

PSICOTERAPIA BREVE CONSTRUCTIVISTA-CONSTRUCCIONISTA (UN MODELO DE INTERVENCIÓN INTEGRADO)

BRIEF PSYCHOTHERAPY CONSTRUCTIVIST-CONSTRUCTIONIST (AN INTEGRATED MODEL OF INTERVENTION)

Pedro Gómez Linares

Psicólogo social y psicoterapeuta

Experto en Psicoterapia Breve por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Resumen: las terapias breves constructivistas y construccionistas se han dotado de estrategias y técnicas conforme a las prácticas e investigaciones de los distintos terapeutas. Revisar el proceso terapéutico, las estrategias y las técnicas propias de estos enfoques hace necesario una reflexión sobre su ontología y teoría del conocimiento que enmarque y propicie una actividad psicoterapéutica útil para nuestros clientes. Toda práctica nos remite a una forma de entender la ciencia y la terapia. No reflexionar sobre ello nos aboca a un olvido, la necesidad ético-política de nuestra práctica. En el presente trabajo se propicia esta reflexión y se propone un modelo de intervención constructivista-construccionista integrado, describiendo el proceso terapéutico bajo esta perspectiva e incluyendo los principios teóricos, las estrategias y las técnicas más frecuentes.

Palabras clave: ontología, teoría del conocimiento, psicoterapia breve constructivista-construccionista, principios operativos, proceso terapéutico.

Abstract: brief constructivist and constructionist theories have been provided with strategies and techniques in accordance with practice and research from their different therapists. In order to revise strategies, techniques and the therapeutic process belonging to these approaches, it is necessary to reflect on its ontology and the theory of knowledge. Thus, it will be possible to frame and favour a useful therapy for our clients. Every practice refer us to a different way of understanding science and therapy. If we do not reflect on this issue, we will be sentenced to fall into oblivion since this is the ethical-political requirement of our practice. The present article promotes this reflection and proposes a comprehensive constructivist-constructionist intervention programme. Therapeutic process is described according to this approach including theoretic principles, strategies and the most frequently used techniques.

Key words: ontology, theory of knowledge, brief constructivist-constructionist therapy, working principle, therapeutic process.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se pretende presentar un modelo de intervención integrado constructivista-construccionista en terapia breve, pero antes, preferimos reflexionar sobre cuestiones ontológicas, de teoría del conocimiento y teóricas. Nuestra única pretensión en estas líneas es contextualizar nuestra decisión y no concebir la psicoterapia como una tecnología, separada del aquí y del ahora y de una necesidad ética-política de nuestra práctica.

Las similitudes y diferencias entre los distintos modelos constructivistas y construccionistas tienen su por qué, en una serie de desarrollos teóricos, que pertenecen a otras tradiciones de pensamiento que cobran sentido en la epocalidad que nos ha tocado vivir.

Las críticas se vierten sobre la modernidad, su ontología y su teoría del conocimiento. Oñate (2000), desde la filosófica, es un referente en nuestro país de la posición postmoderna. En el texto de referencia, establece un diálogo con Vattimo. Nosotros, extendemos sus críticas a la ciencia anclada en la modernidad. Para lo que a nosotros nos concierne, destacamos: el problema de la identidad; la pretendida objetividad de la ciencia, y por lo mismo, la certeza de ser un conocimiento superior frente a otros modos de conocer, además de la imposición de una única forma de hacer ciencia; el mito del progreso indefinido de la ciencia (desarrollo lineal y acumulativo del conocimiento); las relaciones lineales entre los fenómenos y la racionalidad lógica o monológica.

Excedería el presente trabajo un examen detallado de todo lo que acontece, aun así, no podríamos ser totalmente exhaustivos, pretenderlo, sería ignorar que toda elección supone excluir otros sentidos, otros significados. Si parece importante situar nuestros conocimientos, so pena, de cometer un grave error. Nuestras existencias fácticas no pueden sino transcurrir en la contemporaneidad temporal (la que nos ha tocado vivir). En este sentido, parece oportuno hacer notar, que desde esta posición es posible la integración no solo de este tipo de psicoterapias, sino también, de otros modelos relacionales y no esencialistas, respetando las diferencias. Un examen detallado de los distintos desarrollos críticos dentro de las diferentes perspectivas en psicoterapia da cuenta de las coincidencias en las críticas antes indicadas, por poner algunos ejemplos:

Dentro del psicoanálisis nos encontramos con los enfoques relacionales e intersubjetivos. En la psicología cognitiva nos encontramos con los modelos postracionalistas y cognitivos narrativos. En la sistémica se van abandonando las conexiones con la modernidad, de sus primeros desarrollos, hasta la elaboración de modelos construccionistas, atentos a la construcción de narrativas, tan legítimas, como las dominantes.

Nietzsche, Wittgenstein, Heidegger, Gadamer, Foucault y Vattimo serian ejemplos del desvelar otras tradiciones de pensamiento dentro de la filosofía y el pensamiento actual. Su influencia es notable en el pensamiento actual y por supuesto en las corrientes relacionales, intersubjetivas y construccionistas. Resulta curioso, que tan solo algunos autores, den cuenta de ello, y en algunos otros casos, se obstinan en no establecer un dialogo con ellos, a pesar de sus coincidencias y que sus reflexiones son posteriores. Preferimos hacer notar algunos ejemplos de aquellos autores que en un esfuerzo dialógico reflexionan con otras tradiciones:

Carlos Rodríguez Sutil (2002, 2007) desde el psicoanálisis relacional e intersubjetivo se alinea con las posiciones de Wittgenstein y Heidegger. Gonsalves (2002) desde la psicoterapia cognitivo narrativa se alinea con la hermenéutica de Gadamer. Los Australianos White y Epston (2008) desde la psicoterapia narrativa se alinean con Foucault.

No sería adecuado adscribir todos estos desarrollos a una única categoría, la posmodernidad. Es tal la riqueza de matices de los distintos autores, que con estas actitudes impedimos la apertura a otros mundos posibles. El dialogo tiene que ser permanente, entre los distintos autores y tradiciones, en un eterno retorno de lo mismo, como diría Nietzsche (Vattimo, 2002), permitiendo pensar lo no pensado y decir lo no dicho, como diría Heidegger (Vattimo, 2002).

El desplazamiento de la filosofía de la ciencia a la teoría del conocimiento permite una crítica a los fundamentos de la teoría del conocimiento de la modernidad y un autentico revulsivo dentro de la ciencia.

Tanto el conductismo, como su desarrollo posterior, el cognitivismo, y los orígenes del psicoanálisis hunden sus raíces en la modernidad. Los desarrollos posteriores dentro de estas corrientes verterán sus críticas en estos fundamentos. En el conductismo es claro su empirismo radical (positivismo lógico). Por poner un ejemplo: Skinner es reacio a cualquier desarrollo teórico y permanece fiel al establecimiento de principios operativos derivados directamente de la experimentación. Claro, si nos atenemos a la pura observación de los hechos, el pretendido progreso de la ciencia se habría estancado. La solución en el caso del cognitivismo es formular variables intermedias, el empirismo radical se ve aminorado, y se produce un volver al sujeto.

La ciencia de la modernidad está convencida de la separación entre sujeto y objeto de la observación. Por lo tanto, podemos alcanzar un conocimiento objetivo o fiel de la realidad. Tan solo debemos diseñar un lenguaje que describa los hechos con total objetividad. Wittgenstein (Rodríguez Sutil 2002, 2007) muestra la imposibilidad de un metalenguaje. El conocimiento está constituido por nuestro particular juego de lenguaje. No podemos salir del lenguaje. No existe un pensamiento universal, con un lenguaje propio, interno, fundamento ultimo de todo conocimiento posible.

Lenguajes y símbolos, son compartidos en las relaciones y adquiridos a través de ellas. Heredamos un lenguaje definido por nuestra tradición y sociedad. No existe una realidad objetiva.

Por otra parte, consideran que el conocimiento es lineal y progresivo, cuando en realidad, si atendemos la historia de la ciencia se producen cambios paradigmáticos sin solución de continuidad (Kuhn).

No podemos situar el conocimiento científico por encima de otras formas de conocer, o lo que es lo mismo, otras racionalidades. Nuestras teorías científicas son metáforas de la realidad pero no la realidad misma. Tan solo podemos establecer un dialogo entre las distintas racionalidades y formas de conocer, también las racionalidades incluidas dentro de la propia ciencia, que permitan la convivencia de distintos discursos y sentidos de la realidad. Permitiendo construir distintas narrativas y desocultar los juegos de poder de las narrativas dominantes, como dirían Foucault y White y Epston siguiendo a este autor (White y Epston, 2008). De ahí la posición del terapeuta constructorista como un no experto o de no poseer un único sentido de la realidad, el ir por detrás de nuestros clientes, y el no pretender un modelo de normalidad. Junto con nuestros clientes deconstruimos los juegos de lenguaje, desocultamos narrativas de poder y abrimos posibilidades a otros sentidos de la realidad. En este sentido son nuestros clientes los verdaderos agentes de cambio y el terapeuta un facilitador.

Como reflexiono Heidegger (Vattimo, 2002), la ciencia como tecnología es la consecuencia de la secularización del pensamiento de tradición judeo-cristiana. La ilustración sitúa la trascendencia en el sujeto, los fundamentos últimos y, en ese disolverse de todo fundamento, al final, tan solo quedan las cosas, los hechos, diría un positivista, y no las categorías universales de pensamiento, de las que hablaría Kant. La ciencia positivista pierde al sujeto, opera con objetos sin sujeto. Volver al sujeto, propio de los humanismos recientes, sería ignorar el devenir, la diferencia, en un intento de identificar en el ser humano algo específico y necesario, especial, esencial, separado del mundo.

Por esta razón la idea de sujeto como una identidad esencial también es rebatida. Para el psicoanálisis originario, como para el cognitivismo, existe un sujeto preexistente a toda experiencia. Desde un enfoque relacional externalista la identidad es constituida en la relación. Al igual que el constructorista, considera, que todo es relación. Esto se distancia del pensamiento subjetivista, y en concreto Kantiano, que siente la necesidad de sujetar la realidad, mediante una entidad fuerte, como es el sujeto. Lo biográfico como relato, toma cuerpo, y el sentido de autoría frente a la idea de sujeto, permanente, esencial (Gonsalves, 2002). Lógicamente, la teoría del cambio, es netamente diferente con respecto a las psicoterapias criticadas. Pasamos de una idea de la terapia intrasíquica a una intervención psicosocial, externalista (Rodríguez Sutil, 2002, 2007) y centrada en las relaciones. Como apuntaremos más adelante, otro principio importante de nuestro quehacer será la red social y familiar.

Se entenderá que el lenguaje, lo simbólico y la comunicación frente al pensamiento aislado, introspectivo e intrasíquico cobran fuerza. La lógica aristotélica sujeta al principio de no contradicción convive con la metáfora y la metonimia. La interpretación y el significado de las cosas y las relaciones, el sentido frente a la realidad objetiva.

En el reino de la psicoterapia nos encontramos en un universo de simples suposiciones, convicciones y creencias que forman parte de nuestra realidad de segundo orden y, por tanto son construcciones de nuestra mente. Los procesos a través de los cuales construimos nuestras realidades personales, sociales, científicas, e ideológicas, que llegamos después a considerar objetivamente reales, constituyen el ámbito de la moderna disciplina epistemológica llamada constructivismo radical (Watzlawick, 2000).

Sirva como ejemplo la cita de Watzlawick. Aunque, hay que hacer notar, la crítica del construccionismo al constructivismo radical, por ejemplo de Watzlawick. Para Gergen (Anderson, 1999) el constructivismo se inserta en la tradición del individualismo occidental, a pesar de su relativismo, mantiene una posición subjetivista. Para el construccionismo el individuo ya no es el objeto discreto de la comprensión, o el creador de sentido. El entendimiento no crea significación. Es el contexto interaccional y comunal el que produce significación. El desarrollo del sentido es discursivo, dialógico. Va más allá de la contextualización social de la conducta y el simple relativismo. Aunque nuestro propósito sea la presentación de ambas conceptualizaciones nos inclinamos por una mayor deconstrucción de las entidades fuertes que como diría Harlene Anderson (1999) permite llevarnos a lo no dicho, dentro de su enfoque de los sistemas de lenguaje colaborativos. Y a la profundización y desarrollo de un enfoque teórico y práctico construccionista, en definitiva, operar el giro lingüístico en una perspectiva dialógica.

Para finalizar con la revisión de lo enunciado más arriba, un comentario sobre la circularidad de las relaciones frente a las relaciones causales lineales. Sirva como ejemplo las reflexiones de Watzlawick (2002) sobre la circularidad de las pautas de comunicación y los procesos de retroalimentación.

El trabajo de Beyeback (2008) nos parece de sumo interés, porque de forma sucinta y didáctica, integra y resume las aportaciones teóricas y técnicas constructivista-construccionista más importantes. Por esta razón, lo hemos seleccionado como texto base para la exposición de los principios operativos y el proceso terapéutico. Nos sentimos identificados con su propuesta, porque coincide con nuestra teoría del conocimiento y posición relativista.

PRINCIPIOS OPERATIVOS

Una vez analizados los aspectos ontológicos, de teoría del conocimiento y puestos en relación con los principios teóricos, concretamos y nos extendemos en los principios teóricos intermedios que nos permiten la operativización de los aspectos más abstractos. Permitiendo alcanzar la concreción de las técnicas y un nivel de integración adecuado de las distintas perspectivas incluidas en la orientaciones constructivistas y construccionistas. Como es nuestra pretensión centrarnos en una psicoterapia breve es aconsejable realizar unas primeras aclaraciones sobre la conveniencia de este tipo de formato.

El acortar la terapia tiene un valor terapéutico claro. Reducir el tiempo de la terapia supone incrementar su eficacia buscando conseguir efectos beneficiosos lo antes posible. Acortamos el sufrimiento de nuestros pacientes. Reducimos los efectos del estigma que supone el acudir a terapia (procesos de etiquetado). Incrementamos la autonomía al eliminar las dependencias generadas en las relaciones terapéuticas a más largo plazo. Nos permite atender a un mayor número de clientes. Como sabemos no siempre está indicada la terapia breve para todos los casos. La cronicidad supone alargar la terapia y la frecuencia de las recaídas en determinados trastornos hacen necesario incrementarla. Se puede plantear avanzar en cambios más profundos que exceden esta orientación.

A efectos prácticos el acortar la terapia no solo supone reducir el número de sesiones sino también podemos acortar el tiempo de cada sesión o incrementar el intervalo entre sesiones, con la finalidad paradójica de acortar la terapia. Esta estrategia facilita la autonomía del paciente con respecto al terapeuta y podemos ofrecer la generalización de los resultados apoyándolo con tareas. Permite incrementar el número de excepciones al problema para después ampliarlas en la sesión. Al fin y al cabo utilizaremos todos los recursos disponibles para conseguir los objetivos lo antes posible. No se pretende imponer al paciente un modelo de normalidad. Ellos deciden cuando tienen un problema y cuando dejan de tenerlo. Intentamos una comprensión empática del problema. Apoyamos y validamos, pero las entrevistas tienen como función identificar los elementos que mantienen el problema. Entendemos su problema pero lo importante es ayudarles activamente a resolverlo.

Se interviene desde el primer momento. Se evalúa interviniendo. Empezamos preguntándonos cómo y cuándo finalizar la terapia. Cada sesión puede ser la última. Incluyendo la primera. Elegimos la intervención más simple. Proponemos una tarea en vez de dos al final de la sesión. Utilizamos los recursos del cliente antes que enseñarle nuevas habilidades etc.

La terapia es relación. Adaptamos la intervención al momento de la relación terapéutica. No forzamos objetivos o progresos cuando el paciente no siente que está preparado. Estamos atentos al

feedback de nuestros clientes. Establecemos una relación de cordialidad, informalidad y sentido del humor. Mantenemos una actitud de no expertos o de no saber todavía, vamos por detrás de nuestros clientes. Trabajamos desde su postura y utilizando su lenguaje. No perdemos de vista sus objetivos. Entendemos las resistencias de los pacientes como oportunidades. Le pedimos consejo de cómo orientar la intervención. El paciente es coterapeuta.

Aprovechamos los recursos del paciente. Es imposible tener un problema todo el tiempo y en todo lugar. Estamos atentos a las excepciones y a las soluciones puestas en marcha por el, valorando los éxitos en el pasado. La red social es una oportunidad. La familia no es el problema, puede ser la solución. A la terapia acuden todas aquellas personas relevantes para el paciente que puedan aportar soluciones al problema. Nos apoyamos y utilizamos su red social y familiar. Si carece de red social le ayudamos a construirla.

Hacer breve la terapia no implica ir más deprisa. Propiciamos pequeños cambios y nos dirigimos a objetivos limitados que permiten conseguir los siguientes y favorecer ampliar cambios en un efecto de bola de nieve. Utilizamos la idiosincrasia del paciente, marcándonos este los tiempos. Los verdaderos agentes del cambio son los pacientes. Nosotros somos facilitadores y una oportunidad para el cambio.

Mantenemos un sentido autocrítico con nuestras propias concepciones y prácticas de la terapia. Todo principio es revisable en beneficio de nuestros clientes.

EL PROCESO TERAPÉUTICO

En este apartado se detallan las técnicas más habituales en el enfoque que estamos desarrollando.

De Watzlawick y Nardone (2000) son de destacar la redefinición y reestructuración.

De Minuchin (2008) se recogen las tareas

De Palazzol (Beyeback ,2008) las paradojas y contraparadojas

Slekman (Beyeback ,2008) saca partido de la fase social (aficiones y gustos)

Carpenter (Beyeback ,2008) define bien la visión contractual de la terapia.

Shazer (1994) nos aporta bastantes recursos y técnicas: La redefinición; la deconstrucción; la interrupción de la secuencia del problema; la pregunta milagro; las preguntas de escala; las preguntas de afrontamiento.

Beyeback (2008) realiza una interesante exposición del uso de las metáforas.

White y Epston (2008) desarrollan la externalización y el trabajo con excepciones. Son interesantes también los rituales de cierre de la terapia.

De interés son también los trabajos de Erickson (Watzlawick y Nardone, 2000) sobre la sugestión y la utilización de la idiosincrasia y el punto de vista del cliente.

La llamada telefónica

Desde el primer momento nuestro objetivo es acortar la terapia. La primera llamada para concertar cita es una oportunidad para iniciar una buena relación terapéutica, anticipamos el encuadre terapéutico y detectamos casos que no pueden ser atendidos por nosotros, efectuando la derivación oportuna. Qué duda cabe de la importancia de la comunicación verbal, paraverbal y no verbal que permita iniciar una buena relación terapéutica (hacer comentarios empáticos, tono amable y distendido, hacer resúmenes, reflejos, paráfrasis etc.).

No alargamos la conversación telefónica mas allá de lo indispensable para obtener una información mínima que nos permita tomar las primeras decisiones e intervenciones (de 4 a 5 minutos). La información básica ha obtener sería: Nombre de la persona que llama, motivo de consulta, derivante, componentes de la familia, tratamientos previos o actuales, teléfonos y dirección de contacto.

Intentamos que acudan a la primera entrevista integrantes de la unidad familiar relevantes para el paciente y que supongan una oportunidad para generar soluciones. Somos cuidadosos de no forzar a que vengan aquellos que se niegan a hacerlo. Le pedimos a nuestro interlocutor telefónico que le transmita nuestra invitación pero no insistimos de forma persistente.

Las entrevistas

En la primera entrevista es prioritario crear un clima cómodo y seguro. El terapeuta sale a la sala de espera a recibir a los clientes. Mantiene un estilo cálido e informal. Establece el encuadre terapéutico y atiende todas las dudas, dificultades y sugerencias (desde nuestra orientación las dudas o quejas son oportunidades para establecer una buena relación terapéutica). Se les explican las instalaciones y forma de trabajar transmitiendo normalidad. Es aconsejable ofrecerles folletos informativos. La credibilidad del tratamiento es un elemento decisivo de su eficacia.

No abordamos directamente la demanda de los clientes sino que establecemos previamente una fase social que nos permita avanzar en la relación terapéutica, transmitir interés genuino por sus problemas, conocer sus patrones relacionales, acceder a sus recursos personales, generar emociones positivas, acercarnos a la postura y lenguaje de los clientes.

En el desarrollo del proyecto de trabajo renegociamos la demanda con nuestros pacientes. Construimos conjuntamente un problema resoluble a partir del motivo de consulta inicial. Tratamos de entender sus peticiones y consensuamos un contrato de trabajo que situé los fines y los límites de la intervención. Es interesante conocer su teoría sobre el problema y su teoría sobre el cambio. El objetivo es establecer una demanda trabajable: que entre en nuestro campo profesional, alcanzable,

que la competencia se establezca a los pacientes y no al terapeuta, que no dependa solo de una tercera persona y que se formule en positivo.

Tomamos como punto de partida las expresiones de nuestros interlocutores, pero transformándolas gradualmente para obtener descripciones operativas, modificando las narrativas. Empleamos un lenguaje presuposicional para hablar de los recursos, avances y excepciones. De tal forma que presuponemos que algo bueno ha sucedido o va a suceder (eje. ¿Cuál será la primera señal cuando las cosas mejoren?). También intentaremos modificar descripciones negativas planteadas en términos internos y estables, sustituiremos las expresiones disyuntivas a favor de las inclusivas y las palabras-trampa (términos absolutos y dicotómicos: siempre, nada etc.).

Les preguntaremos por las experiencias anteriores con otros profesionales. Que les fue de utilidad y que no, con la intención de adaptarnos a sus preferencias y hacerles partícipes del proceso de cambio. Un aspecto importante a explorar son los cambios pretratamiento. Desde la llamada de teléfono hasta la primera sesión exploraremos las excepciones al problema. Esto permite focalizarnos en las soluciones y no en los problemas, marcando un carácter positivo a la intervención, fomentando los recursos y competencias de nuestros clientes, su autonomía y su autoeficacia. Marcamos los cambios, tratando de que no pasen desapercibidos. Ampliamos la experiencia, permitiendo que hablen de ello con todo lujo de detalles, construyendo un relato en términos conductuales, concretos, en positivo e interaccionales. Una vez ampliada la mejoría, la anclamos, atribuyendo el control sobre la mejoría a los pacientes. A continuación seguimos buscando excepciones y procediendo de la forma antes descrita.

Para definir las metas del tratamiento podemos utilizar la técnica de proyección al futuro. Se invita a los pacientes a que imaginen un futuro sin el problema y que lo describan con todo lujo de detalles (ej. la pregunta del milagro). De esta forma podremos negociar los objetivos finales generando una perspectiva de futuro desde la que será más fácil identificar los avances y mejorías. Esto supone una redefinición de su presente, estableciendo un contexto más positivo, generando esperanza. Dirigiremos la conversación para lograr objetivos trabajables (relevantes para los clientes; pequeños; conductuales y concretos; descritos como empezar algo y no terminar algo; presencia de algo; descritos en un contexto interaccional; y en términos alcanzables). En la descripción del futuro no solo incluimos aspectos conductuales sino también sentimientos y pensamientos.

La pregunta del milagro permite también plantear tareas, incrementando la posibilidad de excepciones. Pedimos a los clientes que uno o dos días a la semana se comporten como lo descrito en la proyección del futuro. Si son varios los clientes, les pedimos que adivinen el día en que los otros

simulan y los detalles del acontecimiento. Otras posibilidades más sencillas, siempre con la intención de adaptar al cliente la tarea, sería, pedirles que estén atentos durante la semana a los momentos en que el milagro sucede o está a punto de suceder, o al levantarse por la mañana que piensen en algún detalle del milagro y actúen para que se produzca.

Nuestra intención es aprovechar al máximo los recursos de nuestros clientes. En ocasiones esto se hace muy difícil. Sobre todo, cuando la situación es vivenciada de forma muy desesperada. Aún así, intentaremos encontrar esos recursos a través de las preguntas de afrontamiento. Empatizamos con las dificultades y preguntamos cómo han podido sobrevivir, no tirar la toalla o seguir adelante pese a todo lo sucedido. Una vez identificadas las excepciones marcamos, ampliamos y anclamos los cambios, como venimos indicando.

Una forma rápida de provocar cambios es a través de las preguntas de escala. Permiten concretar los objetivos, descomponerlos en objetivos más pequeños y plantearlos de forma progresiva y evaluar los cambios proporcionados a través de la terapia. “En una escala de 1 a 10. Uno, sería el peor momento del problema y diez la ausencia de este ¿Dónde te situarías?”. A continuación preguntamos que entra en la cifra que nos da y la diferencia con la puntuación más baja. Después pasamos a marcar, ampliar y anclar las excepciones al problema. A continuación preguntamos qué cosas hacemos para obtener un punto más, procediendo a marcar, ampliar y anclar. Por último, podemos utilizar las escalas para negociar objetivos finales. Debemos ser cautos al definir los avances. Procuraremos que las diferencias entre las puntuaciones sean pequeñas. Es necesario involucrar en el proceso a todos los integrantes de la terapia, estamos pensando en una terapia donde pueden estar presentes varios miembros de la familia o red social. Se pueden utilizar las escalas para otras finalidades. Por ejemplo, el uso de las escalas permite realizar atribuciones de control de los cambios producidos a favor de los pacientes. Es posible evaluar el riesgo de recaídas, posibilitando trabajar la prevención de estas (escalas de confianza). También pueden ser utilizadas en la toma de decisiones.

En ocasiones nos encontramos con situaciones difíciles en las sesiones que ponen en peligro la relación terapéutica o el encuadre terapéutico, limitando nuestro margen de maniobra. Es prioritario mantener la neutralidad frente a los distintos integrantes que interactúan en la sesión. En ocasiones olvidamos la participación de uno de los miembros, debiendo retomar su participación mediante nuestras preguntas. En otros momentos se establecen alianzas entre los miembros o estos pretenden buscar aliados en la persona del terapeuta. En estos casos se debe hacer explícita la maniobra, por ejemplo, nos confían un secreto y nos exigen no revelarlo. Tendremos que ayudarlo a que lo comunique al resto de los participantes, marcando con claridad nuestra neutralidad. Las críticas de los participantes al terapeuta o la terapia deben ser abordadas. Por supuesto, debemos evitar ponernos a la

defensiva y no entrar en una escalada simetría. Es aconsejable dedicar la sesión a su discusión. No podemos permitir que unos participantes acaparen la conversación en detrimento de otros, que hagan callar a los otros o que los interrumpan. Se deben establecer con claridad las reglas propias del encuadre. En ocasiones nos piden consejo sobre la elección de una alternativa. Nuestra posición debe ser ayudarlos a elegir pero no elegir por ellos.

Cuando trabajamos a través del espejo unidireccional o en solitario, es pertinente realizar un receso durante la sesión, para preparar el mensaje final de esta, en solitario o conjuntamente con el equipo que se encuentra detrás del espejo, y ha estado supervisando la sesión. El objetivo es evaluar la relación terapéutica y aplicar medidas; diseñar las tareas para casa y seleccionar los elogios que se desean incluir en el mensaje final. Dentro de nuestra perspectiva, y en consonancia con nuestro principio rector de comprender a nuestros clientes como coterapeutas, les pedimos que aprovechen el receso para reflexionar sobre las cosas que se quedarían de la sesión y las tareas que propondrían. Una vez retomada la sesión serán los primeros en reportar sus conclusiones.

Los elogios al final de la sesión permiten aumentar la colaboración, incrementar la posibilidad de realización de las tareas, generar esperanza y potenciar la competencia personal, destacando sus méritos. Es interesante propiciar que sean ellos mismos los que se elogien (eje. ¿Si le preguntase a tu marido de cual de tus logros estas mas orgullosa, que me diría?) y también que se elogien entre ellos. En el ejemplo podría estar presente el marido, pudiéndosele hacer la pregunta también a él. Qué duda cabe que el recurso de los elogios debe realizarse durante toda la sesión y es posible potencia el autoelogio a través de tareas para casa (eje. antes de acostarte piensa en las cosas que has realizado en ese día y de las que te encuentras satisfecho).

Una buena tarea para casa puede facilitar promover cambios entre sesiones y generalizar los cambios generados en las sesiones. También, podemos enderezar una mala sesión. Dependiendo del estado de la relación de nuestros clientes son aconsejables distintas tareas. Si la relación es de comprador (el cliente considera que hay un problema, quiere resolverlo y se considera parte de la solución) tendemos a dar una tarea que implique hacer o simular algo. Si la relación es de demandante (es consciente del problema pero no se ve como parte de la solución) tendemos a ofrecer tareas que impliquen la observación de conductas. Cuando es visitante o rehén (no considera que tiene un problema) no ofrecemos tareas y tan solo elogiamos. En la asignación de la tarea debemos tener en consideración la idiosincrasia de nuestros clientes, su postura y su lenguaje. Las tareas deben ser bien explicadas, ir despacio y estar seguros de que se han entendido (feedback). Las propuestas deben ser concretas y pueden incluir pensamientos, sentimientos, observaciones y acciones. Se debe incluir en su realización a todos los participantes.

El contenido de la tarea y el tipo también está en relación con lo trabajado en la sesión. Cuando se han identificado excepciones, sobre las que el cliente tiene control, se le pide que las hagan más o que observe en que otras ocasiones se producen. Cuando estas no son deliberadas se le pide que observe cuando sucede e identifique las diferencias. O que todos los días antes de acostarse predigan si al día siguiente sucederá la excepción y a la noche siguiente, antes de una nueva predicción, anoten lo sucedido ese día. O que lancen una moneda al aire para decidir si hace una u otra cosa. Cuando no se han producido excepciones pero si una proyección del futuro, les pedimos que dos días a la semana actúen como si ese futuro estuviera ya sucediendo. O que realicen algo de la descripción del futuro y se fijen en sus efectos o presten atención a cualquier mínimo suceso que incluya algo de ese futuro. Cuando no tenemos excepciones, ni proyección de futuro precisa, trabajaremos la secuencia problema. Pedir que ante el problema realicen otra cosa. O prescribir un giro de 180° (mas adelante explicamos esta variante). Si es difícil interrumpir la secuencia, nos planteamos rituales terapéuticos (tarea “días pares e impares”, le pedimos que realicen alternativamente una u otra conducta; los ritos de paso que marquen una transición, ej. de la vida con el problema a la vida sin él). También es posible el uso de metáforas y la externalización que se describirán más adelante. Si nada de esto funciona, es posible prescribir “la tarea de formula de la primera sesión” (“me gustaría, que de aquí a la próxima sesión, os fijéis en las cosas que deseáis que permanezcan”).

Otras tareas de interés serían: “la carta desde el futuro” (se escribe una carta así mismo desde el futuro, donde el problema está superado); “la caja de recursos” (en esta introducen la carta desde el futuro, notas que le indiquen que hacer en días malos, personas a las que acudir, fotos de seres queridos, etc.); la “tarea de la sorpresa”(que preparen una sorpresa para el otro y presten atención a los efectos); La “tarea del post-it”(que se dejen mensajes positivos unos a otros, en post-it , en diferentes lugares de la casa); “conspiración del silencio”(hasta la siguiente sesión no deben hablar del problema, realizando tareas alternativas, como dar un paseo, hablar de otra cosa, escribir...).

La importancia de contemplar la idiosincrasia del cliente, su postura y lenguaje nos obliga a obtener continuamente feedback. Esto acorta la terapia. Nos ofrece indicaciones sobre el progreso de la terapia; aseguramos la colaboración y actitud de coterapeutas de nuestros clientes, al incrementar su competencia personal.

Iniciamos cada sesión preguntando que quieren obtener de ella. Al final de esta, también preguntamos sobre su utilidad. Como indicábamos más arriba, en la pausa final, le solicitamos su parecer y el diseño de tareas. Antes de la pausa, les pedimos si tienen algo que añadir. Otra forma de incluir a los clientes en las decisiones es preguntándoles si quieren una nueva sesión, el tiempo que desean que trascurra hasta la próxima entrevista y que personas les parece útil que asistan.

Podemos utilizar cuestionarios antes y después de cada sesión o registros de las soluciones. El cuestionario permite obtener información negativa sobre el curso de la terapia, a algunos clientes les cuesta dar información negativa “cara a cara”. Las preguntas de escala son otra forma de obtener feedback. Al final de la terapia puede ser útil la “entrevista sobre la terapia” como forma de obtener información valiosa para otras intervenciones con otros pacientes.

Comenzamos la entrevista preguntando sobre las mejorías ¿Qué ha ido mejor desde la sesión anterior? Pasando después a marcar, ampliar y anclar los cambios. Transmitimos, además esperanza, al manifestar nuestra expectativa de que algo bueno ha tenido que suceder. Si el cliente no aporta mejorías hacemos uso de la deconstrucción:

Buscar algo más pequeño ¿Qué va un poco mejor?

Deconstrucción temporal. Así que la primera semana fue fatal... y en estos últimos días ¿Qué ha ido mejor?

Deconstrucción relacional. Si preguntamos a tu mejor amigo ¿Qué diría que ha mejorado?

Deconstruir por áreas. En el trabajo fueron mal las cosas.... ¿Y en casa qué ha mejorado?

Redefinir. Teniendo en consideración todas estas condiciones adversas.... ¿Cómo es que las cosas no han ido a peor?

Cambiar el foco al futuro. Ya veo que las cosas han ido mal ¿Dirías que has tocado fondo? ¿Cuál será el primer paso para subir?

Utilizar escalas ¿Dónde estarías de 0 a 10?

Mantenemos una actitud de curiosidad y de concretar al máximo. No nos obstinamos si el cliente persiste en no identificar mejorías o concretar, podría deteriorar la relación terapéutica. Cuando identificamos las mejorías procedemos como se ha indicado marcando, ampliando y anclando. Cuando las cosas van mejor realizamos prevención de recaídas. Inmunizar ante posibles recaídas, identificando situaciones de riesgo y explicitando los recursos, ayuda a coconstruir un guión, incrementar la atribución de control y mantener el margen de maniobra del terapeuta (si el cliente vuelve a sesión después de una recaída reforzará la credibilidad del terapeuta, que ya lo había previsto).

Presentamos la recaída como algo posible pero improbable. Empleamos un lenguaje condicional para plantear los riesgos del retroceso y un lenguaje presuposicional para establecer que sabrá manejarse. Una técnica útil es actuar como el abogado del diablo, permitiendo al cliente defender sus recursos. Redefinir la recaída como algo positivo (algo que permite aprender). Podemos prescribir la recaída. Pedirle que diseñe un plan de emergencias. O que prepare una caja de recursos.

Cuando se produce la recaída; debemos contrarrestar la desmoralización y redefinir la recaída, como algo menos grave o duradero de los que lo clientes piensan, mediante la deconstrucción. Desbloquear la secuencia de conductas, en la que se inscribe el problema, permite generar otras alternativas de comportamiento, que les acerquen a los clientes a las soluciones. Lo posibilitamos redefiniendo una parte de la secuencia, para alterar el significado, o proponiendo una tarea que modifique alguna conducta de la secuencia.

Cambiamos el lugar en el que tiene lugar la secuencia. No fumar en el salón sino en el cuarto de baño.

Cambiar los **participantes**. Que el castigo lo ponga la madre en vez del padre.

Cambiar **la duración** de la secuencia. Que se dé el atracón en exactamente 20 minutos-

Marcar un **inicio o un final arbitrario**. Que la discusión empiece a las 20:00 horas y finalice a las 21:00 horas.

Marcar un **final o inicio aleatorio**. Que lance una moneda para realizar o no una conducta.

Cambiar **el tiempo** entre un elemento y otro. Ir incrementando el tiempo entre el atracón y el vómito.

Cambiar **la frecuencia**. Pedir ayuda al menos cuatro veces al día.

Añadir un elemento a la secuencia. Realizar una actividad cuando se ejecuta la conducta problema.

Modificar el orden de los elementos de la secuencia. Reconciliarse primero y pelear después.

Alterar la duración de los elementos. Esperar más tiempo antes de vomitar después del atracón.

Alterar la intensidad. Tener ataque de ansiedad todos los días pero pequeñitos.

Cambiar la modalidad de uno de los elementos. Hacer los reproches por escrito en vez de discutiendo.

Introducir el humor. La hija pide a los padres que la atosiguen y da un premio al que mejor lo haga.

Ordalía. Ligar la realización de uno de los elementos a una conducta gravosa. Si no puedo dormir plancho la ropa.

En ocasiones la solución es el problema. El objetivo es desbloquear círculos viciosos, prescribiendo el síntoma o tareas paradójicas (pedirles que hagan todo lo contrario). Los **pasos** a seguir son los siguientes:

Identificar los intentos de soluciones ineficaces.

Buscar **el denominador común** de los intentos fallidos. Que tienen en común.

Buscar qué **sentido** tienen estos intentos para el paciente.

Decidir la **estrategia terapéutica** ¿Que sería lo contrario de los intentos ineficaces? (giro de 180°).

Traducir la estrategia en **pautas de acción** y concretarla en tareas.

Plantear las **tareas** de forma congruente a la postura del cliente.

Puede resultar interesante exponer los **denominadores comunes** más frecuentes:

Interpersonales:

Intento de llegar a un acuerdo mediante la oposición.

Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación del otro.

Exacerbar las sospechas mediante la autodefensa.

Atraer la atención de los demás intentando estar solo.

Pretender responsabilidad quitándola.

Personales:

Forzar algo que solo puede suceder espontáneamente.

Dominar algo evitándolo.

Dominar algo tentador renunciando a ello.

Intentar controlar algo haciéndolo aun mas incontrolable.

Intento de tener el 100% de seguridad.

Redefinimos una conducta o una situación cuando le atribuimos un significado nuevo. No se pretende buscar la verdad sino la utilidad:

Cambiar la valencia de una conducta: ¿Qué es lo más divertido de vuestras peleas?

Asignar un significado absurdo: ¿Es posible que eso de las obsesiones sea contagioso?

Atribuir un significado incompatible: Os peleáis porque os queréis mucho...

Atribuir efectos positivos a la conducta problema: ¿Qué otras cosas te hacen compañía además del alcohol? Parece que ahora mismo es la mejor compañía...

Atribución de motivaciones positivas a la conducta problema: Se atribuye intención a la producción de la conducta problema. Lo involuntario pasa a ser voluntario. Por ejemplo, frente a las conductas desafiantes de un adolescente se le indica; nos parece loable tu comportamiento. Eso motiva que tus padres estén más unidos...

Normalización de la conducta problema: El problema no es un problema. Proporcionamos educación e información o empleamos preguntas de normalización inclusivas ¿Qué creéis que pensarían otros padres de la conducta de vuestro hijo? También redefinimos de forma puntual. Por ejemplo transformando la depresión en sensibilidad o la timidez en introspección. Podemos disolver un problema en su contexto relacional. Otro recurso es recurrir a la exageración o el uso del humor.

Cuando utilizamos el recurso de **las metáforas**, para redefinir el lenguaje de nuestros pacientes, tenemos como objetivos incrementar su colaboración, promover la elaboración simbólica, transmitir de forma más rápida y eficaz (la información se recuerda mejor, permite generar nuevas soluciones y generalizar conocimientos a otras situaciones). Usamos analogías, anécdotas, historias y rituales terapéuticos. Estaremos atentos al lenguaje de nuestros clientes, para aprovecharlo en el uso de analogías. Las metáforas más elaboradas requieren: decidir qué mensaje transmitir, observar la postura del cliente, aprovechar su lenguaje, pulir la imagen, eliminando asociaciones indeseadas y transmitir de forma pausada y atendiendo al feedback. Se pueden usar metáforas-tipo o la externalización.

La externalización es un proceso en virtud del cual cierto atributo o cualidad de la persona se saca fuera de esta y se convierte en algo con entidad propia. Se convierten los problemas en entidades separadas, en enemigos externos contra los que hay que luchar. Permite recuperar un papel activo para el paciente, aumentar la responsabilidad y evitar la culpa. Es muy útil cuando las familias están separadas por el problema, facilitando la externalización trabajar en equipo. Permite que las etiquetas diagnósticas jueguen a nuestro favor, externalizándolas. Esta técnica también permite cuestionar creencias sin que el cliente se sienta atacado.

El **proceso de externalizar** requiere unos pasos:

Decidir que externalizar: ¿Que parece más prometedor? ¿Que está más en consonancia con la postura del cliente? Buscar los elementos en las situaciones más relevantes para este. En ocasiones ya trae la familia o el cliente una idea externalizada.

Nombrar lo externalizado: Utilizamos el lenguaje del cliente. Revisamos los efectos negativos de lo externalizado en las vidas de los clientes y construimos, junto con ellos, la atribución de lo negativo a lo externalizado. Utilizamos expresiones personificadas (atribución de cualidades humanas a lo externalizado). Tratamos de atribuir lo positivo a los clientes. Utilizar un lenguaje que elicitó oposición (lenguaje de guerra frente a lo externalizado).

Ayudar a los clientes a que decidan luchar contra el problema: Puede ser ventajoso analizar lo positivo de mantener el problema.

Ayudar a que asuman el control: Identificar las soluciones ineficaces. Nos fijamos también en las excepciones. Marcamos, ampliamos y anclamos. Podemos reforzarlas mediante preguntas circulares o buscando testigos para las victorias de nuestros clientes (eje. ¿Si le preguntase a tu madre como lo consigues, que me diría? Se puede preguntar directamente a la madre si está presente).

Cierre: Elogiamos a la familia. Preparamos para eventuales recaídas. Podemos establecer un ritual de despedidas o en ocasiones, es conveniente, reintegrar el problema en la propia vida del cliente.

EL FINAL DE LA TERAPIA

Trabajar el cierre de la terapia tiene como finalidad:

- Atribuir a los clientes el **mérito** por los cambios y la atribución de control.
- Establecer mecanismos de **seguridad** que facilite manejar las recaídas.
- Facilitar la **transición** de la vida con terapia a la vida sin terapia.

Las maniobras que utilizaremos para trabajar el cierre de la terapia son las siguientes:

Maniobras para atribuir control y repartir el merito: Sigue siendo útil ampliar y anclar los cambios. Se les puede plantear que han aprendido o preguntarles qué consejo darían a alguien con su mismo problema. Se les puede pedir que escriban una carta a esa misma persona. Les solicitamos una copia de dicha carta para poderla entregar a otras personas que acudan a consulta (propiciamos la posición superior del cliente). Es positivo repartir el merito entre todos los integrantes de la terapia y de aquellos otros de la red social que han contribuido. Una forma es preguntándoles a quienes escribirían una carta de agradecimiento y que cosas le agradecerían. Otra forma es planificar una celebración y preguntar a quienes invitarían. El propósito de todo esto es fortalecer la red social y familiar.

El cliente es su mejor terapeuta: Esta máxima es aplicable desde la primera entrevista. Aumentamos el tiempo entre sesiones, disminuimos su duración, alargamos la fase social y rotulamos las sesiones como de seguimiento. No es raro plantear la siguiente sesión como de autoterapia. En la que revise sus avances, programe nuevas conquistas etc.

Rituales de cierre: Nos podemos encontrar con muchos ejemplos. Prescripción de autoterapia. Carta de despedida. Entregar certificados o diplomas (en terapia con familias pedimos que los confeccionen ellos). Elaborar una caja de recursos. Diseñar un regalo (en terapia con familias confeccionan ellos el regalo y se lo regalan unos a otros, el amigo invisible). Diseñar una caja con todas las cosas negativas y que se deshagan de esa “Caja de Pandora”. Confeccionar algún objeto que simbolice su victoria sobre el problema y que lo ubiquen en un lugar destacado de su vivienda etc.

El mensaje final: Destacamos los recursos que han puesto de su parte. Elogiamos su implicación y esfuerzos. Expresamos nuestra confianza en que resolverán las posibles dificultades. Nos ponemos a su disposición por si en un futuro quiere volver a tener contacto con nosotros. Le recordamos que pasado un año volvemos a llamarlos por teléfono para realizar un seguimiento.

No es el terapeuta el que “da el alta”, la iniciativa la tiene el cliente, en colaboración con el terapeuta. A no ser que el cliente este acostumbrado a una relación médico-paciente tradicional. El terapeuta puede proponer que la finalización sea tema de conversación, puede compartir el ritual seguido por otros clientes y por supuesto, preguntar a los clientes que desean hacer.

En ocasiones no es fácil finalizar. Los clientes siguen viniendo a pesar de haber concluido las citas. Puede ser que el cliente no sienta alcanzados los objetivos (reevaluar las estrategias y renegociar los objetivos), o tenga temor a las recaídas (trabajar con las escalas de confianza y la prevención de recaídas), o no tiene una buena red social (ayudar a generar una o movilizar la que tiene).

A veces no sabemos que cita va a ser la última. Los clientes pueden no volver cuando sientan que las cosas le van mejor. Aunque no haya una sesión formal muchas de las técnicas utilizaran pueden empezar a usarse cuando se perciban mejorías. Aun así, es conveniente realizar la entrevista sobre la terapia al final de esta. Nos ayuda evaluar nuestro trabajo y permite a los clientes reforzar la visión de coterapeutas.

Las preguntas tipo podrían ser:

¿Que habéis aprendido a lo largo de la terapia?

¿Qué os ha resultado más útil y menos útil?

¿De las cosas que he hecho o he dicho cuales os han ayudado más y cuales menos?

¿Qué cualidades mías os han ayudado y que tendría que cambiar?

¿Qué cualidades vuestras os han ayudado?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Beyeback, M. (2008). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- De Shazer. (1994). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- Gonsalves, F. (2002). *Psicoterapia cognitivo narrativa. Manual de terapia breve*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Minuchin, S y Fishman, H. (2008). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Oñate, T. (2000). *El retorno griego de lo divino en la postmodernidad*. Madrid: Alderabán.
- Rodríguez Sutil, C. (2007). *Epistemología del psicoanálisis relacional*. Revista electrónica de psicoterapia Clínica e investigación relacional. Instituto de psicoterapia relacional. Volumen 1(1), pp. 9-41.
- Rodríguez Sutil, C. (2002). *Psicopatología psicoanalítica. Un enfoque vincular*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Vattimo, G. (1998). *El fin de la modernidad. Nihilismo y hermenéutica en la cultura posmoderna*. Barcelona: Gedisa
- Watzlawick, P y Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- White, M y Epston, D. (2008). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.