no ligados y emplea el lenguaje condicional: "me parece", el significado que venía preparando: "serio". Vincula la seriedad del tío Néstor con la del consultante, identificando implícitamente uno con otro.</i>
C: Sí.	

<p>T: En cambio, me da la sensación de que usted dice que Juan se parece a su cuñado Raúl. Lo hace en el sentido de que Juan le arruina el día como Raúl arruina su propia vida y la de algunos otros. Y eso usted lo ve como chanta, dijo, una cosa así.</p>	
<p>C: Sí, sí, sí, sí.</p>	
<p>T: Y a mí me parece que usted, que es una persona ... A mí me llamó la atención que un joven de veinticuatro años, que hace cuatro años vive en pareja ... consulte.</p>	<p><i>El terapeuta visualiza un indicio de reestructuración: aparentemente C asume, adopta la redefinición, afirma reiteradamente.</i></p> <p><i>El terapeuta capta lo anterior e insiste con el elogio, para reforzar el terreno aparentemente ganado con su redefinición.</i></p>
<p>C: Ah, ¿vienen poco ...?</p>	
<p>T: Porque en realidad los hombres tienden como a aguantárselas, vienen muy mal, jugadísimos. Entonces me parece que usted no la pasa bien, pero no siempre la está pasando mal, y como esto se ha ido intensificando, ha ido aumentando desde febrero para acá, y usted tuvo el récord el viernes, de ocho descomposturas en un trayecto que debe ser de veinte, veinticinco minutos, estamos pensando en una parada cada tres minutos. Ud. se debe haber asustado bastante. Y a mí me parece que en su cabeza, usted, pasa algo así como ... -yo, si me equivoco, usted me corrige- pero es como que usted, responsablemente se preocupa por llegar temprano, rendir bien ante Cacho y ante Juan, pero como que Cacho es comprensivo, es decir, usted se siente menos comprometido, menos exigido que cuando lo tiene que hacer con Juan. Entonces, con Juan usted quiere cumplir más y mejor y la exigencia lo presiona.</p>	<p><i>El terapeuta ofrece una explicación , para transmitir las diferencias de quien viene a la consulta por propia voluntad de quien es traído, sin conciencia de enfermedad o problema.</i></p>
<p>C: Sí, es verdad.</p>	
<p>T: Y usted sabe que eso a veces no le sirve, porque en ese sentido Juan se parece a Raúl y a veces es medio chanta, es decir: lo que usted hace no le alcanza. Porque usted sabe, ayer llegó tarde, o la semana pasada llegó medio tarde y entonces como que lo va teniendo entre ojos, ahí. ¿Hmm?</p>	<p><i>El terapeuta relativiza lo que dice, para reducir la eventual resistencia del consultante.</i></p>

C: Ajá.	
T: Y en realidad, es decir, cuanto más temprano quiere llegar, más se descompone, o más exigido va, me refiero en el sentido de estar como pendiente de lo que va pasando, de cómo respira, de si se mareo o no se mareo, y es como que le viene ...	<i>El terapeuta realiza su redefinición, brindando un significado no patológico del síntoma. Lo explica coherentemente con la epistemología del consultante respecto de su problema, que al principio dice “no estoy loco”. Contextualiza, además el sufrimiento del consultante en relación con acontecimientos significativos de su vida actual y pasada. Y deja la frase inconclusa para que Roberto la complete.</i>
C: La huevada.	
T: La “huevada”. Que es como una rebeldía contra Juan pero que en realidad nunca se la cuenta a Juan.	<i>El terapeuta completa la redefinición.</i>
C: ¿A usted le parece?	
T: Y, a mí me parece. No sé qué le parece a usted.	
C: Sí, la verdad que tiene razón lo que dice de ... Yo, la verdad es que trato de no pensar en eso, pero si no me joro esto, sé que la voy a pasar hasta las seis de la tarde ahí ...	
T: Roberto: cuando usted trata de no pensar, está pensando.	<i>El problema queda explicado como un intento fallido de solución: tratar de no pensar, cuando ello es imposible. Se trata de una paradoja: el pensamiento no puede ser una conducta anulada por el propio pensamiento; cuando el consultante intenta no pensar, piensa.</i>
C: Sí, (ríe) sí, la verdad que sí.	

<p>T: ¿Y sabe qué? Usted está pensando algo que en realidad no lo puede controlar con el pensamiento ...</p>	<p><i>El terapeuta le quita el aspecto voluntario que el paciente le otorga. Y redefine atribuyendo control a un síntoma involuntario como es el mareo, que pasa a ser como un acto basado en la voluntad de ser “rebelde”. A partir del diagnóstico del circuito mantenedor del síntoma, prepara una futura maniobra tendiente a una de las metas de la Terapia Estratégica: la modificación de la secuencia del síntoma, por ejemplo, detenerse antes de que le ocurra el síntoma. El terapeuta manifiesta la paradoja implicada en el intento de solución. C capta el error lógico y lo manifiesta con la risa.</i></p>
<p>C: Hmm.</p>	
<p>T: Entonces yo le propongo que ... si usted está de acuerdo, ¿sí?</p>	<p><i>El terapeuta manifiesta su intención de no “remar” por C, dejando en sus manos la demanda de una psicoterapia.</i></p>
<p>C: Sí.</p>	
<p>T: Si usted lo quiere pensar, lo piensa. Pero si usted está de acuerdo, podemos quedar ya en un próximo turno. O bien usted lo piensa y después me llama.</p>	<p><i>El terapeuta apela al supuesto de potencialidad no desarrollada.</i></p>
<p>C: No, sí, quiero. A mí me parece. Está bueno eso que usted dice. Yo creo que por ahí puede venir. Lo que no me imagino es cómo podemos arreglarlo.</p>	
<p>T: Bueno, el cómo podemos arreglarlo lo conversamos la próxima, ¿ah?</p>	<p><i>El terapeuta realiza una construcción compartida del problema, de las metas y de las soluciones, a nivel cognitivo, conativo y afectivo.</i></p>
<p>C: Sí, sí.</p>	
<p>T: ¿Qué le parece?</p>	
<p>C: Sí, sí.</p>	
<p>T: Bárbaro.</p>	
<p>C: De acuerdo.</p>	

Glosario de términos empleados

Jorge Fernández Moya

Adaptabilidad⁴⁹⁸

Es la capacidad de un sistema, por ejemplo, un individuo o una familia, para sobrevivir y mantener su coherencia en condiciones internas y externas cambiantes. Es un proceso de afinidad en marcha.

Causalidad Circular o de Circuitos de Retroalimentación

Los procesos circulares constituyen el interés central de la cibernética, de acuerdo con la cual innumerables elementos de un sistema son recíprocamente contingentes e influyen sus conductas entre sí de una manera compleja.

El instrumento fundamental del análisis cibernético es la exclusión de la dimensión temporal, es decir, se toma en cuenta sólo las relaciones de interacción sincrónicas.

La circularidad no es comprensible dentro de la dimensión temporal que experimentan los humanos, porque el tiempo es irreversible, el pasado no puede modificarse, no existe retroactividad.

498 Simon, F.; Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). Vocabulario de la Terapia Familiar.

La aplicación de los principios abstractos de la teoría de la retroalimentación a las estructuras familiares tiene varias aplicaciones, sobre todo en la aplicación de un modelo circular de causalidad se tiene en cuenta que cada miembro de la familia influye en todos los demás. Por consiguiente, la conducta de cada uno de los miembros de la familia sólo puede explicarse y comprenderse observando todo el sistema (contexto).

Una regla familiar por ejemplo, establecida en el pasado, se aplica en el presente y puede ser confirmada o modificada en el futuro. El requisito previo de esta resultante es un proceso de abstracción en el cual se agrupan las situaciones que son similares entre sí y que tienen idénticos contextos. Sólo cuando se ha establecido un modelo interno del mundo y de los sucesos concretos, las conductas y las experiencias se han traducido de alguna manera en signos, la circularidad puede aplicarse a la regulación de la conducta humana (mapa, modelo).

Ciencia matemático-positivista o galileana

Hay que tener en cuenta que los pares dicotómicos como: analítico-sistémico, atomista-holista, local-global, diferencial-integral, siempre se interrelacionan.

El primer término de cada dicotomía se refiere a los detalles, análisis e investigación de las partes o condiciones locales, y el segundo a la percepción de gestaltes y configuraciones. La naturaleza de la dicotomía aparece con la máxima claridad en el concepto de las matemáticas: la ciencia clásica se diferencia de la filosofía por adoptar, sobre todo, métodos analíticos de investigación.

La mecánica galileana hizo de la velocidad instantánea el foco central de interés y la mecánica newtoniana empezó asociando una fuerza instantánea a la deriva de una velocidad instantánea. Esta formulación se distingue deliberadamente de anteriores concepciones del movimiento de carácter holista o teleológico, según las cuales el movimiento estaba determinado por la naturaleza del objeto que se movía o por una tendencia natural de éste a adquirir una posición final. Por ejemplo, la astronomía antigua interpretó el movimiento circular de los planetas como un reflejo de su perfecta o divina naturaleza.

Es decir que, de un modo opuesto, la mecánica de Galileo y la de Newton aplicaban el movimiento analizando la acción de las fuerzas en determinados puntos y movimientos. En pocas palabras, la investigación científica se hizo más definida, estrecha, local, se concentró más en los hechos específicos que en los globales holistas.

Cohesión⁴⁹⁹

En la evaluación de la familia, la dimensión de la cohesión pone de manifiesto el equilibrio que guardan la *proximidad* y la *distancia*, como así también los *modelos centrífugos* y *centrípetos* durante el *ciclo de vida familiar*.

Olson, Russell y Sprenkle (1983) han definido que si el grado de cohesión es alto, el apego es excesivo.

Colusión⁵⁰⁰

Colusión, pertenece a la familia de términos –como ilusión, elusión, delirio– cuya raíz proviene del verbo *ludere*, el cual varía de significado en el latín clásico y en el moderno. Así, *ludere* puede significar jugar a algo, practicar un deporte, burlar y burlarse o mofarse, engañar.

El delirio implica el autoengaño total. La ilusión implica poder engañarse a sí mismo bajo el influjo de un poderoso deseo, pero jamás un autoengaño tan completo como el que se da en el delirio.

La colusión, por su parte, tiene resonancias de jugar a algo y de engañar. En un juego entre dos o más personas mediante el que se engañan a sí mismas, el juego del autoengaño mutuo.

499 Simon, F.; Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). Vocabulario de la Terapia Familiar.

500 Laing, R. (1974). El yo y los otros.

El delirio, la ilusión y la elusión se refieren a una sola persona. La colusión es necesariamente un juego entre dos o más. Cada una de ellas juega el juego de la otra, aunque no es indispensable que se den plenamente cuenta de ello. La característica esencial de este juego es no admitir que lo es.

Si una persona es destacadamente la víctima “pasiva” de una lama pasada o una jugarreta, maniobra o manipulación, no debe denominarse colusión a esta relación.

Conducta teleológica

Según el diccionario de la Real Academia Española la teleología es la doctrina centrada en las llamadas causas finales (es decir los fines). Forma parte de la metafísica, una rama de la filosofía. Para nosotros, significa, conocer el fin, el significado final de las conductas.

Confirmación y desconfirmación⁵⁰¹

El que un hombre confirme a otro es una posibilidad ideal que rara vez se realiza. La confirmación se da siempre, en forma práctica, como Buber (citado por Laing) dice, “en uno u otro grado”. Cualquier interacción humana implica alguna medida de confirmación, en último caso de los cuerpos físicos de los participantes y hasta cuando alguien mata al otro. El más leve signo de que otro nos reconoce confirma por lo menos nuestra presencia en *su* mundo. “No podría idearse castigo más diabólico –escribió William James-, en caso de que tal cosa fuera materialmente posible, que formar parte de una sociedad y que ninguno de sus miembros se percatase en absoluto de uno”.

501 Ibidem

Por consiguiente, podemos inferir que la confirmación es parcial y variable e igualmente global y absoluta. Podemos juzgar que los actos y las secuencias de interacción son más o menos, y de diferentes maneras, *confirmatorios* o *desconfirmatorios*. La confirmación puede variar en intensidad y extensión, cualidad y cantidad. Respondiendo tibiamente, impenetrablemente, tangencialmente, etc. al otro, dejamos de roborar algunas de sus facetas y roboramos otras.

Los modos de confirmar y de desconfirmar varían. Es posible confirmar con una sonrisa (confirmación visual), un apretón de manos (confirmación táctil), una frase de aliento (confirmación auditiva). Una respuesta confirmatoria concuerda con la acción evocadora, reconoce el acto evocatorio y acepta su significación respecto del evocador y, en caso contrario, del que responde. La reacción confirmatoria, por su parte, es una respuesta directa, “a propósito” o “de la misma frecuencia” que la acción que la inicia o evoca. Una respuesta parcialmente confirmatoria no necesita convenir, armonizar o satisfacer. El rechazo puede ser confirmatorio si es directo y no tangencial y si reconoce la acción evocadora y garantiza su importancia y validez.

Existen diferentes niveles de confirmación y de desconfirmación. Es posible confirmar una acción en un nivel y desconfirmarla en otro. Algunas formas de “rechazo” implican un reconocimiento limitado: la percepción de lo rechazado y la capacidad de responder a ello. Percibimos una acción “rechazada” y esta percepción prueba que la admitimos como un hecho. El “rechazo” directo no es tangencial; no escarnece ni invalida en otras formas; no necesita ni menospreciar ni exagerar la acción original. Tampoco es sinónimo de indiferencia o impenetrabilidad.

Epistemología⁵⁰²

Del griego *episteme*, conocimiento (teoría del conocimiento).

Designa una rama de la filosofía que investiga los fundamentos, los límites y la validez del conocimiento. Como ciencia, es el estudio de la manera en que

502 Simon, F.; Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). Vocabulario de la Terapia Familiar.

los organismos piensan y llegan a decisiones que determinan sus conductas (Bateson, 1979).

Las cuestiones epistemológicas han cobrado importancia para la terapia familiar porque el mapa o modelo interno del mundo que genera un individuo o una familia determinará la manera propia de actuar, pensar y sentir los síntomas. Por lo tanto, la forma, la intensidad, el cuándo, el cómo, con quién se manifiesta el síntoma tendrán una característica particular, como así también el modo de ayudar, de intentar aliviar el síntoma estará influido por el modelo mencionado.

Homeostasis⁵⁰³

Del griego *homois*, similar; *stasis*, permanecer quieto.

“Es el estado interno relativamente constante de un sistema que se mantiene mediante la autoregulación”.

“El concepto de homeostasis fue introducido en la fisiología en 1932 por Walter B. Cannon, para explicar la constancia relativa de ciertas dimensiones fisiológicas; por ejemplo, la temperatura del cuerpo de los mamíferos que se mantiene constante, frente a la temperatura cambiante del ambiente externo.

“Ashby (1952) amplió este concepto, aplicándolo a los sistemas cibernéticos en general. Hay algunos sistemas que son capaces de compensar ciertos cambios del ambiente manteniendo, a la vez, una estabilidad relativa en sus propias estructuras (morfoestasis).

Spiegel (1954) parece haber sido el primero en utilizar el término homeostasis para caracterizar la relación doctor-paciente como un sistema transaccional. Jackson (1957) fue el primero en aplicar este concepto a los sistemas familiares. Lo empleó para describir mecanismos y sistemas patológicos, caracterizados por excesiva rigidez, la falta de una flexibilidad y un potencial limitado de desarrollo.

503 Ibidem.

Dell propone el concepto de *ajuste o coherencia* como conceptualmente preferible al de homeostasis.

Otra definición: Condición del sistema que conserva su estructura y sus funciones por intermedio de una multiplicidad de equilibrios dinámicos⁵⁰⁴.

Individuación / Individuación conexa / Co-individuación⁵⁰⁵

Desde el punto de vista de la dinámica familiar, los conceptos relativos a la individuación y la diferenciación se aplican principalmente a la formación de *límites/fronteras* individuales (identidad) y psíquicos. Los seres humanos siempre han tratado de lograr niveles más elevados de individuación.

La *individuación conexa* es un principio general según el cual el nivel más elevado de individuación exige y hace posible a la vez una mayor nivel de relacionalidad.

Morfoestasis⁵⁰⁶

Del griego *morphe*, forma; *stasis*, permanecer quieto.

Es la capacidad de un sistema de mantener su estructura en un ambiente cambiante.

Es similar al anterior. Los dos se refieren a la manera en que un sistema elimina las perturbaciones y es capaz de mantener una estructura determinada (coherencia). Los mecanismos esenciales que permiten que el sistema lo logre son los *circuitos de retroalimentación negativa*.

504 Francois, C. (1992). Diccionario de Teoría General de los sistemas y Cibernética. Conceptos y términos.

505 Ibidem.

506 Ibidem.

Morfogénesis⁵⁰⁷

Del griego *morphe*, forma; *genesis*, generación.

Se refiere a la formación y desarrollo de las estructuras de un sistema.

El concepto fue introducido en la cibernética por Maruyama (1960). Describe un fenómeno por el cual una retroalimentación positiva de desviación–amplificación, exagerando una desviación (cambio) mínima en el sistema, puede inducir un cambio desproporcionadamente grande en el mismo.

Movimiento cibernético

Partiendo del progreso logrado con los misiles autodirigidos, la automatización y la tecnología de las computadoras, e inspirados en los trabajos del matemático Wiener, el Movimiento Cibernético fue haciéndose cada vez más influyente.

La cibernética desafió la concepción mecanicista de que el universo se basa en la acción al azar de partículas anónimas, e insistió sobre la búsqueda de nuevos planeamientos, de nuevos y más comprensivos conceptos y métodos capaces de manejar grandes cantidades de organismos e identidades.

Los trabajos del matemático Wiener estaban basados en el supuesto según el cual las funciones de control, intercambio de información y procesamiento de la información siguen los mismos principios, independientemente de que se apliquen a máquinas, organismos o estructuras sociales.

Sería importante comprender la cibernética como un modo de pensar sobre el mundo, como una manera de reflexionar (más que como una teoría articulada), del cual se toman principalmente ciertos conceptos como:

- Causalidad circular, es decir no lineal, ni mecánica, donde el efecto retroactúa sobre el efecto, y esto en relación directa con la puntuación que se elige.

507 Ibidem.

- Propósito, las causas del sistema ubicadas en el futuro, como *metas* o *finés*.
- Determinismo estructural, lo que implica sistemas donde la historia importa; las situaciones que ocurrirán están restringidas por las pasadas.

Que el sistema esté estructuralmente determinado nos habla de la predictibilidad del propósito, pero no del camino para llegar a él. Es decir que, en el ámbito de la terapia familiar, las ideas procedentes de la cibernética hicieron que se formularan preguntas fundamentales sobre muchos presupuestos epistemológicos y ciertas premisas terapéuticas y de diagnóstico imperantes en el momento.

Retroalimentación⁵⁰⁸

Por razones de parentesco conceptual, las nociones de “reacción”, retroacción”, “realimentación” y “retroalimentación” han sido agrupadas. Consiste en un proceso automantenido, en el cual el egreso ejerce acción de retorno sobre el ingreso. La retroalimentación es indispensable, en todos los casos, para la aparición de la regulación. Es **negativa** cuando el egreso del proceso ejerce un efecto de reducción sobre el ingreso. Es **positiva** cuando el egreso del proceso un efecto de amplificación sobre el ingreso.

Sistema

Unidad global organizada de interrelaciones entre elementos, acciones o individuos. “Es mapa y no es territorio; es foto y no es la persona; es vehículo, no es el camino”.

508 Francois, C. (1992). Diccionario de Teoría General de los sistemas y Cibernética. Conceptos y términos.

- *Unidad global*: Considerado bajo el ángulo del todo, el sistema es uno y homogéneo; bajo el ángulo de los constituyentes, es diverso y heterogéneo. Posee una identidad paradójica de *unitas multiplex*. La totalidad comporta una cualidad emergente o cualidades emergentes. Estas son propiedades de un sistema que presentan un carácter de novedad irreductible en relación con las cualidades o propiedades de los componentes considerados aisladamente o dispuestos de forma diferente en otro tipo de sistema.
- *Organizada*: La organización hace referencia a la disposición de los elementos/acciones/individuos *en* y *por* el todo. Es en virtud de las características de la organización que surgen las cualidades o propiedades de un sistema particular. La organización es la que establece relaciones complementarias entre las partes diferentes y diversas, y las partes y el todo. Integra la heterogeneidad en la constitución de un todo.
- *Interrelaciones*: Hace referencia a los tipos y formas de unión entre los elementos/acciones/ individuos y entre éstos y el todo.
- *Elementos*: No deben pensarse como unidades simples y sustanciales, sino como relativo al todo del cual forma parte. Es en sí un sistema, y visto desde el todo es un *subsistema* subordinado. Otra categoría es la de metasistema, que es aquel que engloba por lo menos dos sistemas.

Es muy útil recurrir a las propuestas que realizaron A. D. Hall y R. E. Fagen, para entender a qué se llama sistema y los conceptos que se derivan y las aplicaciones posibles. La definición que proponen es la siguiente: **“Un sistema es un conjunto de “objetos” con “relaciones” entre los objetos y entre sus “atributos”**.

Los sistemas poseen además *propiedades* y *funciones* o propósitos distintos de los objetos, relaciones y atributos que lo constituyen.

- **Objetos**: Se trata simplemente de las partes o componentes de un sistema y son ilimitados en su variedad. Pueden ser concretos o abstractos.
- **Atributos**: Son las propiedades de los objetos.

- **Relaciones:** Son las que ligan a los objetos entre sí y nos dan la noción de sistema. Las relaciones van a depender de quien observa o conceptualiza un sistema como tal.
- **Medio ambiente:** De acuerdo con los autores antes mencionados, “para un sistema dado, el medio ambiente es el conjunto de objetos cuyo cambio en sus atributos afecta el sistema y también aquellos objetos cuyos atributos son cambiados por la conducta del sistema”.

En muchas oportunidades empleamos la palabra **contexto** para expresar este criterio de medio ambiente. Sabemos que todo sistema puede ser considerado parte de un sistema más amplio, por lo que lo reconocemos como **subsistema** del primero. Se llama **subsistema** a las divisiones “arbitrarias” que realiza un observador de un sistema determinado. Un subsistema puede también ser parte de otro sistema.

Otra clasificación

- Sistemas naturales
- Sistemas cerrados o sistemas abiertos.
- Sistemas adaptativos.
- Sistemas estables.
- Sistemas con feedback.
- Sistemas creados por el hombre.
- Compatibilidad o armonía.
- Optimización.
- Sistemas con calidad de azarosos.

Teoría de la Información⁵⁰⁹

En el sentido de Shannon y Weaver (1949), esta teoría constituye una esfera del campo de la cibernética en el que los aspectos formales de la información son examinados con métodos matemáticos.

Esta se ocupa en los aspectos formales de los procesos de comunicación. La aplicación de este procedimiento analítico a la terapia familiar ha arrojado luz sobre los procesos interpersonales.

Teoría de los Automatas⁵¹⁰

Un autómata de Turing (1936) es una máquina abstracta capaz de imprimir (o borrar) las marcas de 1 y 0 en una cinta de longitud infinita. Todo lo que sea posible lógicamente (simbolismo algorítmico) también puede ser construido por un autómata, o sea una máquina algorítmica.

Un autómata es un sistema cuya conducta, en un instante cualquiera, queda definida por la totalidad de los valores que adopta un conjunto de variables, algunas de las cuales están asociadas con el estado interno del autómata, mientras otras lo están con sus *inputs* de alguna fuente. Tanto el input como el estado interno del autómata -definido por los valores de un conjunto de variables- determinan un output y un nuevo estado. Una computadora digital es un ejemplo de autómata.

Las reglas que gobiernan los cambios de estado, en tanto y en cuanto dependen del estado y del input constituyen un programa. Un programa junto con un conjunto de input, constituyen un conjunto de outputs.

509 von Bertalanffy, L. (1980). Teoría General de Sistemas.

510 Ibidem. Teoría de los autómatas abstractos con entradas, salidas y posiblemente, ensayo, error y aprendizaje.

Teoría de los Conjuntos, Grafos y Redes⁵¹¹

La teoría de los Grafos es por excelencia una teoría de estructuras. Toda situación consiste en un conjunto de elementos y un conjunto de relaciones entre ellos.

Más que una estructura geométrica, un grafo es una estructura topológica, ya que las distancias entre los puntos conectados no forman parte de su definición, que únicamente señala el hecho de que dos puntos se hallen o no conectados. El grafo que representa la estructura del sistema puede revelar algunas características más importantes, por ejemplo, una línea en las comunicaciones que, si se cortara, desconectaría el grafo. Las cuestiones referentes a la eficacia de una organización, a la vulnerabilidad de una red de comunicaciones giran con frecuencia alrededor de la existencia de estos elementos.

En cuanto a la Teoría de los conjuntos, podemos decir que las propiedades formales generales tanto de los sistemas cerrados como de los abiertos pueden ser axiomizadas en términos de esta teoría, de acuerdo con la cual se aplican los conceptos de las matemáticas clásicas (cálculo infinitesimal).

La Teoría de las redes está ligada a las anteriores teorías, es decir que el sistema consiste en subunidades con ciertas condiciones entre las cuales se dan procesos de transporte.

Las dificultades matemáticas se tornan prohibitivas en el caso de sistemas de cinco o más componentes.

Teoría del Control

Esta teoría, que se inserta en el campo de la cibernética, se ocupa de las estructuras y funciones que determinan la estabilidad y el desarrollo de los sistemas dinámicos. En un primer momento, se ocupó de la estabilidad de sistemas relativamente simples, para ampliar luego su centro de atención hacia el estudio de los procesos adaptativos de los sistemas vivientes.

511 Ibidem.

Teoría del juego y la decisión⁵¹² (von Neuman y Morgenstern)

Representa un enfoque diferente, pero puede aplicarse a las ciencias de sistemas por ocuparse del comportamiento de jugadores supuestamente racionales con el fin de obtener ganancias máximas y pérdidas mínimas, gracias a estrategias apropiadas contra otro jugador. Es decir que, en la teoría, se investigan las situaciones conflictivas de los juegos estratégicos con el auxilio de métodos matemáticos.

La Teoría del Juego puede explicarse como una teoría de conflictos y decisiones interpersonales. Se emplea en los procesos familiares y es consecuencia de la aplicación de los conceptos cibernéticos a estos procesos. En efecto, la familia es un sistema cuya conducta está determinada por las reglas familiares. Esta conducta puede compararse con un juego en el cual los miembros de la familia (jugadores) tratan de satisfacer sus necesidades individuales y alcanzar sus propias metas. La competencia que se entabla para procurarse cada uno lo que le interesa, puede terminar por generar conflictos. Cada uno de los miembros de la familia debe idear una estrategia a fin de ganar, o por lo menos reducir sus pérdidas al mínimo.

Por su parte, la Teoría de la Decisión es una teoría matemática que se ocupa de elección entre distintas posibilidades.

Teoría Organísmica

L. Von Bertalanffy estaba desconcertado ante vacíos evidentes que surgían en la investigación y en la teoría biológica, el esquema mecanicista de vías causales aislables le resultaba insuficiente. Por ello, abogó por una concepción organísmica en biología que hiciera hincapié en la consideración de un organismo como un todo o sistema, y viese el objeto principal de las ciencias biológicas en el descubrimiento de los principios de organización en sus diversos niveles (los primeros enunciados fueron en 1925/26). La aparición simultánea de ideas similares, independientes y en diferentes continentes,

512 Ibidem.

fue sintomática de una tendencia que, sin embargo, requería tiempo para ser aceptada.

Trató de dar forma a un programa organísmico en varios estudios sobre el metabolismo, el crecimiento y la biofísica del organismo. En conexión con los trabajos experimentales acerca del metabolismo y el crecimiento, por un lado y con esfuerzo por concretar el programa organísmico por otro, fue adelantada la *teoría de sistemas abiertos*, fundada en el hecho bastante trivial de que el organismo resulta ser uno de ellos (en aquel momento no había teoría al respecto). Estimaron que el organismo como tal no puede considerarse como un sistema en equilibrio, pero que sí se dan sistemas en equilibrio dentro del organismo. A su vez, el organismo no es un sistema cerrado, es decir donde no sale ni entra la materia; sino abierto, o sea donde hay importación, intercambio de materia.

Son muchos los campos de aplicación del modelo de sistema abierto. La teoría de estos sistemas abiertos conformaría, en principio, un hilo unificador capaz de combinar fenómenos diversos y heterogéneos bajo el mismo concepto general. Es decir que, detrás de estos hechos, se insinúan los rasgos principales de una generalización todavía más amplia. La teoría de los sistemas abiertos es parte de una Teoría General de los Sistemas.

Con la Teoría General de los Sistemas alcanzamos un nivel en el que no hablamos de entidades físicas y químicas, sino que se discuten totalidades de naturaleza completamente general.

Se ha visto que el modelo del organismo como sistema abierto tiene mucha importancia, ya que hasta el momento de su formulación existía un concepto predominantemente mecanicista de la naturaleza, de acuerdo con el cual los acontecimientos se descomponen en cadenas causales lineales, y se concibe el mundo como resultado de acontecimientos causales físicos y darwinianos (Einstein), en la reducción de procesos biológicos a leyes conocidas por la naturaleza inanimada. Por el contrario, en la teoría de los sistemas abiertos se manifiestan principios de interacción entre múltiples variables, organización dinámica de los procesos y una posible expansión de las leyes físicas, teniendo en consideración el reino biológico. Estos adelantos forman parte de una nueva formulación de la visión científica del mundo.

Índice temático

A	
Acontecimientos extraordinarios	668
Acontecimientos históricos y sociales	34
Acordeón.....	257
Adaptabilidad.....	839
Adelaida, Australia.....	63
Algunas distinciones sobre los sistemas determinados estructuralmente	185
Algunas señales de la motivación del consultante en la solicitud de la consulta	495
Alivio dramático	702
Amor sexual individual.....	210
Apego excesivo.....	326
Argentina.....	68
Atlanta-Madison, Estados Unidos	50
Auckland, Australia.....	63
Aumento de conciencia.....	710
Aumento de conciencia, la catarsis, la elección, los estímulos condicionados y el control de contingencias.....	700
Autoexamen	650
Autoliberación.....	702
Autorreferencial	368
B	
Barcelona, España.....	61
Bautizar el problema	672
Bélgica	61
C	
Cambiantes.....	258
Cambio.....	274
Caminos al acuerdo.....	697
Caminos explicativos	180
Caminos para construir soluciones	599
Capacidad de influir o maniobrabilidad..	489
Capacidad para influir.....	480
Características generales.....	518
Catarsis.....	712
Causalidad Circular o de Circuitos de Retroalimentación	839
Centralización	142
Cibernética	173
Cibernética de “0 orden”	174
Cibernética de 1º orden	174
Cibernética de segundo orden (cibernética de la cibernética)	177
Cibernética y epistemología.....	159
Ciclo vital.....	289
Ciencia matemático-positivista o galileana	840
Circularidad, propósito y determinismo histórico.....	161
Clasificación	522
Co-construcción de la meta.....	487
Co-construcción del problema	486
Co-construcción de nuevas soluciones ...	487
Cohesión	841
Colusión	841
Cómo es que llego a tener una versión de la realidad.....	178
Cómo se forman los problemas.....	459
Cómo se resuelven los problemas.....	472
Comparación entre las tríadas y los triángulos.....	651
Competencia	775
Complejidad.....	392
Conducta problema en el contexto actual	477
Conducta sintomática.....	99
Conducta sintomática tiene carácter adaptativo.....	100
Conducta teleológica.....	842
Configuración de la familia de Salvador	

Minuchin.....	254	Cuándo se forma o se mantiene un problema.....	537
Confirmación y desconfirmación.....	842	Cuándo una crisis no se resuelve.....	318
Connotación positiva del síntoma.....	572	Cuarto pasaje: de la abstracción a la concreción.....	148
Con padrastro o madrastra.....	259	Cuatro guías para elecciones terapéuticas.....	599
Consecuencias del informe de doble vínculo.....	99	D	
Consideraciones acerca de la evaluación cuando consulta una pareja.....	407	Datos mínimos.....	347
Considerar los aspectos políticos y sociales.....	673	Declaraciones públicas.....	775
Con soporte.....	256	Deconstrucción.....	660
Constituida por elementos interrelacionados.....	155	“Deconstrucción” de desenlaces inesperados.....	674
Construccionismo social.....	190	Definición de familia.....	376
Constructivismo.....	159	Definición y alcances.....	448
Constructivismo y terapia.....	165	De las cosas que nos unen.....	719
Contenido fundamental del concepto de sistema.....	121	Derechos de los pacientes en psicoterapia.....	767
Contexto epistemológico del sistema.....	144	Desapego familiar.....	326
Contracondicionamiento.....	703	Descripción rala.....	672
Control de contingencias.....	702, 704	Descripción saturada por el problema.....	668
Control de estímulos.....	703	Desenlaces inesperados.....	674
Control de la información.....	772	Destete de los padres.....	300
Con un fantasma.....	261	De tres generaciones.....	256
Coordinaciones conductuales.....	188	Diagnóstico constructivista.....	521
Crisis de cuidado.....	313	Diagnóstico en la terapia centrada en soluciones.....	521
Crisis estructurales.....	317	Diagnóstico etiológico.....	361
Crisis evolutivas o de desarrollo.....	307	Diagnóstico narrativo.....	521
Crisis familiares.....	307	Diagnóstico social.....	423
Crisis imprevisibles o accidentales.....	311	Diamante de Ericsson.....	400
Criterios para construir metas bien definidas.....	598	Diferenciación del “self”.....	327
Criterios para una teoría de la terapia.....	764	Dificultad.....	365
Cuadro clínico.....	359	Dificultades.....	463
Cuadro N° 3.....	583	Dificultades matrimoniales del período intermedio.....	299
Cuadro N° 4.....	584	Dimensión organizacional.....	330
Cuadro N° 5.....	589	Directivas.....	545
Cuadro N° 6.....	591	Discriminación “self-objeto”.....	325
Cuadro N° 7.....	591	Distinciones entre pensamiento lógico-matemático y la narrativa.....	664
Cuadro N° 8.....	593	Doble vínculo desde la perspectiva del maltrato.....	100
Cuadros de utilidad.....	583	Dotada de cierta permanencia.....	155
Cuál es el sistema que se elige para trabajar.....	501	E	
		Educación.....	701

El bienestar del consumidor.....	781	Evaluación de la postura del paciente.....	377
El cambio: mirada para una propuesta....	705	Evaluación de la resistencia.....	388
El concepto de sistema es cibernético.....	130	Evaluación de las características del o de los consultante/s.....	373
El concepto de sistema es complejo.....	122	Evaluación de las relaciones familiares..	371
El concepto de sistema es estructural.....	124	Evaluación del circuito interpersonal o interaccional.....	368
El concepto de sistema es fenomenológico	121	Evaluación del marco relacional.....	423
El concepto de sistema es funcional.....	125	Evaluación del momento de la consulta y etapa de cambio.....	393
El concepto de sistema es prospectivista	132	Evaluación del nivel de distress.....	388
El concepto de sistema es termo-dinámico	126	Evaluación de problema.....	365
Elección.....	714	Evaluación estratégica, evaluación estructural, evaluación constructivista....	363
El “eslabón perdido” en la distinción: el profesional que describe	431	Evaluación funcional	362
El marco del tratamiento	401	Evaluación o diagnóstico, ¿de qué, para qué?.....	359
El miembro sintomático.....	321	Excepciones	668
El modelo cuadrimensional.....	337	Experiencia emocional correctiva.....	701
El nacimiento de la familia nuclear	213	Experiencia y explicación.....	182
Elogio del equipo	610	F	
El proceso emocional interpersonal.....	651	Familia adoptante (sin secreto).....	226
El síndrome de utopía	467	Familia a través de la historia	195
Emirec	105	Familia compuesta	226
Emplear un lenguaje externalizador.....	672	Familia de origen	225
Entidad autónoma	154	Familia de Pas de Deux.....	255
Entrevista final o de cierre	513	Familia disfuncional.....	323
Entrevista inicial o primera entrevista	349	Familia extensa	225
Entrevistas de seguimiento	512	Familia funcional	231
Epistemología	843	Familia, hogar y comunidad	206
Es real la realidad.....	172	Familia homosexual o gay	227
Estilo de atención del consultante y/o del PI.....	379	Familia nuclear.....	224
Estilo de procesamiento	380	Familia política	225
Estímulos condicionados	702	Familia psicosomática.....	261
Estímulos condicionados y control de contingencias.....	715	Familias descontroladas	265
Estrategia.....	450	Familias ensambladas, o de segundas o terceras nupcias.....	226
Estrés acumulativo.....	317	Familias mixtas	229
Etapas del ciclo vital.....	291	Familias uniparentales o monoparentales	227
Etapas de su proceso terapéutico	669	Feedback	700
Ética	759	Fluctuación de la motivación.....	499
Ética, moral y responsabilidad.....	765	Forma intermedia de familia patriarcal...	201
Ética y psicoterapia	759	G	
Evaluación de circuitos intrapsíquicos....	370	Galanteo	291
Evaluación de la gravedad de una situación.....	389		
Evaluación de la motivación del paciente	387		

Gregory Bateson	93	La razón de la modernidad.....	169
H		La segunda entrevista.....	512
Habilidad de afrontamiento.....	390	Las relaciones profesionales	781
Hipnosis	688	Las terribles simplificaciones	465
Holón conyugal.....	627	Las últimas transformaciones	219
Holón fraterno.....	628	La supervisión.....	642
Holón parental.....	628	La teoría de los sistemas familiares	327
Homeostasis	844	La terapia comunicacional-estratégica	
Huéspedes	259	del Mental Research Institute (MRI)	457
I		La tercera entrevista.....	513
Ilusión y percepción.....	181	Liberación social.....	702
Importancia clínica de los triángulos	647	Límites	140
Independencia o sumatividad física.....	140	Lo que no se debe hacer en terapia sisté-	
Individuación / Individuación conexa /		mica.....	791
Co-individuación.....	845	Lo que un triángulo no es.....	650
Información mínima que debe contener		Los aportes del Constructivismo.....	163
un informe	786	Los casos difíciles	509
Instituto de Investigación Mental (MRI)		Los conceptos centrales de la terapia del	
y la teoría de la comunicación	340	M.R.I.	477
Intentos de solución	365	Los modos de intervenir en los triángu-	
Interacción.....	369	los en las familias.....	645
Interaccional.....	368	Los pioneros.....	44
Intercambio justo	769	Los procesos de cambio: una vía para la	
Interpersonal	368	integración.....	700
Intervenciones contextuales.....	643	Los silencios.....	551
Intervenciones de la		Los tuyos, los míos, los nuestros	697
terapia centrada en las soluciones	603	Los últimos treinta años.....	66
Intervenciones de la terapia estratégica ..	515	M	
Intervenciones o maniobras en la Tera-		Madres, hijos y nodrizas pagas	208
pia Estratégica.....	526	Manejo de contingencias.....	704
Intervención general.....	672	Manejo de la noción de sistema	134
Intrapsíquico	368	Maniobra	518
Invariancia.....	142	Maniobras específicas.....	584
Invitación para asumir una postura.....	674	Maniobras específicas con nombre propio	544
L		Maniobras generales	583
La confidencialidad.....	776	Maniobras para aumentar la motivación.	499
La evaluación cuando consulta una		Mapa estructural gráfico	620
familia	418	Matrimonio y sus consecuencias	294
La familia consanguínea	199	Mendoza, nuestra historia	84
La familia de hoy	223	Mensajes metacomunicativos implícitos ..	96
La familia de los siglos XVI y XVII.....	204	Metáforas	565
La familia monogámica	202	Milán, Italia.....	57
La familia punalua	199	Mística del resultado	751
La familia sindiásmica	200	Modelamiento de las transacciones	330

Modelo circumplejo de Olson.....	252	Primer nivel: Co-construcción del pro- blema.....	486
Modo narrativo de pensamiento.....	666	Primer pasaje: del objeto al sistema.....	145
Morfoestasis.....	845	Primer recorrido posible	110
Morfogénesis.....	846	Principios generales	344, 526
Motivación.....	493	Problema consensuado.....	449
Motivación del terapeuta.....	497	Problemas.....	463
Movimiento cibernético.....	846	Procedimientos.....	610
N		Proceso de resolución de problemas.....	390
Nacimiento de la terapia familiar sistémica ³³		Proceso por el cual la familia define la relación (Don Jackson)	246
Nacimiento de los hijos.....	296	Procesos de cambio y relaciones po- sibles con las maniobras de terapia sistémica: nuestro aporte.....	707
Noción de sistema.....	116	Propiedades de los sistemas.....	140
Normas morales y legales.....	775	Pseudo-mutualidad (pseudo-hostilidad)..	251
Noruega.....	64	Puede ser el silencio una directiva.....	551
Nueva York, Estados Unidos	54	Puede ser el silencio una maniobra.....	551
O		Q	
Operaciones reestructurantes	625	Qué \“cosas\” no debe hacer un terapeu- ta de pareja.....	415
Ordalías.....	580	Qué es lo que debe hacer un terapeuta de pareja.....	417
Organización estratégica.....	485	Que forman subsistemas estructurales y funcionales	156
Organización y estructura	186	Queja inicial.....	375
P		Quinto pasaje: de la cantidad y el núme- ro a la cualidad y la pauta	148
Paciente Identificado.....	378	R	
Pacientes difíciles.....	491	Reactancia.....	392
Palo Alto–California, Estados Unidos	44	Red de redes.....	424
Paradojas.....	469	Redefinición, reestructuración, reencua- dre-desencuadre	559
Para qué puede ser “útil” un síntoma.....	321	Reevaluación.....	705
Parma, Italia	60	Reglas.....	369
Pasaje abierto	151	Regulaciones internas que le permiten adaptarse	157
Patología de las alianzas	334	Relación con otras ciencias.....	37
Patología de las fronteras	333	Relato alternativo.....	676
Patologías de jerarquías	337	Re-memorar	675
Patrones conductuales derivados del mo- delo de familia nuclear.....	216	Resiliencia.....	483
Pausa para la consulta.....	610	Responsabilidad	774
Personalidad (Estilo personal de res- puesta a situaciones)	389	Resultados en psicoterapia. ¿Para qué? ..	755
Philadelphia (Filadelfia), Estados Unidos.	51		
Phoenix	45		
Polaridades.....	381		
Posmodernidad y complejidad.....	171		
Pregunta del milagro.....	604		
Preguntas de influencia relativa.....	668		
Preguntas que guían la construcción del macro contexto.....	425		
Prescripción del síntoma.....	569		

Resultados en psicoterapia. ¿Por qué?....	751	Teoría del ciclo vital.....	452
Resultados en psicoterapia. Síntesis	758	Teoría del Control	851
Retiro de la vida activa y la vejez	302	Teoría del Fracaso	787
Retroalimentación	847	Teoría del Juego y la Decisión	852
Roma, Italia.....	59	Teoría de los Autómatas.....	850
S		Teoría de los Conjuntos, Grafos y Redes	851
Saturada del problema.....	672	Teoría de los triángulos	454
Secreto.....	776	Teoría del síntoma como protección	455
Secuencias de relación	97	Teoría Familiar Estructural	329
Segregación progresiva.....	141	Teoría General de los Sistemas	109
Segundo nivel. Co-construcción de la meta.....	487	Teoría organísmica	852
Segundo pasaje: del reduccionismo al integracionismo.....	146	Terapia centrada en las soluciones	595
Segundo recorrido posible	144	Terapia centrada en soluciones	684
Semántica del concepto de sistema.....	133	Terapia de Milán	691
Semejanzas y diferencias entre los modelos sistémicos	679	Terapia de Roma	692
Séptimo pasaje: de la objetividad al constructivismo	149	Terapia Ericksoniana.....	687
Se transforma dentro de ciertos límites de estabilidad	156	Terapia Estratégica.....	515
Severidad.....	390	Terapia Estratégica de Jay Haley	680
Sexto pasaje: de la causalidad lineal a la causalidad circular	148	Terapia Estratégica del Mental Research Institute	682
Siena, Italia	60	Terapia Estructural	629, 689
Signos.....	359	Terapias narrativas	694
Síndrome	360	Tercera dimensión	332
Síndrome de utopía	366	Tercer nivel. Co-construcción de nuevas soluciones.....	487
Síntoma	359	Tercer pasaje: del aislamiento a la relación147	
Sistema.....	847	Terrible simplificación	366
Sistematización progresiva	141	Topeka-Washington D. C., Estados Unidos48	
Socialización y ambiente	385	Totalidad o coherencia	140
Socialización y fraternía	384	Triángulos	328
Subsistema de intervención o impacto....	479	U	
Supuesto de potencialidad no desarrollada481		Un modo narrativo de pensamiento	666
Surgimiento del lenguaje	184	Uso de documentos terapéuticos.....	674
T		Usos de la noción de sistema	142
Tarea de Fórmula	575	V	
Tareas	573	Variaciones de su entorno específico	157
Teoría de la estabilidad o de la “homeostasis”.....	456		
Teoría de la Información.....	850		
Teoría de las jerarquías	453		

Bibliografía

- ANDERSON, R y CARTER, I. (1994). *La conducta humana en el medio social*. Barcelona: Gedisa.
- ANDRENACCI, L. (2000). *Miseria de la Política Social*. Seminario de Integración y Exclusión Social en la Argentina: FLACSO.
- ANGUITA, E., MINUJIN, A. (2005). *El futuro: el mundo que nos espera a los argentinos*. Buenos Aires: Edhasa.
- ASOCIACIÓN ARGENTINA de POLÍTICAS SOCIALES (2002). *Estrategias de articulación de políticas sociales*. Buenos Aires: AAPS Ediciones. CEPAL.
- ASOCIACIÓN ARGENTINA DE Teoría General de los Sistemas Y CIBERNÉTICA. “La Teoría General de los Sistemas y la Cibernética. Su significado teórico y práctico”. *Boletín de divulgación y difusión de la Sociedad*. (s/d).
- ASOCIACIÓN ARGENTINA DE Teoría General de los Sistemas Y CIBERNÉTICA. “Conceptos Básicos”. *Boletín de divulgación y difusión de la Sociedad*. (s/d).
- ASOCIACIÓN ARGENTINA DE Teoría General de los Sistemas Y CIBERNÉTICA. “Manejos y Usos”. *Boletín de divulgación y difusión de la Sociedad*.
- BANDURA, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Universitaria.
- BANDURA, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. España: Martínez Roca.
- BANYAI, I. (1995). *Zoom*. Viking. Middlesex. England.

- BATESON, G. (1999). *Pasos Hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: C. Lohlé.
- BEAVERS W. (1977). *Psychoterapy and growth: A family systems perspective*. Nueva York. Brunner/Mazel.
- BEYEBACH, M., ESTRADA, B. Y HERRERO DE VEGA, M. (2006). El estatus científico de la Terapia Centrada en las Soluciones: una revisión de los estudios de resultados. Mosaico, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar, 36, pp. 33-41
- BECK, A., FREEMAN, A. y Otros. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- BERTRANDO, P. y TOFFANETTI, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- BIKEL, R. (1982). "Las etapas de la vida familiar: transición y cambio". *Revista de Terapia Familiar*, N° 9, Diciembre.
- BOSS, P. (2001). *Muertes ambiguas. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: Gedisa.
- BRONFENBRENNER, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*. España: Paidos.
- BUSTELO, E y MINUJIN, A. (2000). *Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes*. Bogotá: Ediciones Santillana. UNICEF.
- COLLETTI, M. y LINARES J.(2000). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós.
- CONSEJO FEDERAL de NINEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA (2007). *Balance del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia*. Ministerio de Desarrollo Social, Buenos Aires: Presidencia de la Nación.
- CAPLOW, T. (1974). *Dos contra uno. Teoría de las coaliciones en las tríadas*. Madrid: Alianza.
- CARO, I. (comp.). (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.

- CASABIANCA, R. y HIRSCH, H. (1989). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un modelo de registro para la terapia del M.R.I.* Santa Fe: Centro de Publicaciones, Universidad del Litoral.
- CASABIANCA, R. (2000). “Nuevas organizaciones familiares: Introducción”. *Sistemas Familiares*. Año 16, N° 1, Marzo.
- CASABIANCA, R. (2007) “La terapia de pareja heterosexual en la cultura posmoderna y argentina de hoy.: Un desafío a la creatividad y ética de los terapeutas”. *Revista Sistemas Familiares* Año 23 N 2
- CHAMBLESS, D.; BAKER, M.; BAUCOM, D.; BEUTLER L.; CALHOUN, K.; ET AL. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychology* 51(1):3–16.
- DABAS, E. (1992 -3) “Redes y cibernética, conversando con Marcelo Pakman”. *Perspectivas Sistémicas*. Año 5, N° 24, Diciembre / Febrero.
- DABAS, E. y NAJMANOVICH, D. (1995). *Redes. El lenguaje de los Vínculos*. Paidós: Buenos Aires.
- DES CHAMPS, C. (1990) “¿Quién es quién en la familia de la terapia familiar?” *Uno Mismo*. N° 80, v. 14, N°2, Febrero.
- DE SHAZER, S. (1986). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. Buenos Aires: Paidós.
- DE SHAZER, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- DEVOTO, R. (2000). “Evolución de las organizaciones familiares”. *Sistemas Familiares*. Año 16, N° 1, Marzo.
- DONINI, A. (2005). *Sexualidad y familia. Crisis y desafíos frente al siglo XXI*. Buenos Aires: Noveduc.
- EGUILUZ, L de L. (2007). “Recursos con que cuentan las parejas satisfechas”. *Revista Sistemas Familiares* Año 23 N 1
- ELIZUR, J. y MINUCHIN S. (1991). *La locura y las instituciones. Familias, terapia y sociedad*. Barcelona: Gedisa.
- ELLIS, A; MAC LAREN, C. (1998) “Rational Emotive Behavior Therapy, A therapist’s guide”. California: Impact Publishers.

- ELLIS, A. LEGA, L.; CABALLO, V. (1998). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- FALLON, I.; BOYD, J. y MCGILL, C. (1984). *Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. Nueva York: Guilford Press.
- FALICOV, C. (1991). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FEINDLER, E.; ECTON, R (1986). *Adolescent anger control: cognitive-behavioral techniques*. USA: Pergamon Press.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (1984-1999) “Introducción a la terapia familiar”. Conferencia-taller, para Seminarios sobre “Familia y Psicoterapia familiar”, presentados en San Juan, Bahía Blanca, San Luis, General Alvear y Mendoza.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. y LESCOANO, E. (1982) “Las crisis evolutivas normales resueltas y no resueltas”. Trabajo presentado en las Segundas Jornadas Asistenciales Interdisciplinarias de Salud Mental. Primer Congreso Nacional. Buenos Aires 13 al 17 de Agosto 1982.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (1987). “Abordaje sistémico de las crisis evolutivas familiares”. Seminario realizado en Córdoba, 11 y 12 de Septiembre de 1987.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. y LESCOANO, E. (1985). “Las metáforas interaccionales: Su uso en el proceso terapéutico”. *Sistemas Familiares*. Año 1, Número 1, Buenos Aires, Agosto.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (1991). “Estrategias e Intervención en la Construcción del Cambio. Las metáforas interaccionales”. II Jornadas Sistémicas de Intercambio Científico, Córdoba.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (1995). “El empleo del silencio en la terapia”. *El Embrión*. Buenos Aires, N° 43, Noviembre.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (1998). *Los secretos en la familia*. Mendoza: Centro Privado de Psicoterapias.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (2000). “Crisis de cuidado. De la familia a la institución”. *Perspectivas Sistémicas*. Año 12, N° 61, Buenos Aires,

Mayo-Junio.

- FERNÁNDEZ MOYA, J. (2003). "Cuando la consulta es por un duelo". *Perspectivas Sistémicas* Año 15, N° 76 Buenos Aires, Mayo-Junio.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (2005). *Después de la pérdida. Una propuesta sistémica estratégica para el abordaje de los duelos*. Mendoza: Ediciones Universidad del Aconcagua.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (2006). *En busca de Resultados. Una introducción a la terapia sistémica*. Mendoza: Universidad del Aconcagua.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. y colaboradores. (2007). *Eslabones. Una propuesta sistémica para abordar la discapacidad múltiple*. Mendoza: Universidad del Aconcagua.
- FIGUEROA, E. (1994) Más allá de las modas. *Sistemas Familiares*. Año 10, N° 2, Buenos Aires.
- FISCH, R.; WEAKLAND, J. y SEGAL, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- FISHMAN, C. (1989). *Tratamiento de Adolescentes con Problemas*. Buenos Aires: Paidós.
- FISHMAN, C. (1990). *Terapia Estructural Intensiva*. Buenos Aires: Paidós.
- FRANCES, A. (2014) *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Buenos Aires: Ariel.
- FRANCOIS, C. (1992). *Diccionario de Teoría General de los Sistemas y Cibernética. Conceptos y términos*. Buenos Aires. GESI, Asociación Argentina de Teoría General de los Sistemas y Cibernética.
- GAGLIARDI, A. (1990). *Teoría General de los Sistemas*. Trabajo para la Cátedra de Tratamiento Psicológico.
- GARCÍA, R. (2000). "Habilidades sociales y trasgresión legal. Entrenamiento de habilidades sociales como estrategia socio-educativa con adolescentes transgresores legales". Tesis de Licenciatura. U.D.A. Mendoza.
- GARCÍA, R. (2000). "Apuntes de la cátedra de Tratamientos Psicológicos", Área cognitivo conductual. 2000.

- GARRIDO GENOVÉS, V. (1989). *Pedagogía de la delincuencia juvenil*. Barcelona: CEAC.
- GOLDSTEIN, A. P.; GLICK, B.; ZIMMERMAN, D.; REINR, S.; COULTRY, T. A.; GOLD, D. "Aggression replacement training: A comprehensive intervention for the acting out delinquent".
- GAVINO, A. (1997). *Técnicas de terapia de conducta*. Barcelona: Martínez Roca.
- GEORGE, E.; IVESON, C.; RATNER, H. (1990). *Problem to Solution: Brief Therapy with Individuals and Families*. London: BT Press.
- GERGEN, K. (1985). *The social constructionist movement in modern Psychology*, American Psychologist.
- GOLDFRIED, M. y NORCROSS, J. (Eds.) (1992). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- GOLDFARB, R. (1996). *Familia con padrastro y madrastra: El intento de imitar el modelo de familia nuclear*. Tesis de Licenciatura. Mendoza: Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.
- GREIMAS, A. J. (1991). *La semiótica del texto*. : Gredos.
- GRIMALT, M. (2004). *Mamás Adolescentes y Vulnerables*. Tesis de Licenciatura. Mendoza: Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.
- GUERIN, P. (1979). *Terapia familiar: los primeros veinticinco años*. Buenos Aires: Publicación interna CEFYP (Centro familia y pareja).
- GUERIN, P.; FOGERTY, T. y otros. (2000). *Triángulos relacionales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HALEY, J. (1970). "Terapia familiar. Un cambio radical". Conferencia *I Congreso Nacional de Terapia Familiar*, Buenos Aires: Sociedad Argentina de Terapia Familiar.
- HALEY, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HALEY, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HALEY, J. (1987). *Terapia de ordalía*. Buenos Aires: Amorrortu.

- HALEY, J. (1988). "La Terapia Estratégica". En ELKAIN, M. *Formaciones y prácticas en terapia familiar*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- HALEY, J. (1993). "Ideas y conceptos que perjudican a los terapeutas". En BERGER, M. (comp.) *Más allá del doble vínculo*. Buenos Aires: Paidós.
- HALEY, J. (1991). *Tácticas del poder de Jesucristo* (1º Edición ampliada). Buenos Aires: Paidós.
- HENDERSON GROTEBERG, E. (2003). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- HIRSCH, H. y ROSARIOS, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales*. Buenos Aires: NADIR.
- HIRSCH, H. (1992). "¿Existe la vida después de la muerte? La moribunda revolución sistémica lega órganos vitales para el futuro de la terapia". En *Integración en Psicoterapia*. Santiago de Chile: Cecidec.
- HIRSCH, H. (1998). "Efectividad en Psicoterapia". *Sistemas Familiares*. Año 14, N° 3.
- HOFFMAN, L. (1987). *Fundamento de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. Fondo de Cultura Económica. México.
- HOFFMAN, L. *Una postura reflexiva para la terapia familiar*, en McNamne, Sheila & Gergen, Kenneth. (1996) Barcelona: Paidós.
- ISUANI, A. (2004). Política Social en la Argentina. Conferencia. Maestría en Psicología Social. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza.
- KANTOR, D. y LEHR, W. (1975). *Inside the family: Toward a theory of family process*. San Francisco: Jossey-Bass.
- KEENEY, B. (1979). "Ecosystemic epistemology: An alternative paradigm for diagnosis". *Family Process*. 18, 117-129.
- KEENEY, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- KELLY, J. (1987) "Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones. Desclée de Brouwer. Bilbao.

- KOFFMAN, F. (2001) *Metamanagement. La nueva conciencia de los negocios*. Tomo I. Buenos Aires: Granica.
- KORNBLIT, A. (1984). *Somática familiar. Enfermedad Somática y familia*. Buenos Aires: Gedisa.
- JACKSON, D. (1977). “El problema de la homeostasis familiar”. En: *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- JUTORAN, Sara. (1994). El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas. *Revista Sistemas Familiares*, Año 10 N 1-Abril.
- LABRADOR, F.; CRUZADO, J; MUNOZ, M. (1995). “Manual de técnicas de modificación y terapias de conducta”. Pirámide, S.A. Madrid.
- LAING, Ronald. (1974). *El yo y los otros*. México: Fondo de Cultura Económica. México.
- LÄNGLE, Alfried. (1993). “Aplicación práctica del Análisis Existencial Personal, una conversación terapéutica para encontrarse a uno mismo”. Publicado por Asociación Internacional de Análisis Existencial y Logoterapia, (AEP), Viena, Existenzanalyse 10.
- LÄNGLE, Alfried. (2005). “El proceso de diagnosticar en el Análisis Existencial”. Versión original „Handhabung und Verwendung der Diagnostik aus Sicht der Existenzanalyse. En Bartuska, Buschsbaumer, Mehta, Pawlowsky, Wiensnagrotzky „Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für den neuen Standard. Wien: Springer.
- LAZARUS, A. (1993). “The practice of multimodal therapy. Systematic comprehensive and effective psychotherapy”. The John Hoopkins University Press. Baltimore.
- LEXIS 22 VOX. (1976). *Diccionario enciclopédico*. Barcelona: Círculo de lectores.
- LINARES, J. (1996). “Identidad y narrativa: una perspectiva individual de la interacción sistémica”. En: SANTI, W. (comp.) *Herramientas para psicoterapeutas*. Buenos Aires: Paidós.
- LIPSET, D. (1991). *Gregory Bateson, el legado de un hombre de ciencia*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- LÓPEZ A, PARADA, A. (1995). *Introducción a la Psicología de la Comuni-*

- cación. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- MADANES, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MANRIQUE DÍAZ, E. (2014). Representaciones sociales sobre el maltrato infantil. Universidad de Cantabria. Repositorio.
- MATURANA, H. (1990). *Biología de la cognición y epistemología*. Universidad de la Frontera.
- MATURANA, H. y VARELA, F. (1984). *El Árbol del Conocimiento*. Santiago: Universitaria.
- MC GOLDRICK, M. y GERSON, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- MC MULLIN, R. (1999). "The new handbook of cognitive therapy techniques. Nex York: Norton.
- MENSH, I. N. (1971). *Psicología clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- MINUCHIN, S. (1979). *Familia y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- MINUCHIN, S. y FISHMAN, C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- MINUCHIN, S. (1985). *Caleidoscopio familiar. Imágenes de violencia y curación*. Barcelona: Paidós.
- MINUCHIN, S. (1999). "Recortar, reimaginar y rebuscar la conversación continua". *Sistemas Familiares*. Año 15, N° 1. Buenos Aires, Marzo.
- MINUCHIN, S. (1997). "El salto a la complejidad. La supervisión en Terapia Familiar". *Sistemas Familiares*. Año 13, N° 3. Buenos Aires, Marzo.
- MINUCHIN, S. (1998). "¿Dónde está la familia en la terapia narrativa?". *Sistemas familiares*. Año 14, N° 3. Buenos Aires, Noviembre.
- MINUJIN A. y KESLER, G. (1995). *La nueva pobreza en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- MONTALVO, B. (1992) "Contemplando la escena general de la terapia de familia". *Sistemas Familiares*. Año 8, N°1, Buenos Aires, Abril.
- MORIANA, J.; MARTINEZ, V. (2011). La psicología basada en la evidencia

y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (2), 81-100. doi:<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>.

- MORIN, E. *L'intelligence de la complexité*, L'Harmattan, París, 1999 (traducción José Luis Solana Ruiz).
- MORIN, E. *Epistemología de la Complejidad*. En *Nuevos paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Paidós, Buenos Aires 1999.
- MORRIS, E.; BRAUKMAN, C. (1987). *Behavioral approaches to crime and delinquency: a handbook of applications, research and concepts*. New York: Plenum Press.
- MUSITU, G., GRACIA G. (2000). *Psicología Social de la Familia*. Psicoinnovación
- NAJMANOVICH, D. (2005). *El juego de los vínculos, Subjetividad y redes: figuras en mutación*. Buenos Aires: Biblos.
- O' HANLON, W. y WEINER DAVIS, M. (1990). *En busca de soluciones*. Buenos Aires: Paidós.
- O' HANLON, W. (1989). *Raíces profundas*. Buenos Aires: Paidós.
- OLSON, D.; PARTNE, J. y LAYER. (2000) "Modelo circunplejo. FACE III". En Epstein, N.; Balfwin, L.; Mc Master, T. *Model of Family Functioning-MMFF*. Family Reserch Brown University. Traducción y adaptación, realizada en Paraná, Argentina. Apunte de Cátedra.
- PAPP, P. (1988). *El proceso del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- PAYNE, Martin (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- PEARCE, W. Barnett. *Nuevos modelos y metáforas comunicacionales*, en D. Schnitman. (comp.) *Nuevos paradigmas, Cultura y Subjetividad*, Buenos Aires, Paidós, 1994.pag. 266.
- PEREDA BELTÁN, N. (2011). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo* Vol. 31 (2) pp. 191 -201
- PERRONE, R.; NANNINI, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Paidós.

- PERRONE, R.; NANNINI, M. (2008). *Violencia y abusos en la familia, una visión sistémica de las conductas sociales violentas*. Barcelona. Paidós
- PEYRU, G. y BRUSCA, J. (1992) “Los derechos de los pacientes en psicoterapia”. *Psicologías en Buenos Aires*. Año 1, N° 4, Marzo.
- PITTMAN III, F. (1990) *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- PITTMAN III, F. (1989) “Una teoría de la crisis familiar. Ideas del stress y de los obstáculos”. *Sistemas Familiares*. Año 5, Número 1, Abril.
- PRIGOGINE, Ilya. ¿El fin de la ciencia? en D. Schnitman (comp.) *Nuevos paradigmas, Cultura y Subjetividad*, Buenos Aires, Paidós, 1994. pag. 56.
- PROCHASKA, J. y NORCROSS, J. (1994) “Systems of Psychotherapy”. Avon Books. New Cork (Traducción realizada por Centro Privado de Psicoterapias, Mendoza).
- RAMÍREZ TREVIÑO, J.; CRUZ RODRÍGUEZ ALCALÁ, J. (2012). El proceso de psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo conductual. *Revista electrónica de Psicología Izta-cala* 15 (2), 610-635. Disponible en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num2/index2012-2.htm>
- RAVAZOLA, M. (1997). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- RAVAZZOLA, M. (2001). “Resiliencias familiares”. En: *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- REISS, D. (1981). *The familys´ construction of reality*. Cambridge: Harvard University Press.
- ROBLES, T. (1991). *Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey Zeig*. México: Instituto Milton H. Erickson.
- RODRÍGUEZ CEBERIO, M.; DES CHAMPS, C. y otros. (1991). *Teoría y técnica de la psicoterapia Sistémica*. Buenos Aires: Nadir.
- RODRÍGUEZ CEBERIO, M. “Relaciones desparejas. Observaciones de un equipo sistémico en el tratamiento de disfunciones de pareja”. Re-

vista Sistemas Familiares. Año 23 N 1–2007

- ROSENBAUM, M. (1985). *Ética y valores en psicoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- RUESCH, J. y BATESON, G. (1984). *Comunicación, la matriz social de la psiquiatría*. Barcelona. Paidós.
- SAFORCADA, E. (1999). *Psicología Comunitaria. El enfoque ecológico contextualista de Jim G. Kelly*. Buenos Aires: Proa XXI.
- SAFORCADA, E. (2008). *Psicología del Desarrollo Nacional*. Conferencia. UNCuyo.
- SALGADO, M. (1994). *Comunicación personal*. Destacado terapeuta sistémico. Córdoba.
- SATIR, V. (1976). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: La Prensa Médica.
- SAVATER, F. (1991). *Ética para Amador*. Buenos Aires: Ariel.
- SEGAL, L. (1994). *Soñar la realidad. El constructivismo de Heinz von Foerster*. Barcelona. Paidós.
- SELIGMAN, M. E. P. (1998). *Aprenda optimismo: Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Grijalbo.
- SELIGMAN, M. E. P. (2000). *The science of optimism and hope*. Pennsylvania: Templeton Foundation Press.
- SELIGMAN, M. E. P. (1995). *What you can change, and what you can't*. New York: Ballantine Books Edition.
- SELVINI PALAZZOLI, M; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; PRATA, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- SHORTER, E. (1977). *El nacimiento de la familia moderna*. Buenos Aires: Crea.
- SIMON, F.; STIERLIN, H.; WYNNE, L. (1988). *Vocabulario de la terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- SLUZKI, C. (comp.) (1974). *Interacción familiar. Aportes fundamentales sobre teoría y técnica*. (2º ed.). Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- SLUZKI, C. (1980) “Migración y conflicto”. *Terapia Familiar*. Año 3, Nº 6.

Diciembre.

- SLUZKI, C. (1990) “Disrupción de la red y reconstrucción de la red en el proceso de migración”. *Sistemas Familiares*. Año 6, N° 2. Agosto.
- SLUZKI, C. (1992) “Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy”, (Transformaciones: Una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia). *Family Process*, 1992 (31), 217-213
- SLUZKI, C. (1998) *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- SLUZKI, C. (1999). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- SLUZKI, C. (1999). “En busca de la familia perdida: una nota al pie para el ensayo de Minuchin”. *Sistemas Familiares*. Año 15, N° 1. Marzo.
- SCHNITMAN, D. (1986). “Constructivismo, Evolución Familiar y Proceso Terapéutico”. *Sistemas familiares*. Año 2, N° 1. Abril.
- SCHNITMAN, D. (1994). *Nuevos paradigmas, Cultura y Subjetividad*, Buenos Aires: Paidós.
- STANTON, D. (1986) “Una reseña de los abordajes comprensivo/estratégico”. *Sistemas familiares*. Año 2, N° 1. Abril.
- TOLIN, D.; MCKAY, D.; FORMAN, E.; KLONSKY, E. & THOMBS, B. (2015). Empirically Supported Treatment: Recommendations for a New Model. *Clinical Psychology Science and Practice* 22(4), 1-22. DOI: 10.1111/cpsp.12122.
- TORRADO, S. (2003) *Historia de la familia en la Argentina Moderna (1870-2000)*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- TORRADO, S. (2004): Ajuste y Cohesión social. Argentina el modelo para no seguir. *Revista Tareas*, 117, mayo-agosto, Cela, Panamá, pag 15-24 Disponible en [www/ bibliotecavirtual.clacso.org.ar/](http://www/bibliotecavirtual.clacso.org.ar/)
- TORRADO, S. (2004): La Herencia del ajuste. Cambios en la sociedad y la familia. Editorial Capital Intelectual. Buenos Aires.
- UMBARGER, C. (1983) *Terapia Estructural familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.

- VALLES, A.; VALLÉS, C. (1996) “Las habilidades sociales en la escuela. Una propuesta curricular”. EOS. Madrid.
- VAUGHN, C. y LEFF, J. (1976). “The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness”. *British Journal of Psychiatry*. 129, 125-137.
- VON BERTALANFFY, L.; ROSS A., W.; WEINBERG, G; (1978) *Tendencias en la Teoría General de los Sistemas*. Madrid: Alianza.
- VON FOERSTER, Heinz. *Ibíd.* Introducción de Marcelo Pakman, Pag. 20.
- VON GLASERSFELD, Ernest. *La construcción del conocimiento*, en D. Schinitman (comp.) *Nuevos paradigmas, Cultura y Subjetividad*, Buenos Aires, Paidós, 1994.
- WALSH, F. (1998). “El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío”. *Sistemas familiares*. Año 14, N° 1. Buenos Aires, marzo.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. y JACKSON, D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J. y FISCH, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- WATZLAWICK, P. (1984). *El arte de amargarse la vida*. Barcelona: Herder.
- WEAKLAND, J.; FISH, R.; WATZLAWICK, P. y BODIN, A. (1974). “Brief Therapy: Focused problem resolution”. *Family Process*, 13: 141-168.
- WETLEY, W. y EPSTEIN, N. (1969). *The silent majority*. San Francisco: Jossey-Bass.
- WHERTEIM, E. (1973). “Family unit therapy and the science and typology of family systems”. *Family Process*, 12 361-376.
- WHITE, M. y EPSTON, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- WINKIN, I. (2001). *La nueva comunicación*. Barcelona: Kairós.
- WYNNE, L. y WYNNE, A. (1986). “The quest for intimacy” *Journal of Marital and Family Therapy*. 12: 383-394.

- WYNNE, L. (1984). "The epigenesis of relational systems: A model for understanding family development". *Family Process*, 23: 297-318.
- WYNNE, L. (1989). "A preliminary proposal for strengthening the multi-axial approach of DSM-III: Possible family oriented revisions". En TISCHLER, G. (comp.): *Diagnosis and classification in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- YALOM, I. (2002). *El don de la terapia. Carta abierta a una nueva generación de terapeutas y sus pacientes*. Buenos Aires: Emecé.
- YAPKO, M. (1997). *Breaking the patterns of depression*. Nueva York: Doubleday.
- ZEIGG, J. (1985). *Un seminario didáctico con Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ZEIGG, J. (1997). Aplicaciones y consecuencias éticas del diagnóstico psiquiátrico. *Sistemas Familiares*. Año 13 N 2 Julio.

Videos

- "Adriana, alfajores, chocolates, y nada" (1972). Centro Privado de Psicoterapias. Buenos Aires.
- "Marta y el Pulpo" (1992). Centro Privado de Psicoterapias. Buenos Aires.
- "El poder del silencio" (1996). Centro Privado de Psicoterapias, Buenos Aires.
- "Paradigmas". Joe Baker.
- "Roberto, El ciclista".

Acerca de los autores

Participaron de la primera edición...

Jorge Fernández Moya



Médico egresado de Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata y médico psiquiatra egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo. Docente desde 1978 en la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua ingresar a la Cátedra de Psicopatología I, como JTP. Desde 1983 fue Profesor Adjunto de la Cátedra de Tratamientos Psicológicos, desde 1988 Profesor Titular y a partir de 1991 Titular Efectivo.

En el año 2001 con el cambio de plan de estudios fue Profesor Titular de la Cátedra de Teoría sistémico comunicacional, que desde el 2001 y hasta el 2017 se denominó Teoría psicológica sistémica. Desde el 2003 es Profesor Titular de la Cátedra de Psicología clínica, área sistémica, luego llamada Clínica Psicológica sistémica. Co-creó el posgrado de Terapia Familiar Sistémica en 1984, desde su creación es su Director. En 1996 pasó a ser la Maestría de Psicoterapia Sistémica y continuó en la dirección de la misma. Ha sido Miembro de AFTA (American Family Therapy Academy), y de IFTA (International Family Therapy Association), es miembro de AAPM (American Association of Psychiatric Medicine) y de ASIBA (Asociación Sistémica Buenos Aires).

Ha sido Profesor Titular de la Cátedra Psicoterapias en la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Santa Fe (del 2004 al 2007). Ha dictado

cursos en la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Cuba, (2001). En la Universidad del Azuay (2006) y en la Universidad de Cuenca (2008), Ecuador. Actualmente dicta un curso de posgrado en Lima, Perú para el Instituto de Psicoterapia Sistémico Integrativo.

Ha sido Profesor Titular en la Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Psicología en las Cátedras de Psicología sistémico comunicacional (desde 2007), en la Cátedra de Orientación y terapia familiar, e Intervención y tratamiento desde el 2008; y Abordaje integral del paciente crónico desde el 2009 hasta el año 2018, fecha de su jubilación.

Autor de los libros: “En Busca de Resultados” (cuatro ediciones 2000. 2005, 2010 y 2019). “Después de la pérdida” (2005 y 2012 y 2019). “Eslabones. Una propuesta sistémica para abordar la discapacidad múltiple” (2007), “Cómo hacer un duelo. Después de una separación o un fallecimiento” (2012); “Para siempre. Familia y enfermedad crónica” (2012); “De crianzas y socializaciones. La impronta relacional en la evaluación clínica” (2017). Autor de diferentes artículos, entre los que se destaca las publicaciones en Sistemas familiares, Perspectivas sistémicas, Enciclopedia Argentina de la Salud Mental entre otras.

En el ámbito privado co-creó el Instituto de Psicoterapia Familiar, hoy Centro de Psicoterapias Mendoza.

Mónica Escobar



Licenciada en Psicología y Especialista en terapia familiar sistémica egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua. Directora Asociada del Instituto de Psicoterapia Familiar. Presidente de la Sociedad de Psicoterapia Sistémica de Mendoza, 1990 a 1992. Miembro de la Comisión Organizadora del IV Encuentro Nacional, II Encuentro Trasandino de Terapia Sistémica, en Villa Los Penitentes, Mendoza. Noviembre de 1990. Docente Adscripta de la Cátedra de Seminario, UDA,

1992 - 1993. Docente de los Cursos Intensivos de Terapia Sistémica de 50 horas de duración realizados los años 1989, 1990, 1991, 1992, 1993 y 1994.

Docente Adscripta a la Cátedra Terapia Estratégica I en el Curso de Postgrado “Psicoterapia Familiar Sistémica”, dictado en la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Años: 1991 a 1995. Posteriormente Maestría de Psicoterapia Sistémica. Docente Invitada para la Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Medicina, U.N.C., para el dictado de un Módulo sobre “Abordaje Familiar”, ciclo lectivo de los años 1991 y 1992.

Autora del Capítulo “Terapias Constructivistas” del presente texto. Co-autora del trabajo “Intervención en redes para la integración de niños con discapacidad en ámbitos escolares comunes” presentado en el I Encuentro Internacional de Redes, el 08 de Octubre de 1993, que fue seleccionado para su publicación en el libro “Redes el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil”. Compilado por Elina Dabas y Denise Najmanovich y editado por Paidós, en 1995.

Terapeuta Estable del Instituto de Psicoterapia Familiar de Mendoza y del Centro de Psicoterapias de Mendoza desde 1988.

María Beatriz Sabah



Licenciada en Psicología egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua. Desde 1983 fue Jefa de trabajos prácticos de la Cátedra de Tratamientos Psicológicos, y luego Profesora Adjunta de la Cátedra de Teoría sistémico comunicacional, después denominada Teoría psicológica sistémica. Desde el 2003 es Profesora Adjunta de la Cátedra de Psicología clínica, área sistémica, luego llamada Clínica Psicológica sistémica.

Supervisora en la Práctica profesional de la carrera de grado de psicología de la Universidad del Aconcagua. Profesora Titular del posgrado de Terapia Familiar Sistémica desde 1984 que en 1996 pasó a ser Maestría de Psicoterapia

Sistémica, integrando el comité académico de la misma. Profesora de Psicoterapia familiar y Psicoterapia de parejas en la mencionada Maestría.

En el ámbito privado ha sido Coordinadora de Confluencia consultoría interdisciplinaria de asistencia e investigación de problemáticas familiares jurídicas psicológicas 1995 hasta 2005. Coordinadora de Psicología en el Centro de Atención Integral de Bulimia y Anorexia desde 2005 hasta 2018. Miembro fundador de Casa Hualpa centro de atención de TCA y trastornos emocionales desde 2018 hasta la fecha.

Ha realizado capacitación sobre nuevas configuraciones familiares DOAITE (Dirección de Orientación y Apoyo Interdisciplinarios a los trayectos escolares; espacio de reflexión sobre problemáticas socioculturales actuales. Violencia contra la mujer, femicidios, UDA; conversaciones MDZ diario on line Mendoza 18 de agosto temática de la pluralidad de configuraciones familiares

Santiago Fernández Escobar



Licenciado en Psicología. Universidad del Aconagua–Mendoza. Medalla de oro. MBA de la Universidad Católica de Córdoba. Fundador y CEO de Acros Training S.A. Firma de Capacitación y Consultoría en Management y RRHH. Miembro del Board de Endeavor desde 2016. Rankeado como Mejor Expositor en Vistage desde 2016 a la fecha. Su experiencia profesional la ha desarrollado como consultor, instructor, speaker y coach en temas de Management, Liderazgo, RRHH, Equipos de Trabajo y Desarrollo Personal de Alto Rendimiento. Lidera trabajos de capacitación y coaching para diversas empresas entre las que se destacan, Grupo OSDE, Grupo Sancor Seguros, Molinos Río de la Plata, YPF, Edenor, Microsoft, Evenbrite, Pampa Energía, Deloitte, Delta Airlines, Direct TV, Endeavor, Vistage, Motorola, Ledesma, Diario La Nación, Banco de la provincia de La Pampa, Bodega La Rural, Bodega Salentein, Familia Zuccardi, Avon, Boehringer Ingelheim, Danone, Bodegas Chandon, Bodega Doña Paula, Peugeot, Elea, Grupo FV, Hipódromo Argentino de Palermo, Holliday Scott, Honda,

Novo Nordisk, Kuehne-Nagel, Maersk, Prosegur, Bodegas Trivento, Westfalia, entre otras.

Algunas referencias como speaker:

- Conferencia *Contract Workplaces*. Buenos Aires. Septiembre 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=rF9HIqjcwAI&t=14s>
- Experiencia Endeavor Mendoza. Junio 2017. Experiencia Emprendedora. <https://www.youtube.com/watch?v=6MkeG30srVY>
- PUMPAS XV –Rugby– Noviembre 2016. Charla de cierre motivacional. https://www.youtube.com/watch?v=Zm_Ega7szVg
- Conferencia *Equipos de alto Rendimiento*. Medifé. Julio 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=SFNXJHh2fyk&t=7s>
- Premio *Saco Verde* al mejor expositor Vistage 2017. https://youtu.be/R2xYKR_-q5U
- Conferencia *Contract Workplaces*. Santiago de Chile. Octubre 2018. https://youtu.be/R2xYKR_-q5U

Para la segunda edicion se sumó...

Ruth Goldfarb



Licenciada en Psicología, egresada de la Universidad del Aconcagua. Abrazó el Enfoque Sistémico de Familia desde sus épocas de estudiante. Su formación ha sido predominantemente extraacadémica, siguiendo las actualizaciones de manera continua. Jorge Fernández Moya y Hugo Hirsch han sido y son sus maestros más cercanos. Desde sus comienzos ha ejercido de manera intensiva la práctica profesional. Durante 14 años a cargo de la atención en salud mental de la Obra Social del Personal Civil de la Na-

ción en San Juan. Durante 20 años ha desarrollado la atención de personas con estrés postraumático a consecuencia de accidentes de trabajo, creando y dirigiendo en ambos casos equipos de trabajo conformados por psicólogos y psiquiatras. El trabajo con personas que sufrieron accidentes de trabajo la llevó a la necesidad de aprender e incorporar aspectos legales e interactuar con muchos de los profesionales que intervenían en los distintos casos, siendo la mirada sistémica la que le facilitó la interacción de equipos multidisciplinarios en función de la resolución de problemas. En el ámbito laboral ha trabajado con su equipo en evaluaciones psicotécnicas para importantes empresas. Ha desarrollado tareas de docencia de postgrado de manera privada. En los últimos años concentra su actividad profesional en dos niveles, por un lado, la práctica de la psicoterapia y por otro la docencia de manera privada con pequeños grupos en los que se realizan supervisiones y estudio de los casos aportados por los colegas.

En la tercera edición participaron...

Laura Asid



Licenciada en Psicología, Profesora de Psicología, UDA. Master of Science, título otorgado por el Centro de Ciencias y Posgrados SCHLOSSHOFEN. En Lochau (2007). Tema de la tesis de Master: “Bienestar Psicológico y Plenitud Existencial, una aproximación desde el Análisis Existencial”. Bajo la dirección científica del Prof. Alfried Längle.

Docente Universitaria en las Cátedras: Teoría Psicológica Existencial, Clínica con orientación Existencial, UDA. Profesora Supervisora de las Prácticas Profesionales en Clínica con orientación Existencial, Psicología de la Personalidad, Psicopatología I y Psicopatología II, UDA.

Secretaria de Gestión del Consejo de Seguimiento Curricular de la Licenciatura en Psicología, desde 2011 a la actualidad, UDA.

Docente de la Diplomatura: Aplicación Clínica del Análisis Existencial y la Logoterapia. UDA.

Rodrigo García



Licenciado en Psicología, UDA. Ha realizado un Posgrado en Terapias Cognitivo Comportamentales. Diplomado en Psicología Organizacional. Posee Certificado como Coach Estratégico y Facilitador para Franklin Covey, para los programas: Los 7 hábitos de las personas altamente efectivas; Liderando a la velocidad de la confianza y Las 4 disciplinas de la ejecución.

Formación en Coaching Ontológico. Entrenamiento en psicología Organizacional. Programa de Desarrollo Estratégico. ADEN, 2016. Programa de Desarrollo Gerencial. ADEN, 2017. Programa de Habilidades Directivas. ADEN, 2017. Programa de Alta Gerencia. ADEN, 2018.

Psicólogo clínico especializado en el abordaje de trastornos del ánimo y desórdenes del comportamiento. Director del programa de Contingencias Estructuradas para la Regulación Conductual en el sector de máxima seguridad del Instituto COSE.

Docente titular de las cátedras Principios de Intervención Clínica, Psicología de las Organizaciones y Prácticas institucionales en la Universidad de Mendoza. Docente en Universidad del Aconcagua. Docente de Psicología Cognitiva en la Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador. Consultor y Capacitador en temas vinculados a la psicología laboral. Especializado en psicología de organizaciones y comportamiento organizacional. Con vasta experiencia en procesos de modificación de conducta, basados en actividades laborales.

Encargado del desarrollo de programas de Coaching. Ex Capacitador, consultor y coach en ACROS. Ex consultor y capacitador para Human Capital,

Deloitte. Ex Director de Investigación y Desarrollo. Ex Gerente de RRHH, canal ACQ. Ex Gerente de RRHH de Reydi de HP S.A. Actual Gerente General de Reydi de HP S.A. Baterista.

Laura Marchesky



Licenciada en Psicología, Especialista en Terapia familiar sistémica, UDA. Desarrolló su tarea docente en la Cátedra de Psicología de la Comunicación en la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua y luego con el cambio de plan de estudio de la carrera formó parte de la Cátedra de Teoría sistémico comunicacional.

Docente en la Universidad de Congreso, y en la Universidad Católica, desarrollando en diversas cátedras el pensamiento sistémico con idoneidad, creatividad y solvencia teórica. Su valioso legado fueron sus aportes en Teoría del Constructivismo, como producto de haber sido una lectora incansable.

Desarrollo su práctica en la clínica sistémica, abordando parejas y familias durante más de 30 años en la Provincia de Mendoza.

Federico G. Richard



Licenciado en Psicología, (UDA), Especialista en Docencia Universitaria (UNCuyo). Se desempeña como docente de grado y posgrado de la Facultad de Psicología de la UDA y docente de posgrado (UBA y UNCuyo).

Formado en el Centro Privado de Psicoterapias, ejerce como psicólogo clínico. Ha trabajado también como consultor y capacitador en psicología

organizacional e investigación de mercados. Miembro del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, fue Director de la Licenciatura en Psicología.

Es autor de libro *Soluciones intentadas al problema de la esquizofrenia* (2006) y coautor, junto con Jorge Fernández Moya, de los libros *De crianzas y socializaciones* (2017) y *Después de la pérdida* (2019). Colaboró con capítulos de la tercera edición de *En busca de resultados* (2010) y es autor y coautor de diversos artículos, entre los que se destacan la primera y segunda ediciones de la *Enciclopedia Argentina de Salud Mental*.

Mónica Valgañon



Licenciada en Psicología (UDA), Especialista en Docencia, Magister en Psicología Social (UNCuyo) y Doctoranda en Psicología (UDA).

Se desempeña como docente de grado y posgrado en universidades nacionales y privadas. Forma parte de Cuerpos Consultivos Académicos con una amplia trayectoria en el área. Su labor investigativa continua se dirige hacia la problemática de la niñez y familia vulnerable integrando equipos de investigación como Director o como miembro de los mismos.

Ha publicado artículos, libros y capítulos de libro sobre las temáticas referidas.

Como profesional del Gobierno de Mendoza ha integrado equipos interdisciplinarios y realizado tareas de gestión en el campo de la niñez vulnerable.

Su desarrollo en el enfoque sistémico tiene un recorrido relevante y sus aportes se destacan en el área psicosocial y comunicacional del paradigma.

En la cuarta edición sumaron se sumaron...

Gustavo Graña



Licenciado en Psicología (UDA). Docente Titular Psicoestadística I y Psicoestadística II (UDA). Docente Titular Práctica Profesionales Supervisadas Clínica Sistémica – UM. Docente Adjunto Psicología Sistémico Comunicacional – UM. Docente Titular Psicoestadística – UM. Docente Adjunto Psicología Educacional – UM. Ex director Licenciatura en Psicología – UM. Ex coordinador de Investigación y Extensión – UM.

Psicoterapeuta en el Centro de Psicoterapias Mendoza. Ha realizado trabajos en el área de organizacional y en el campo pericial.

Sofía Grzona



Licenciada en Psicología (UDA). Psicoterapeuta, docente e investigadora. Cursa la Maestría de Psicoterapias Sistémicas (UDA). Especialista en Psicoterapia Cognitiva Fundación AIGLE).

Ha completado su formación en: Ackerman Institute for the Family, (New York). En la Fundación Aiglé, (Buenos Aires), en el Centro Privado de Psicoterapias (Buenos Aires), en el Centro de Psicoterapias (Mendoza).

Profesora de grado de la Licenciatura en Psicología en las cátedras Clínica Sistémica, Teoría Sistémica Comunicacional y Principios de Intervención Clínica.

Directora e Investigadora Asistente en temáticas de género y pareja en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología Universidad del Aconagua. En el área de posgrado es coordinadora y docente de la Diplomatura en Psicoterapia Integrativa, UM.

María Belén Mondini



Licenciada en Psicología (UDA). Cursa la Maestría de Psicoterapia Sistémica (UDA).

Es Docente en la Cátedra de Teoría Psicológica Sistémica (UDA). En la Universidad de Mendoza es docente en la carrera de Psicología como Profesora Titular de las Prácticas Profesionales Supervisadas en Clínica Sistémica Comunicacional, es Profesora Adjunta en la Cátedra de Orientación y Terapia Familiar, y Profesora Adjunta en la Cátedra de Intervención y Tratamiento Sistémico Comunicacional. También es Profesora de formación de posgrado y extensionista (UM). Coordina las actividades en Investigación y Extensión Universitaria (UM).

Laura del Popolo



Licenciada en Psicología, (UDA). Mendoza, 1995. Magister en Psicoterapia Sistémica. Universidad del Aconagua. Mendoza. 1 de noviembre de 2003. Mediadora. Curso de Formación completa en Mediación. Universidad del Aconagua. Mendoza, 2004. Doctora en Psicología, con orientación en ciencias cognitivas, sistémicas y neurociencias, Universidad de Flores. Buenos Aires.2019.

Psicóloga clínica en atención primaria de la salud, Ministerio de Salud, desarrollo Social y Deportes Provincia de Mendoza.

Docente Universitaria. De grado y post grado.

Miembro de la comisión de capacitación del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza. Directora del Centro de Salud n 15. Ministerio de Salud, Desarrollo social y Deportes. Provincia de Mendoza.

María Julia Zúñiga

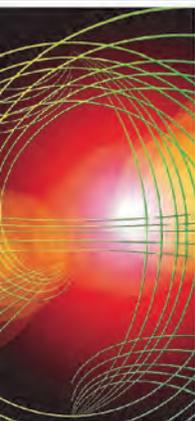


Lic. en Psicología (UDA). Cursa la Maestría en Psicoterapias Sistémicas (UDA).

Profesora Adjunta de la Cátedra “Teoría Psicológica Sistémica”, (UDA). Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra “Clínica Sistémica”, (UDA).

En el Instituto de Investigaciones (UDA), integra el equipo que estudia e investiga sobre mujeres trans y co-dirige dos investigaciones sobre estereotipos de género en parejas heterosexuales. Directora, Codirectora y miembro del Tribunal Examinador de Tesinas de Licenciatura en Psicología, (UDA).

Profesora Titular de la Cátedra de “Psicología” carrera de Nutrición (UM). Docente de Posgrado de la Diplomatura en Terapias Integrativas, (UM). Psicoterapeuta, docente e investigadora., con formación y experiencia en tratamientos de personas con obesidad. Clínica individual, de pareja y familias.



En busca de resultados

Modelos clínicos de abordaje



Este tomo contiene cuatro modelos de abordaje: Terapias Estratégicas, Estructural, Centrada en Soluciones y Narrativa con sus intervenciones.

En tres capítulos se analizan semejanzas y diferencias entre los modelos sistémicos y no sistémicos (terapias cognitivo conductuales y existenciales). Se mantiene la mística de los resultados y muy importante, la ética.

Se ha conserva el glosario y el índice temático que facilita la búsqueda de los conceptos. También se mantienen los dos casos clínicos cuya interacción ha sido transcrita de manera textual con el análisis de las intervenciones realizadas.



UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA

ISBN 978-987-4971-37-1



9 789874 971371