

La práctica de la Psicoterapia

La construcción de narrativas terapéuticas

**Alberto Fernández Liria
Beatriz Rodríguez Vega**

2ª edición



biblioteca de psicología

LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA

LA CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS TERAPÉUTICAS

2ª edición

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA
BEATRIZ RODRÍGUEZ VEGA

LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA
LA CONSTRUCCIÓN DE
NARRATIVAS TERAPÉUTICAS

2ª edición

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

1ª edición: febrero 2001

1ª edición: marzo 2002

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

© Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega, 2001

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2001

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclee.com

info@edesclee.com

Printed in Spain

ISBN: 84-330-1560-5

Depósito Legal:

Impresión: Publidisa, S.A. - Sevilla

A Inés y Pablo

A Luis, Guzmán, Inés y Catalina

A mi padre

Índice

Agradecimientos	17
Introducción	19
PARTE 1: CONCEPTOS GENERALES	23
Definiciones de psicoterapia	25
Constructivismo y narrativas. Un nivel diferente para la integración (Beatriz Rodríguez Vega)	29
La evolución de las ideas	29
El constructivismo y el construccionismo social	32
1. <i>Las realidades son construidas socialmente</i>	37
2. <i>Las realidades se constituyen a través del lenguaje</i>	39
3. <i>Las realidades se organizan y se mantienen a través de las historias</i> ..	40
4. <i>No hay verdades esenciales</i>	41
Las narrativas	42
Las narrativas: un nivel diferente para la integración	46
Una confluencia en las narrativas (Alberto Fernández Liria)	49
Postmodernidad, ciencia y pensamiento crítico	49
<i>Confluencias en las narrativas</i>	49
<i>Ni realismo ingenuo ni pensamiento postmoderno</i>	52
<i>Ciencia y tecnología</i>	53
<i>Pensamiento crítico</i>	54

Narrativas	56
Interpretaciones y comentario	61
El movimiento hacia la integración en psicoterapia	65
Breve historia de las ideas	65
Historia del movimiento hacia la integración	69
1. <i>Eclecticismo técnico</i>	71
2. <i>Integración teórica</i>	72
3. <i>Factores comunes</i>	74
4. <i>Las narrativas como marco para la integración</i>	77
PARTE 2: EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO	79
Indicación de una intervención psicoterapéutica	83
Fases iniciales	93
1. Objetivos	94
1. <i>Evaluación y formulación para la planificación</i>	94
2. <i>Construcción de la alianza de trabajo</i>	96
3. <i>Contrato</i>	99
2. Tareas	103
1. <i>Exploratorias</i>	103
2. <i>Explicación o interpretación de prueba</i>	104
3. <i>Definición de los roles de terapeuta y paciente</i>	105
3. Problemas	106
La formulación de casos para psicoterapia	113
El proceso de formulación	114
1. <i>¿Cuál es la queja?</i>	115
2. <i>¿Cómo se ha producido la consulta?</i>	116
3. <i>¿Cuál es el problema (o problemas)?</i>	118
4. <i>¿Cómo, cuándo y con quien se pone(n) de manifiesto?</i>	121
5. <i>¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica?</i>	123
6. <i>¿Por qué se perpetúan?</i>	126
7. <i>¿Cómo se originó históricamente?</i>	128
8. <i>¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento?</i>	130
9. <i>¿Qué puede facilitar el cambio?</i>	130
10. <i>¿Cuál es la actitud respecto al cambio del paciente?</i>	131
11. <i>¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta?</i>	132
12. <i>¿Cuáles son los objetivos planteables para la terapia?</i>	133
13. <i>¿Cuáles son los medios de que vamos a valernos para conseguir cada uno de ellos?</i>	134
14. <i>¿Qué curso de la terapia prevemos?</i>	134

15. <i>¿Qué dificultades prevemos?</i>	134
16. <i>¿Qué contrato proponemos?</i>	137
Fases intermedias	139
Construcción de pautas-problema	139
1. <i>¿Qué es una pauta-problema?</i>	139
2. <i>La pauta-problema se construye con el paciente</i>	142
Pautas construidas desde la historia biográfica personal	147
1. <i>¿Cuándo es preferible construir la pauta desde la historia biográfica personal?</i>	147
2. <i>¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta desde la historia biográfica personal?</i>	149
2.1. <i>El concepto de defensa</i>	149
2.2. <i>Transferencia y contratransferencia</i>	150
2.3. <i>Triángulos del conflicto y de las personas</i>	154
2.4. <i>Tema nuclear del conflicto relacional</i>	158
2.5. <i>Modelos de relación de roles</i>	162
2.6. <i>Diagramas deseo-temor. Configuración de modelos de relación de roles</i>	164
2.7. <i>Problemas interpersonales</i>	165
2.8. <i>Problemas existenciales</i>	166
2.9. <i>El concepto de resistencia</i>	167
2.10. <i>El concepto de interpretación</i>	171
2.11. <i>Desarrollo evolutivo</i>	172
2.12. <i>La emoción desde la óptica biográfica</i>	172
3. <i>¿Qué papel desempeña el terapeuta en la construcción de la pauta desde la historia biográfica personal?</i>	173
3.1. <i>Neutralidad vs abogacía</i>	173
3.2. <i>Facilitador de la experiencia emocional constructiva</i>	174
4. <i>¿Qué formato es preferible para trabajar con pautas definidas desde la historia biográfica personal?</i>	175
4.1. <i>Individual, familiar o grupal</i>	175
4.2. <i>Terapias breves/indefinidas</i>	177
4.3. <i>Uso de la manifestación de la pauta en la relación con el terapeuta</i>	177
Pautas construidas desde el pensamiento	179
1. <i>¿Cuándo es preferible construir la pauta problema desde el pensamiento?</i>	179
2. <i>¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta desde el pensamiento?</i>	182
2.1. <i>Esquemas, supuestos básicos, pensamientos automáticos, mecanismos defectuosos de procesamiento de la información</i>	182

2.2. <i>Uso de registros</i>	186
2.3. <i>El ABCDE de Albert Ellis</i>	188
2.4. <i>Autoinstrucciones</i>	189
2.5. <i>Inoculación del estrés</i>	190
3. ¿Qué papel desempeña el terapeuta en la construcción de estas pautas?	190
3.1. <i>El empirismo colaborador</i>	190
3.2. <i>La actitud socrática</i>	191
4. ¿Qué formato es preferible para trabajar con pautas definidas desde el pensamiento	192
4.1. <i>Individual/grupal</i>	192
4.2. <i>Autoayuda</i>	192
Pautas construidas desde la conducta	193
1. ¿Cuándo es preferible construir pauta-problema desde la conducta?	193
2. ¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta desde la conducta?	196
2.1. <i>Condicionamiento clásico</i>	196
2.1.1. <i>Exposición progresiva. Desensibilización sistemática</i>	197
2.1.2. <i>Exposición prolongada no progresiva: implosión, inmun-dación, exposición in vivo con prevención de respuesta</i>	198
2.2. <i>Condicionamiento operante</i>	199
2.2.1. <i>Técnicas para el establecimiento de conductas nuevas</i>	200
2.2.1.1. <i>Modelamiento</i>	200
2.2.1.2. <i>Encadenamiento</i>	200
2.2.2. <i>Técnicas para incrementar nuevas conductas</i>	201
2.2.2.1. <i>Reforzamiento positivo</i>	201
2.2.2.2. <i>Control estimular (control de contingencias)</i>	201
2.2.3. <i>Técnicas para reducir conductas inadecuadas</i>	201
2.2.3.1. <i>Castigo positivo</i>	201
2.2.3.2. <i>Coste de respuesta</i>	201
2.2.3.3. <i>Extinción (retirada de atención)</i>	202
2.2.3.4. <i>Tiempo fuera</i>	202
2.2.3.5. <i>Sobrecorrección</i>	202
2.3. <i>Entrenamiento en habilidades sociales</i>	202
3. ¿Qué papel desempeña el terapeuta en la construcción de pautas definidas desde la conducta?	203
4. ¿Qué formato de terapia es preferible para trabajar con pautas definidas desde la conducta?	203

Construcción de pautas-problema desde el sistema de relaciones y creencias	205
1. ¿Cuándo es preferible construir la pauta-problema desde el sistema de relaciones y creencias?	205
2. ¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta desde el sistema de relaciones?	207
2.1. <i>La circularidad</i>	207
2.2. <i>Las preguntas y la forma de preguntar</i>	208
2.3. <i>Localización de secuencias interactivas</i>	208
2.4. <i>La historia familiar</i>	210
2.5. <i>El crecimiento relacional. El equilibrio entre la diferenciación y la conexión. Los límites</i>	216
2.6. <i>Cuestiones de poder y de estatus. La jerarquía en la familia</i>	218
2.7. <i>La reformulación, la construcción de metáforas y la prescripción de rituales</i>	220
2.8. <i>Acuerdo de objetivos</i>	221
3. ¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir las pautas desde el sistema de creencias?	221
3.1. <i>Género</i>	222
3.2. <i>Cultura</i>	225
4. ¿Qué formato de terapia es más útil en la construcción de la pauta desde el sistema de relaciones y creencias?	229
El rol del terapeuta	235
1. Relación igualitaria	235
2. Relación no directiva	236
3. Relación exploratoria	237
Proceso de transformación de pautas problema.	
Estrategias del cambio	241
1. ¿Qué es el cambio?	241
2. El cambio se produce a través de la conversación terapéutica	243
3. Estrategias generales: Factores comunes	247
4. Estrategias integradoras de acompasamiento y guía de la narrativa del paciente	248
5. Estadios del cambio	251
6. Tipos de cambio, niveles, organización y contexto significativo de definición del problema	253
6.1. <i>Tipos de cambio</i>	253
6.2. <i>Niveles, organización y contexto de definición del problema</i>	256

Técnicas transformativas	261
1. Técnicas de acompañamiento verbales y no verbales	262
<i>Utilización de un lenguaje sensorial</i>	262
<i>Utilización de un lenguaje vago</i>	263
<i>Articulación experiencial</i>	264
<i>Utilización de técnicas de bio-rapport</i>	264
<i>Metacomunicación</i>	264
2. Técnicas transformativas verbales	265
<i>Entrevista interventiva</i>	266
<i>Microprácticas transformativas</i>	267
<i>Metáforas</i>	274
<i>Distancia/intromisión en el ciclo vital</i>	276
3. Técnicas transformativas no verbales	276
<i>Transformaciones en el espacio</i>	277
<i>Transformaciones en el tiempo</i>	278
<i>Transformaciones en aspectos concretos de la trama de la historia: causa-</i> <i>lidad, interacción, valores, emociones</i>	279
<i>Transformaciones en la manera de contar la historia</i>	280
<i>Instrumentalización del terapeuta</i>	281
<i>Rituales</i>	282
Fase de terminación	285
Objetivos, tareas, estrategias y técnicas	286
Dificultades	290
Salvar las dificultades. La resistencia	293
Combinación de psicofármacos y psicoterapia	299
Estudios de investigación en tratamientos combinados.	
El ejemplo de la depresión	303
Indicación del tratamiento psicofarmacológico y terapéutico combinado	308
Significado y secuencia de las intervenciones	313
 PARTE 3: LA FORMACIÓN DEL TERAPEUTA	
INTEGRADOR	317
La formación en psicoterapia	318
Planteamientos generales	325
Primer nivel o básico	327
Segundo nivel o nivel de especialización	330
La persona del terapeuta	331
La supervisión	332

La cuestión de la terapia personal	334
Cuestiones éticas	335
Evaluación	335
Predicciones de futuro	336
Bibliografía	339
Índice de figuras	365

Agradecimientos

No es fácil seleccionar algunas de entre todas las personas que, de un modo u otro han contribuido a hacer posible este texto. En un intento de elaborar un listado asumible citaremos en primer lugar a nuestros pacientes e, inmediatamente, a nuestros alumnos y residentes. Carmen Bayón, Teresa Benito, María Antonieta Casanueva, Lourdes Estevez, Josefina Mas, Pilar Melis y Fernando Ripoll han leído versiones previas del manuscrito y nos han hecho comentarios útiles. Margarita Rullas nos ha cedido material que nos ha ayudado a elaborar el capítulo sobre pautas-problema construidas de la conducta.

Introducción

Este libro surge como consecuencia de la reflexión que nuestros alumnos y nuestros pacientes nos han impulsado a hacer con sus preguntas y sus problemas en la clínica. Los autores de este libro, hemos compartido durante los últimos diez años una labor docente que nos ha animado al desarrollo conjunto de las ideas que exponemos aquí de un modo sistemático.

Como en nuestros cursos y seminarios, lo que pretendemos en este libro es mostrar la forma en la que trabajamos con nuestros pacientes, las razones por las que lo hacemos así y el procedimiento por el que creemos que quien quiera trabajar de la misma o parecida forma puede llegar a hacerlo.

Consideramos que nuestro trabajo se sitúa dentro del actual movimiento hacia la integración de las diferentes escuelas psicoterapéuticas. A ambos nos costó siempre demasiado esfuerzo restringir nuestra curiosidad a los textos, los hechos y las formas de explicación que seleccionaban para sus discípulos los líderes de las diferentes escuelas a las que, en algún momento, nos aproximamos. A ambos nos ha costado siempre rechazar una buena explicación sólo porque quien la hubiera propuesto no se contara entre “los nuestros” (ni siquiera hemos estado nunca muy seguros de ser “de los nuestros”). Siempre nos ha costado pensar que los argumentos en los que se sustentan cualquiera de las prácticas que han demostrado en la clínica su eficacia sean tan torpes como para que no podamos aprender nada de ellos. También estuvimos siempre convencidos que, si una teoría era mejor que otra, sería porque era capaz de expli-

car un mayor número de fenómenos; lo que en el caso de la práctica psicoterapéutica significa tanto como decir: porque sea capaz, no sólo de explicar por qué funcionan los procedimientos diseñados en aplicación de sus principios teóricos, sino de aquellos otros procedimientos que, diseñados en aplicación de otros principios, también funcionan. Por eso la locución *perspectiva integradora* ha aparecido desde hace años como subtítulo y como reto.

En alguna ocasión (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 1997) hemos intentado exponer ordenadamente las fuentes que nos han ayudado a hacer el recorrido que nos ha llevado desde la perplejidad con la que recibimos la rebeldía de la clínica a ceñirse a los moldes estrechos de las escuelas, hasta nuestra actual forma de trabajar. Existen, además, otras buenas revisiones de esto en nuestro idioma (Feixas y Miró, 1997) y no vamos a realizar aquí una más. Nos limitaremos a dar cuenta de nuestro particular modo de trabajar y de enseñar. Haremos referencia a los autores que lo han inspirado allí donde hacerlo sea clarificador o no hacerlo, injusto. Pero el propósito del texto no es explicar la obra de estos autores, sino nuestro modo de trabajar. El esquema general de la obra está conformado por esta intención.

La **parte primera** pretende acotar nuestro objeto de trabajo –con la *definición de psicoterapia* y los *conceptos generales*– y hacer explícita nuestra posición epistemológica y teórica de partida. Como ya el propio título de la obra indica entendemos la práctica de la psicoterapia –el trabajo que realizamos conjuntamente con nuestros pacientes para mejorar su salud mental– como una actividad narrativa. Este modo de ver las cosas, que está siendo adoptado cada vez por más psicoterapeutas procedentes de las más diversas orientaciones teóricas nos proporciona un nuevo marco, podríamos decir que un nuevo *nivel*, para la integración de los hallazgos de psicoterapeutas de distinta afiliación teórica y para pensar y aprender de nuestra práctica clínica. De hecho, aunque los dos autores compartimos una visión ajustada al detalle del modelo que vamos a exponer, nuestros propios puntos de partida y los caminos que nos han llevado a cada uno de nosotros a confluir en esta propuesta, tampoco son los mismos, y de ello se hace eco esta parte introductoria, en la que cada uno de los autores firmamos, por separado, una relación de su recorrido. La **breve historia de la integración en psicoterapia** que sigue a la introducción tiene como objeto más proporcionar un mapa que permita encuadrar la trayectoria de la que el libro es producto, que suplir, y menos añadir nada nuevo, a ninguna de las buenas revisiones ya publicadas.

El grueso del libro lo constituye la parte titulada **el proceso terapéutico**. En ella intentamos exponer ordenadamente nuestras concepciones sobre el mismo y nuestros modos de trabajar. Hemos optado por hacerlo, como en nuestros cursos, suponiendo que este proceso puede considerarse constituido

por una serie de fases cuya estructura puede definirse de un modo coherente. Consideraremos en primer lugar una **fase de indicación** cuyo objetivo es determinar si procede iniciar la intervención psicoterapéutica; no solamente saber si una intervención psicoterapéutica podría ser útil, sino si es la intervención preferible o una de las que es preferible combinar para afrontar un determinado problema que podría, casi con seguridad, ser manejado de distintas formas. El proceso psicoterapéutico propiamente dicho comienza con las **fases iniciales**. A ellas se dedica un capítulo que pretende ser minucioso, en el que se abordan temas tan importantes como la construcción de la alianza terapéutica y el contrato y del que, por motivos de orden y de extensión, se ha desglosado el capítulo dedicado a la **formulación de casos para psicoterapia** que le sigue. En él se expone una sistemática que pretende servir para guiar el interjuego entre el terapeuta novel y su paciente para llegar a una idea capaz de guiar el trabajo terapéutico.

El capítulo sobre **fases intermedias** es, como lo son éstas, particularmente largo y complejo. En principio se divide en dos partes: la *construcción de pautas problema y el cambio*. Una de las dificultades que nos han planteado reiteradamente los alumnos que se han formado con nosotros en una óptica integradora ha sido la de escoger el marco de referencia en el que definir la pauta problema con la que trabajar con cada paciente concreto. Adoptando un esquema que pretende responder a esa pregunta hemos distinguido pautas problema construidas predominantemente 1) desde la historia biográfica personal, 2) desde el pensamiento, 3) desde la conducta, 4) desde el sistema de relaciones y 5) desde el sistema de creencias. Sobre cada una de ellas intentamos responder a las siguientes preguntas a) ¿Cuándo es preferible construir desde esa perspectiva la pauta problema?, b) ¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta problema desde ella?, c) ¿Qué papel desempeña el terapeuta en la construcción de una pauta así definida? y d) ¿Qué formato –individual, familiar, grupal...– es preferible para trabajar con ellas? Más allá de las definiciones, que nos permiten contemplar el cambio en psicoterapia como resultado de una conversación terapéutica, el capítulo de *el cambio* se estructura a través, primero, de la consideración de las estrategias que pueden conducir a él. En este apartado se desarrollan algunos conceptos originales que pretenden insertar la reflexión sobre este tema en la óptica general de las narrativas, como son los de *acompañamiento* y *guía* de la narrativa del paciente. Se exponen a continuación las *técnicas* merced a las cuales se llevan a cabo tales estrategias. Distinguimos técnicas de acompañamiento verbales y no verbales, técnicas transformativas verbales y técnicas transformativas no verbales. Se dedica también un apartado a las dificultades para el cambio o resistencia en psicoterapia.

Como en todas las propuestas en las que se ha dedicado una atención especial al problema de la duración del proceso, consideramos que los aspectos referentes a la **fase de terminación** son de especial importancia. El capítulo correspondiente intenta centrarse en los aspectos prácticos de este momento cruciales del proceso psicoterapéutico.

No hemos querido dejar sin un tratamiento específico dos aspectos comprometidos y, a menudo olvidados en los manuales de psicoterapia. El primero es el de la **combinación de psicofármacos y psicoterapia** que, probablemente, no será la excepción, sino la norma al menos en el tratamiento de una buena parte de los trastornos mentales y problemas de salud mental. El segundo es el de la **formación en psicoterapia**, un campo muy frecuentemente plagado de mitos y de distorsiones debidas a intereses corporativos.

De las diversas opciones con las que hubiéramos podido intentar evitar un sesgo de género en el lenguaje empleado para expresarnos hemos optado por alternar aleatoriamente expresiones como *el y la* terapeuta o *el y la* paciente.

El comentario final de esta breve introducción se refiere al objetivo del libro. Este texto está escrito para ser de utilidad al psicoterapeuta clínico. Con ello esperamos que terapeutas de distintas orientaciones y grados de experiencia, puedan encontrar entre sus páginas motivos de reflexión o algunos aprendizajes a extraer desde una visión diferente a la suya. Pero, sin duda, la idea de elaborar este libro se la ha de reclamar el futuro lector a nuestros alumnos, aquellos profesionales que inician el camino para convertirse en psicoterapeutas. Ellos y nuestros pacientes son los responsables y los destinatarios últimos de este trabajo que, en definitiva, no pretende enseñar lo que hay que hacer, sino realizar una labor crítica para poder, como señalaba Goolishian, saber lo que no hay que hacer, y así permitir que se despliegue el abanico de posibilidades a desarrollar con nuestros pacientes.

Parte 1 - Conceptos generales

En esta parte se define con mayor precisión a qué nos referiremos con el término psicoterapia y situaremos nuestra propuesta en el contexto de las distintas concepciones sobre el tema.

Este libro ha sido elaborado conjuntamente por los dos autores y, aunque en unos u otros fragmentos sea más fácilmente reconocible la mano de uno u otro, ambos nos reconocemos en cada uno de ellos. Nos gusta considerar que las ideas aquí expuestas resultan de un trabajo que hemos realizado conjuntamente durante años. La firma colectiva responde a este reconocimiento.

Sin embargo a la hora de dar cuenta de las trayectorias (incluidas las intelectuales, pero no sólo) que nos han llevado a confluir en una misma postura que sitúa a la psicoterapia en el terreno de las actividades narrativas, hemos preferido exponerlas por separado. Esta parte del libro, incluye dos trabajos que firmamos por separado. Creemos que este mismo hecho refleja, de algún modo, el espíritu que preside el libro entero.

Definiciones de psicoterapia

Es relativamente poco frecuente que quienes piensan o escriben sobre psicoterapia se preocupen por proponer una definición general de la misma. No es tan extraño. Pocos libros de medicina o de biología proponen ni siquiera una definición de enfermedad o de ser vivo. El problema en nuestro caso es que el término *psicoterapia* se aplica actualmente a prácticas muy diferentes, llevadas a cabo por agentes distintos y con propósitos diversos. Por ello revisaremos algunas definiciones (la mayor parte de ellas seleccionadas por Mahoney (1995) de las propuestas por 81 expertos (Zeig y Munion, 1990) antes de intentar delimitar con la nuestra el campo al que vamos a referirnos en este trabajo.

Las definiciones lo suficientemente extensas como para incluir la gama completa de intervenciones que reclaman el nombre de psicoterapia tienen el inconveniente, de ser poco específicas y de extenderse sobre el terreno poco claro del *crecimiento personal* o la búsqueda de experiencias. Un excelente ejemplo de este tipo de definición es la propuesta por Judd Marmor

Psicoterapia es un proceso en el cual una persona que desea cambiar síntomas o problemas en su vida, o que busca el crecimiento personal, entra en un contrato implícito o explícito, para interactuar verbal o no verbalmente, en una forma prescrita con una persona o personas que se presentan a sí mismos como agentes de salud (Mahoney 1995).

La definición propuesta por el propio Mahoney tiene el mismo inconveniente (además de una carga ideológica mucho mayor).

Psicoterapia es una relación cultural especial entre un profesional de ayuda y un grupo o individuo como clientes. Trabajando desde un racional teórico que incluye asunciones básicas acerca de la naturaleza humana y el proceso del desarrollo psicológico, el psicoterapeuta trabaja con el cliente para crear una alianza segura, estable y de cuidado en la que y desde la que el cliente pueda explorar, con frecuencia vía técnicas ritualizadas, pasado, presente y posibles vías de experimentar el self, el mundo y su relación dinámica (Mahoney 1995).

La carga ideológica es también el inconveniente de definiciones, como la de Pierre Bernard Schneider que reservan el término psicoterapia para las terapias (término aplicable para las otras) que se basan en determinado modelo psicopatológico (aunque es una definición rigurosa e interesante, entre otras cosas, porque sitúa la psicoterapia en el terreno de la práctica médica).

La psicoterapia es un método médico de tratamiento de los trastornos físicos y psíquicos debidos a conflictos intrapsíquicos conscientes e inconscientes sin resolver, que exige por una parte del paciente un compromiso voluntario, una colaboración y el deseo y la posibilidad de entablar con el psicoterapeuta una relación interpersonal subjetiva muy particular a la que se llama relación psicoterapéutica, que permite que se establezca un proceso psicoterapéutico en el cual el lenguaje interviene como modo preferente de comunicación. El fin ideal de la psicoterapia es permitir al paciente resolver por sí mismo los conflictos intrapsíquicos teniendo en cuenta su ideología y, en ningún modo la del psicoterapeuta (Schneider 1976).

Otras, más que descripciones, son definiciones normativas que apuntan más a un *deber ser* que a un *dar cuenta* de la práctica realmente existente. Así Emelkamp (Mahoney 1995) exige una metodología científica de base que, en realidad, ha sido la excepción en la historia real de las psicoterapias

Psicoterapia es la aplicación de procedimientos científicamente evaluados que capacitan a las personas para cambiar sus comportamientos, emociones o conductas maladaptativos, por ellos mismos (Mahoney 1995).

En ocasiones el carácter normativo no nos refiere a pretensión de cientificidad sino a un determinado criterio ético o moral. Albert Ellis es paradigmático en este sentido

La psicoterapia consiste en ayudar a la gente a ver y cuestionar seriamente sus imperativos conscientes e inconscientes utilizando un repertorio de métodos cognitivos, emotivos y conductuales y, de este modo, hacerlos menos perturbados y menos perturbables (Mahoney 1995).

O, en la misma línea, Whitaker, que tiene, además, el problema de suponer que uno puede ser más o menos uno mismo.

Psicoterapia es una paternidad adoptiva profesional con la función deliberada de facilitar el intento del paciente de ser más él mismo (Mahoney 1995).

Para Thomas Szasz esto no es de extrañar ya que:

La pregunta sobre “¿Qué es la psicoterapia?” presupone que la psicoterapia existe. Yo creo que no es así. Como la enfermedad mental la psicoterapia es una metáfora y, como metáfora extensa, un mito... El término psicoterapia denota varios principios y prácticas de éticas seculares. Cada método o escuela de psicoterapia es, por consiguiente, un sistema de ética aplicada volcado en el idioma del tratamiento; cada uno refleja la personalidad, valores y aspiraciones de su fundador y sus practicantes (Mahoney 1995).

Intentos más descriptivos y pretendidamente más neutros serían aplicables a muchas otras prácticas que nadie consideraría psicoterapia. Así sucede por ejemplo con la definición de Paul Watzlawick

Psicoterapia intenta cambiar las asunciones de las personas acerca de la naturaleza de la realidad, asunciones que ellos consideran son verdad, objetivos o aspectos platónicos del mundo “real” (Mahoney 1995).

Lo mismo sucede con la propuesta de Mahoney de definir sencillamente la psicoterapia como *un intercambio existencial (Mahoney 1995).*

Existen definiciones eclécticas bien construidas como la de Sol Garfield que no tiene más inconveniente que la de la vaguedad del término *problema* y la gratuidad de la suposición de que lo que diferencia al terapeuta del paciente es su grado de salud mental (y no su posición en la tarea común).

Psicoterapia es un proceso interpersonal planificado en el cual la persona menos trastornada, el terapeuta, intenta ayudar a la más trastornada, el paciente, a superar su problema (Mahoney 1995).

La definición elaborada por la Danish Psychiatry Society, adoptada por el grupo de trabajo de la Unión Europea de Médicos Especialistas presupone una *base científica* e incluye (en un matizado y/o) objetivos como *la mejor función emocional o social*.

La psicoterapia es un método psicológico de tratamiento con base científica. A menudo se aplica para aliviar el sufrimiento psiquiátrico. La realiza una o varias personas, calificadas por su formación. Establecen un contrato con uno o varios pacientes con el objetivo de aliviar el dolor por síntomas y/o modificación de rasgos de personalidad y/o mejor función emocional o social y de liberar potencialidades sanas de desarrollo.

Nuestro grupo de trabajo (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse, 1997) utilizó como definición de psicoterapia la siguiente:

Un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo.

Esta definición pretende circunscribirse a aquellas prácticas de las que reclaman el nombre de psicoterapias en las que se pretende actuar sobre *pro-*

blemas de salud mental (a punto estuvimos de utilizar el término *trastornos mentales*) excluyendo las que persiguen objetivos como el autoconocimiento, el desarrollo personal o el acceso a experiencias más o menos interesantes (que nos parecían irrelevantes para una reflexión planteada desde la psiquiatría pública).

Se matizó esta definición con algunas aclaraciones que citamos textualmente

Esta definición **excluye** otra serie de prácticas que pudieran, en alguna medida, ser consideradas afines, como son:

- * **Otras relaciones de ayuda** (amigos...) en los que el que la da no es un profesional experto.
- * **Consejo médico o psicológico** en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental ¹.
- * **Manejo clínico** *de un tratamiento medicamentoso, en el que el objetivo es garantizar las condiciones (de información confianza en el médico, expectativas, adherencia al tratamiento) que permiten optimizar el efecto e la medicación prescrita.*

Como nota adicional convinimos que la psicoterapia supone la **posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo.**

Si nuestro objetivo no hubiera sido construir por consenso una definición a partir de una reflexión conjunta sobre nuestra práctica hubiéramos podido adoptar la impecable definición de Jorge Luis Tizón (1992).

La psicoterapia consiste en la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, los trastornos mentales o el sufrimiento humano (no sólo psicológico).

1. *Es consejo si se dice algo como “debe dejar de fumar porque en su caso –bronquitis crónica– fumar entraña tales y cuales riesgos”. Hay psicoterapia si se inicia una intervención para resolver el problema de que el cliente **no puede dejar de fumar aunque conozca los peligros y quiera hacerlo**. Lo mismo será aplicable en el caso de un consejero matrimonial.*

Constructivismo y narrativas: un nivel diferente para la integración

Beatriz Rodríguez Vega

La evolución de las ideas

La evolución de las ideas en psicoterapia corre en paralelo a la evolución de las ideas en el mundo del pensamiento y se deja influir por él. Es por ello que la “forma de entender” el proceso psicoterapéutico ha sido el reflejo de la “forma de entender” el mundo que se discutía en los foros de Filosofía, Física, Química, Matemáticas, Cibernética y una larga lista de otras disciplinas empeñadas también en ofrecer una visión global sobre el Universo.

La psicoterapia, como forma de tratamiento ha cumplido cien años y, aunque de modo somero, se revisa en otro capítulo su historia, en este se pretende señalar la influencia que las ideas prevalentes en el campo de la Filosofía de la Ciencia han tenido sobre el desarrollo de la Psicoterapia. Nos detendremos especialmente en transmitir las ideas constructivistas fundamentales y en cómo estas han influido en la evolución de las ideas hacia la integración y en la forma de hacer clínica.

A principios de siglo, en los albores del tratamiento psicoterapéutico, la ciencia seguía empeñada en desarrollar teorías que reflejasen una correspondencia perfectamente ajustada con el mundo de fuera, lo que el mundo “realmente es”.

Los científicos estaban comprometidos en la tarea de “descubrir” principios y teorías válidas que, si todavía no habían sido capaces de explicar a completa satisfacción, el mundo, era sin duda, por una falta de desarrollo de

instrumentos. Se progresaba de forma lineal en el conocimiento, de modo que se mantenía la ilusión de que si se iban descubriendo y teniendo en cuenta la multitud de variables que intervenían en un proceso dado, sería posible describir con exactitud ese proceso y, por tanto, controlarlo. El conocimiento avanzaba por aposición, es decir, añadiendo más variables que iban siendo descubiertas y, por tanto, mejorando las metodologías de los diseños experimentales. Era posible, pues, el conocimiento de un mundo, que estaba fuera del investigador, esperando a ser descubierto.

De esa forma, las imágenes que dominaron en el mundo de la psicoterapia, reflejaban esa pretensión. A principios de siglo, con el auge psicoanalítico, la metáfora que dominaba era la de la energía, proveniente del campo de la Física. El ser humano (el hombre, el varón, era su modelo) se explicaba como producto de una dinámica de fuerzas, que luchaban por la expresión de los impulsos frente a la represión de los mismos. La energía instintiva pugnaba por descargarse, frente a las barreras impuestas por la censura superyoica.

A mediados de siglo, la aparición de la cibernética, como la ciencia de la comunicación y del control en máquinas y seres vivos, permitió la utilización de otro tipo de metáforas. En esta ocasión era la información, desplazándose por los circuitos mentales, la que dio lugar a la analogía cognitivista del cerebro como un ordenador. Pero en todos los casos el terapeuta perseguía una descripción del mundo, del sujeto y de su entorno que se situaba como algo ajeno a él o ella y sobre el que podía intervenir armado de su pericia.

En el modelo sistémico, las primeras metáforas fueron las del sistema y las de la cibernética. En la primera imagen, la de sistema, y siguiendo las ideas de von Bertalanffy (1968), se pretendía una teoría general que diera cuenta del funcionamiento de los sistemas humanos, lo mismo que era capaz de explicar otros sistemas biológicos o químicos. Se describió a la familia como un sistema y se trajeron analogías del campo de la Física o de la Química o de la Cibernética. La familia era descrita con una “estructura” determinada, que era posible modificar por un terapeuta suficientemente entrenado en el uso de unas determinadas técnicas.

Es decir, del uso de estas metáforas se desprende que el terapeuta es capaz de “descubrir” lo que está mal en el sujeto o en la familia y entrar en una relación en la que pone en práctica una serie de técnicas, a través de las cuales “arregla” lo previamente disfuncional. Este terapeuta está más cercano a la imagen de un carpintero o un mecánico, o en cualquier caso, de un técnico.

Pero como señala David Paré (1995) el cambio de los modelos psicoterapéuticos sigue las ideas propuestas por Khun (1962) para explicar las revoluciones científicas. La ciencia, para Kuhn, atraviesa por una serie de estadios. En el primero de ellos, un estadio preparadigmático, las distintas escuelas

luchan por difundir sus ideas y conseguir la mayor influencia explicativa. Una de ellas, es la que se impone a las demás, de modo que la ciencia entra en un estadio de “ciencia normal”, donde los acontecimientos se describen de acuerdo a los presupuestos de un paradigma determinado. Paralelo a ello, los científicos van acumulando datos de fenómenos que ocurren y cuya explicación es difícil dentro del marco del paradigma imperante. Esos fenómenos son suficientemente importantes para la coherencia de la teoría, como para tener que ser convenientemente explicados. Sin embargo, antes de que se produzca un cambio de paradigma, el mundo científico atraviesa por un periodo de transición que Kuhn denominó “periodo de inseguridad profesional pronunciada”. Durante este periodo, se suceden las voces críticas al paradigma que sigue siendo aún dominante, pero incapaz de ofrecer una explicación satisfactoria de los fenómenos en cuestión. A partir de esta situación, todavía puede ocurrir que se encuentre una explicación adecuada que se incluya dentro del marco racional del viejo paradigma. Si eso sucede así, el periodo de ciencia normal, en el que continúan siendo válidas las ideas anteriores, se prolongará, hasta que vuelva a aparecer algún otro fenómeno inexplicable. Pero si no se encuentra esa explicación razonable dentro del paradigma imperante, cada vez se irá acumulando más malestar con ese marco teórico que no es capaz de dar cuenta de fenómenos importantes. Es entonces cuando el terreno está abonado para que se produzca una revolución científica.

Las ideas de Kuhn han servido para que algunos autores describan la evolución de las ideas psicoterapéuticas hacia un modelo postmoderno, constructivista que, tal como nosotros lo entendemos, señala en la dirección de la integración de las psicoterapias.

En el pensamiento tradicional, las distintas imágenes filosóficas del mundo, científicas, sociales o individuales, tienen en común el supuesto de que no solo existe una “realidad real”, sino que esa realidad se corresponde más claramente con ciertas teorías y no con otras. Los distintos modelos dan por sentado y admiten que existe una realidad independiente del observador.

Ese paradigma fue el imperante en el mundo de la psicoterapia, como en el de la Física o las matemáticas.

El malestar acumulado proveniente de hechos que no podían ser explicados desde la posición de un observador independiente del suceso observado, es lo que facilitó la difusión de las ideas constructivistas. Esos fenómenos o experiencias inexplicables surgían desde distintas disciplinas y con argumentos muy diferentes. Una buena revisión de las ideas en el campo es la realizada por Feixas y Villegas (1998).

En el mundo de la Física fueron enunciados como el del principio de incertidumbre o de indeterminación de Heisenberg, los que hicieron tambalearse los cimientos de la Física clásica. Hasta entonces, la Física, como otras

disciplinas en el marco de las ciencias “duras”, pretendió explicar los fenómenos observables, en base a las teorías newtonianas, capaces de dar cuenta del funcionamiento de entidades macroscópicas, pero que chocaron con su incapacidad para explicar el funcionamiento a nivel subatómico.

A este nivel, el principio de incertidumbre o de indeterminación de Heisenberg postulaba que no era posible conocer con fiabilidad y precisión, el lugar exacto de una partícula subatómica en un momento determinado. Es decir, no se podía medir simultáneamente la posición y el momento de una partícula. Para hacerlo, el observador ha de proyectar luz sobre una partícula subatómica, pero cuando lo hace, su curso puede quedar modificado por el impacto del fotón emitido. Se puede concluir que el observador, por el mero hecho de su observación, altera lo que es observado, de modo que se hace imposible conocer espacio y tiempo simultáneamente.

Así es que, si no es posible una observación sin influir en lo observado, se cuestiona la existencia de una realidad exterior objetiva y única.

En el mundo de la psicoterapia, en particular dentro del modelo sistémico la crítica desde la clínica de la terapia familiar llevó a la insatisfacción con las metáforas sistémicas y a la búsqueda de otros marcos teóricos que encajaran mejor con la experiencia actual (Rodríguez Vega, 1997).

La llegada al campo de la terapia familiar de las ideas constructivistas, marca una nueva ola evolutiva en el movimiento (Paré, 1995). Hasta entonces, la familia había sido vista a través de las lentes de la teoría general de sistemas o de la cibernética. Las imágenes que se habían utilizado, provenientes de estos campos, eran los de un sistema interinfluyente, donde se perdía el individuo y su mundo de significados. Las voces que empezaron a expresar malestar con este tipo de analogías que conllevaban una forma de hacer terapia, fueron las de autoras feministas y las provenientes de otros grupos culturales. En el campo de la terapia sistémica, lo que no encajaba tenía que ver con las cuestiones de género o la forma de tratar el poder o la visión tan cúlturno céntrica que la terapia familiar había mantenido desde sus comienzos.

Pero para entender más claramente lo que supusieron las ideas constructivistas y como influyeron en la terapia, vamos a empezar por revisar los postulados más importantes del posmodernismo.

El constructivismo y el construccionismo social

El pensamiento posmoderno se puso de manifiesto sobre todo en las ciencias sociales. Habitualmente se citan los trabajos de Von Foester en el campo de la cibernética, o los de Gadamer en la filosofía hermenéutica, o los de

Geertz en la Antropología, los de Hare-Mustin en el feminismo, Derrida y Lyotard en la crítica literaria y Gergen en la psicología social (Lax, 1992). Esta visión del mundo puso en cuestión muchas de las verdades establecidas, también en el campo de la psicoterapia.

Durante la década de los 80 algunos influyentes terapeutas de familia se acercaron a las ideas constructivistas. Aparecieron las publicaciones de Paul Watzlawick, Paul Dell y Bradford Keeney, como principales responsables de la difusión de estas ideas. Su entusiasmo se basaba en gran parte en los trabajos del biólogo Humberto Maturana, el científico cognitivo Francisco Varela, el ciberneta Heinz Von Foerster y el lingüista Ernst von Glasersfeld.

Se les ha llamado años de transición porque coinciden con lo que Kuhn describió como un “periodo de inseguridad profesional pronunciada”, previo al cambio en un paradigma científico (Paré, 1995). Es posible que ocurriese algo así en estos años en los que la crítica desde la clínica de la terapia familiar llevó a la insatisfacción con las metáforas sistémicas y a la búsqueda de otros marcos teóricos que encajaran mejor con la experiencia actual.

La llegada al campo de la terapia familiar de las ideas constructivistas, marca una nueva ola evolutiva en el movimiento. En otro lugar, hemos revisado lo que supuso el constructivismo para la evolución del modelo sistémico en particular (Rodríguez Vega, 1997).

El constructivismo arranca desde filosofías de la Antigüedad, como el solipsismo, que defendía que no existe una realidad exterior, sino que todas las percepciones y vivencias humanas, el mundo, el cielo y el infierno están solo en la cabeza y que solamente yo (*ego solus ipse*) existo. Recorre un camino histórico que incluye nombres como Gianbattista Vico, para algunos el primer constructivista, Kant, Dilthey, Husserl, Piaget, Kelly, etc.

En el pensamiento tradicional, las distintas imágenes filosóficas del mundo, científicas sociales o individuales, tienen en común el supuesto de que no solo existe una realidad real, sino que esa realidad se corresponde más claramente con ciertas teorías y no otras. Los distintos modelos dan por sentado y admiten que existe una realidad independiente del observador. El constructivismo radical se opone a ello y se pregunta “¿cómo sabemos lo que creemos saber?”. El qué sabemos se refiere a los resultados de nuestra indagación de la realidad, pero el cómo sabemos es más complejo porque para contestarlo, el entendimiento ha de estudiarse a sí mismo, “salirse de sí mismo y observar como trabaja”. Si el qué del conocimiento está condicionado por el propio proceso de cognición (el cómo), nuestra imagen de la realidad no depende de lo que es exterior a nosotros, sino que inevitablemente depende de cómo concebimos ese qué. Toda realidad es la construcción de quienes creen que descubren e investigan la realidad. La realidad, supuestamente descubierta, es una

realidad inventada y su inventor no tiene conciencia del acto de su invención, sino que cree que esa realidad es algo independiente de él y que puede ser descubierta (Segal, 1986, Von Foerster, 1981, Von Glaserferd, 1981).

Nuestro conocimiento ha de interpretarse, no como imagen del mundo real, sino tan solo como una llave que nos abre caminos posibles. Mientras la concepción tradicional de la teoría del conocimiento considera la relación entre saber y realidad como un acuerdo o correspondencia gráfica, el constructivismo radical ve esa relación como una adaptación o ajuste en el sentido funcional (Von Foerster, 1981, Von Glaserferd, 1981).

Es como la llave del ejemplo clásico que cuando abre la cerradura es porque encaja con ella. Pero que ésto ocurra no excluye la existencia de otras muchas llaves que abran la misma cerradura. Cuando una llave no abre podemos decir que esa no encaja, pero no decimos nada acerca de todas las que encajan. Como dijo McCulloch: “haber demostrado que una hipótesis es falsa es haber llegado al punto culminante del saber” (Von Glaserferd, 1981).

Las metáforas sistémicas subrayaban la importancia de los procesos de circularidad, las curvas de feedback, la conexión entre niveles, etc., pero seguían preocupadas acerca de cómo el mundo *es* realmente. Al desplazarse la atención desde el sistema observado al sistema observante el constructivismo introdujo un nuevo nivel de complejidad a la cibernética y nació la “cibernética de segundo orden o cibernética de la cibernética”, borrando la clara distinción entre observador y observado.

Fue von Foerster (Von Foerster, 1981) quien propuso una cibernética de segundo orden, en la que los sistemas vivos no se veían como objetos que podían ser programados desde el exterior, sino como entidades autocreadas e independientes, no determinadas por la historia y que no siguen un camino predecible.

En una cibernética de primer orden es posible ver a las familias e influir en ellas utilizando la técnica y “programándolas”. En la cibernética de segundo orden el terapeuta se incluye como parte de lo que ha de cambiar, no está fuera. El observador se sitúa en aquello que es observado”.

En la clínica, con la llegada de las ideas constructivistas se abandonó la búsqueda de una “descripción real” de lo que le ocurría a la familia para sustituirla por el concepto de realidades interpretadas alumbradas por el sistema observante. Se decía que en una sala de terapia había tantas familias como observadores. Porque se pasó de la búsqueda del Universo objetivo a la del Multiverso, donde muchas versiones de distintos observadores convivían. Se empezó a dar más importancia a la parte de la curva de feedback que incluía al terapeuta. El terapeuta, entonces, cocrea la realidad terapéutica con la familia.

El terapeuta ya no tienen como objetivo el revelar una realidad, hasta ahora invisible a los ojos de la familia, sino que propone o hace posibles una de las múltiples alternativas, con el objeto de facilitar nuevas experiencias perceptivas, para las cuales los individuos de la familia estén listos.

El foco terapéutico se convierte en la creación de preguntas y de un medio terapéutico que pueda cumplir esta tarea. Las preguntas ya no eran solo la herramienta para obtener información, sino el instrumento para conseguir el cambio.

Durante algunos años, quizá los que hemos llamado de transición, se confundía en la literatura lo que era el constructivismo y el constructivismo social. Es posible que esto ocurriera porque en los dos casos se niega la existencia de una realidad fuera del ojo del que la observa. Pero mientras que en el primero, las metáforas provenían del campo de la biología cognitiva, en el constructivismo social se hacía hincapié en las interpretaciones sociales y en la influencia intersubjetiva del lenguaje, familia y cultura y mucho menos en el *modus operandi* del sistema nervioso (Slovic, 1992).

El construccionismo es principalmente individualista, se centra en el proceso de información, mientras que el construccionismo social se ocupa de la persona en comunidad y le da más importancia al significado y a la interpretación (Paré, 1995). En este sentido se conocieron los trabajos de George Kelly y su teoría de los constructos personales y de Berger y Luckmann (1966) con su libro *La Construcción Social de la Realidad*.

El énfasis cada vez mayor se hace en la naturaleza intersubjetiva y consensual del conocimiento. A partir de la interacción entre las personas surgen un conjunto de significados que están en constante evolución. No están reclusos dentro de los límites del cráneo de una persona, ni dentro de una mente individual, sino que son parte de un flujo general de narrativas en cambio constante

El constructivismo social no sitúa el conocimiento ni en el observador ni en el observado, sino en el terreno entre los dos, en la arena social entre sujetos que interpretan. Para Berger y Luckmann (1966) el conocimiento es una construcción socialmente negociada que tienen lugar “en un mundo que definimos a través de nuestro lenguaje descriptivo en interacción social con los otros” (Anderson, 1988).

La principal premisa del constructivismo social es que las creencias, valores, instituciones, costumbres, leyes, divisiones de trabajo y todo lo demás que constituye nuestra realidad social está construido por los miembros de una cultura en su interacción con los de otra, de generación en generación y de día en día. Es decir, la sociedad construye la lente a través de la cuales sus miembros interpretan el mundo. Las realidades que cada uno de noso-

tros tomamos por sólidamente fundamentadas, son las realidades con las que nos ha rodeado nuestra sociedad desde nuestro nacimiento (Berger y Luckmann, 1966) (Freedman y Combs, 1996).

Como señala David Paré se pueden describir tres épocas diferentes para el conocimiento humano de la realidad "... que han ido evolucionando desde un foco en el mundo observado como objeto, a un foco en la persona observante como sujeto, a un foco en el lugar entre sujeto y objeto, es decir, el mundo intersubjetivo donde la interpretación ocurre en comunidad con otros" (Paré, 1996).

Freedman (1996) expresa con otras palabras las ideas de Paré, cuando señala que existen tres visiones del mundo:

1. La primera defiende que la realidad es cognoscible. Por ello, sus elementos y modos de funcionamiento pueden ser descubiertas de modo fiable y replicable, y pueden ser descritas y utilizadas por los seres humanos.

2. La segunda posición afirma que nosotros somos prisioneros de nuestras percepciones. Es por ello que los intentos de descripción de la realidad nos dicen mucho acerca de la persona que los hace, pero nada acerca de cómo el mundo es realmente.

3. La tercera posición sostiene que el conocimiento se origina en comunidad con los otros. Las realidades que habitamos son aquéllas que negociamos con otro.

Para David Paré (1996) se ha producido una evolución gradual, aunque todavía incompleta, hacia la tercera de estas posturas.

La evolución de los modelos psicoterapéuticos ha seguido ese camino, lo mismo que nuestra propia evolución como terapeutas. La perspectiva de las narrativas es la representante de esa tercera visión.

La primera visión del mundo o modernismo o estructuralismo o positivismo, se mantiene. Representa en las ciencias la postura de que es posible encontrar hechos objetivos, hechos que pueden irse asociando e incluyendo en teorías más generales que nos acercan cada vez más a una comprensión fiable del universo. En las humanidades es la clase de humanismo que busca desarrollar grandes metanarrativas (o grandes modelos explicativos) acerca de la condición humana y de cómo perfeccionarla. Cuando las personas están inmersas en esta forma de pensar creen que las ideas que utilizan son más que ideas, creen que son representaciones de verdades generales, por detrás de la realidad que todos compartimos.

La "objetividad" de la visión modernista con su énfasis en los hechos las verdades replicables y reglas de general aplicación, ignora con facilidad lo específico, el significado individual. Cuando tratamos a las personas con esta "objetividad", los miramos como objetos y los animamos a mantener

una relación terapéutica en la cual se comportan como recipientes pasivos de nuestro conocimiento y pericia.

En este sentido Gergen (1992) apunta: “el argumento postmoderno no va en contra de las distintas escuelas de terapia, solo contra su postura de verdad autoritaria”.

El postmodernismo cree que hay límites a la capacidad de los seres humanos para medir y describir el universo de una manera precisa, absoluta y de aplicación universal. Se diferencia del modernismo en que la excepción les interesa más que las reglas. Eligen mirar hacia los detalles específicos, contextualizados, con más frecuencia que a grandes generalizaciones, se fija en la diferencia más que en la similitud. Mientras que los pensadores modernistas están más preocupados con hechos y reglas, los postmodernistas se preocupan más del significado.

Para el posmodernismo, más importante que utilizar una técnica narrativa en particular es poder acercarse a las personas y sus problemas con actitudes basadas en estas ideas.

Así que, para Freedman (1996), mantener una actitud constructivista se basa en cuatro ideas fundamentales:

1. Las realidades son construidas socialmente

Para explicar este extremo, Berger y Luckman acuden al relato de la evolución de un grupo cultural incipiente, y así, ofrecer su explicación de cómo se va construyendo, entre los miembros del grupo, lo que después será considerado la realidad única e inmutable. Entre los miembros de esa hipotética sociedad emergente las costumbres y distinciones serán frágiles al comienzo, fácilmente intercambiables, casi como un juego, incluso cuando intentan una medida de la objetividad por el mero hecho de su formación. Decidirán entonces, si comer se convertirá en un acto social o habrá de hacerse en privado. La necesidad de protegerse, los agrupará en sociedades, donde cada uno puede ir especializándose en un trabajo concreto. Como el grupo, como tal, es incipiente, está aún cercano al motivo y al cómo se decidieron las cosas. Siempre son capaces de recordar: “eso es como decidimos hacerlo” o “esto funciona mejor si asumo yo este rol”. Existiría alguna conciencia de que existen otras posibilidades. En la organización social empiezan a emerger instituciones como las del cuidado de los niños o la maternidad, entre otras.

Para los hijos de la siguiente generación, las decisiones acerca de cómo hacer las cosas no son tan inmediatas como en la generación precedente, pero aún pueden recordar: “así es como lo hicieron nuestros mayores”. Según el grupo social evoluciona, para los individuos de la siguiente generación, el

recuerdo de que las cosas se hicieron por una decisión consensuada, se va perdiendo, de modo que van ganando terreno afirmaciones del tipo: “así es como se hizo”. Los integrantes de estas generaciones y de las posteriores empiezan a actuar como si siempre existiesen tipos de personas que son madres, obreros o granjeros. Los procedimientos de construcción se van codificando como reglas. Con toda probabilidad se escribirán leyes sobre como hay que construir las casas, cuándo, dónde, etc. Se identificará a ciertas personas como las más adecuadas para hacerlo. Emergen las instituciones.

En la cuarta generación el “así es como se hizo” se convierte en “así es como es el mundo: esa es la realidad”. Como dicen Berger y Luckmann (1966): “un mundo institucional es experimentado como una realidad objetiva”.

Berger y Lukmann distinguen, para la creación de esa realidad social, tres procesos: Tipificación, institucionalización y legitimización. Los tres son importantes para comprender como las personas construyen y mantienen su conocimiento concerniente a la realidad. Un cuarto término “reificación” se refiere a un proceso global del que los otros son partes.

1. Tipificación:

Es el proceso a través del cual las personas clasifican sus percepciones en tipos o clases (por ejemplo los católicos frente a los paganos). Las tipificaciones que una persona particular o cultura usa no son las únicas posibles.

Por ejemplo Keneth Gergen escribe: “En ciertos periodos históricos, la infancia no se consideraba una etapa especial del desarrollo, el amor romántico y el maternal no eran componentes del ser humano, y el self no era visto como aislado y autónomo”.

Olvidamos demasiado fácilmente que otras tipificaciones nos pueden llevar a otras posibilidades: por ejemplo la tipificación “esa histórica”, trasmite y ofrece otras posibilidades que la de “la mujer que ha sido tan desvalorizada, que necesita constantemente estar segura de la atención y estima de los demás” (Freedman, 1996).

2. Institucionalización:

Es el proceso a través del cual las instituciones se originan alrededor de un conjunto de tipificaciones. Son ejemplo de ella, la institución de la maternidad, la de la Justicia, etc. Lo mismo que en el caso de la tipificación, la institucionalización nos puede hacer ciegos a otras posibilidades, por ejemplo la clase social, se ha utilizado como la única forma de distribuir ciertas clases de derechos y responsabilidades dentro de una cultura.

3. Legitimización:

Se refiere a aquellos procesos que dan legitimidad a las instituciones y tipificaciones de una sociedad en particular. De esta forma, “las instituciones se

sienten como si tuvieran una realidad por sí mismas”. El lenguaje y las narrativas, como luego veremos, tienen un importante papel en la legitimización de una visión particular de la realidad.

El último proceso, la reificación, de acuerdo con Berger y Luckmann (1966) significa “... la aprehensión de los productos de la actividad humana como si fueran algo más que productos humanos, tales como hechos de la naturaleza, resultados de las leyes cósmicas o de la voluntad divina. La reificación implica que el hombre es capaz de olvidar su propia autoría del mundo humano”.

La reificación es el resultado de un proceso combinado de tipificación, institucionalización y legitimización. La reificación es un proceso necesario para poder mantener una comunicación eficaz, porque de lo contrario, sería preciso estar continuamente contextualizando. Nada se podría dar por sentado. Pero cuando utilizamos la reificación sin crítica, sin examinarla, sin recordar lo que es, puede dar lugar a problemas (Freedman, 1996).

2. Las realidades se constituyen a través del lenguaje

Berger y Lukmann (1966, citado en Freedman, 1996) escriben:

“La vida diaria es sobre todo vida con y por medio del lenguaje que yo comparto con (otras personas). Un entendimiento del lenguaje es por tanto esencial para la comprensión de la vida diaria... El lenguaje es capaz de convertirse en un reponedor objetivo de vastas acumulaciones de significado y experiencia, que puede preservarse del tiempo y ser transmitidas a las siguientes generaciones... Por su capacidad de trascender “el aquí y ahora” el lenguaje hace de puente entre distintas zonas dentro de la realidad de la vida diaria y la integra en un todo significativo... El lenguaje es capaz de “hacer presente” una variedad de objetos que están espacial, temporal y socialmente ausentes del “aquí y ahora”... A través del lenguaje un mundo entero puede actualizarse en un momento”.

Para los modernistas los signos del lenguaje se corresponden uno a uno con objetos y eventos de un mundo exterior real, y el lenguaje se entiende como un lazo fiable entre los mundos objetivos y subjetivos.

Para los postmodernistas, que piensan de modo distinto, el lenguaje que usamos constituye nuestro mundo y nuestras creencias. Es en el lenguaje cuando las sociedades construyen sus visiones de la realidad. Los únicos mundos que podemos conocer son los mundos que compartimos en el lenguaje. El lenguaje es un proceso interactivo, no un receptor pasivo de verdades preexistentes.

Para Rorty (Freedman, 1996), “el mundo está fuera, pero las descripciones del mundo no”. El mundo no habla. Solo nosotros lo hacemos”.

Para Anderson y Goolishian (1988): “el lenguaje no refleja la naturaleza; el lenguaje crea la naturaleza que conocemos”.

Para Gergen (1985): “el conocimiento es aquello que puede ser representado en proposiciones lingüísticas”. Según esto el estudio del conocimiento se convierte en el estudio del “uso performativo del lenguaje en los asuntos humanos”.

Para los psicoterapeutas, lo importante es que cuando se produce el cambio, sea de creencias, relaciones, sentimiento o autoconcepto, implica un cambio en el lenguaje. El lenguaje es siempre cambiante. Los significados son siempre indeterminados y, por tanto, mutables. El significado no lo da una palabra, sino una palabra en relación con su contexto. Por ello el significado preciso de una palabra, siempre es indeterminado y potencialmente diferente, es algo a negociar entre dos o más conversadores.

3. Las realidades se organizan y se mantienen a través de las historias:

Si las realidades en las que vivimos, viajan en el lenguaje que usamos, son preservadas y transmitidas en historias que vivimos y contamos. Las narrativas tienen un papel central en organizar, mantener y hacer circular el conocimiento de nosotros mismos y nuestros mundos.

Anderson afirmaba que (Anderson, 1990): “... la vida es el asunto de contarnos a nosotros mismos historias acerca de la vida, y de saborear historias acerca de la vida contadas por otros, y de vivir nuestras vidas de acuerdo con tales historias, y de crear historias nuevas y más complejas acerca de las historias y que esta composición de historias no es acerca de la vida humana, sino que es la vida humana”.

Para Brunner, (1991, citado en Freedman, 1996) “... organizamos nuestra experiencia y nuestra memoria de los acontecimientos principalmente en forma de narrativa –historias, excusas, mitos, razones para hacer y no hacer y así sucesivamente”.

Las conversaciones entre pacientes y terapeutas pueden también ser vistas como historias, como narrativas.

Para dar sentido a su vida, las personas enfrentan la tarea de ordenar su experiencia de los acontecimientos en secuencias a través del tiempo de tal forma que consigan un reconocimiento coherente de sí mismo y del mundo que les rodea. Este recuento adopta una forma que es la de la auto-narrativa.

Desde un punto de vista postmoderno, no hay significados escondidos en las historias o textos, no hay una “esencia” a capturar de la experiencia humana. Desde este punto de vista es importante atender a las historias culturales y contextuales, tanto como a las historias individuales. Según Mair: “nosotros habitamos en grandes historias que son nuestra cultura. Vivimos

a través de historias. Somos vividos por las historias de nuestra raza y lugar”.

Las personas le damos sentido a nuestras vidas, a través de historias tanto de las narrativas culturales en las que hemos nacido y las narrativas personales que construimos en relación con las narrativas culturales. En todas las culturas ciertas narrativas dominarán sobre otras, serán impuestas a personas de culturas o narrativas marginales.

Un concepto clave en esta terapia es que en cualquier vida hay siempre más eventos que no son historiados, que no aparecen en ningún recuento, que los que sí lo son. Incluso en la autobiografía más larga y compleja, se deja fuera mucho más que lo que se incluye.

Por tanto la terapia narrativa se sirve de recontar y revivir historias. Cuando una persona cuenta “su” historia, se da también un proceso por el que deja de ser el actor para ocupar la posición de observador, de narrador, de testigo. Solo contando la historia “la persona se da cuenta de que ha experimentado la participación en una historia alternativa” (Zimmerman, 1994). Pero no es suficiente con contar una historias, sino que habrá que vivirla fuera de los muros de la sala de terapia.

4. No hay verdades esenciales:

Ya que no podemos conocer objetivamente la realidad, todo lo que podemos hacer es interpretar la experiencia.

Por ejemplo si consideramos el concepto balinés del self como actores en un drama sin tiempo, inmutable, vemos que no tiene nada que ver con el concepto occidental de un verdadero self, limitado dentro de los límites de la persona. La idea del self, como otras construcciones, se forma a través de la interacción social, dentro de contextos culturales particulares.

Los selfs se construyen socialmente a través del lenguaje y se mantienen a través de la narrativa. No pensamos en el self como si fuera una cosa dentro de un individuo, sino como un proceso o actividad que ocurre en el espacio entre las personas.

Self diferentes aparecen en diferentes contextos. Pensemos en la experiencia de ser diferentes y sentirse diferentes en el contexto de relaciones diferentes. Ninguno de estos self es más verdadero que otro. Aunque si es cierto que presentaciones particulares del self son preferidas por personas determinadas dentro de culturas particulares. Como terapeutas, trabajamos con las personas para ayudarlas a vivir narrativas que apoyen el crecimiento y el desarrollo de esos selfs preferidos.

Las narrativas

Como venimos sosteniendo, es a través del lenguaje como conocemos y conformamos nuestro consenso acerca de lo que es la realidad. El acto de “conocer” es el acto de poner en palabras (Anderson, 1988).

Nuestra comprensión del mundo se estructura a través de la metáfora. A través de ésta se compara lo familiar con lo extraño, lo conocido con lo desconocido. La metáfora para David E. Leary (citado en Anderson, 1988), consiste en dar a una cosa o experiencia un nombre o una descripción, que, por convención, pertenece a otro nombre o a otra experiencia y hacerlo, en función de cierta similitud entre ambas. Según esta definición, las fábulas, las parábolas, las alegorías, los mitos y los modelos científicos, pueden interpretarse y entenderse como metáforas extensas o sostenidas.

Es por ello por lo que recurrimos a la siguiente parábola, que de una forma bellísima, ilustra la importancia del lenguaje para conformar la realidad y, como parábola que es, deja en el campo de lo “aún no dicho” muchos otros significados que los lectores pueden entretenerse en construir:

“El Emperador Amarillo mostraba su palacio al poeta. Pasaban a través de maravillosos jardines y corredores, que parecían avenidas rectas, pero que, al adolecer de una curva muy suave y continua, eran, secretamente, círculos. Les acompañó hasta el fin un sentimiento de estar perdidos. ‘Cada cien pasos una torre cortaba el aire; para los ojos el color era idéntico, pero la primera de todas era amarilla y la última escarlata, tan delicadas eran las gradaciones y tan larga la serie’. Cuando al pie de la penúltima torre el poeta recitó su composición, encontró la inmortalidad y la muerte. Dice la leyenda que su composición constaba de un solo verso, mientras otros dicen que de una sola palabra. Lo increíble y lo maravillosos es que en el poema estaba todo el palacio, entero, con toda su magnificencia y su esplendor, con todos los sentimientos y emociones acumulados por las dinastías que en él habitaron. Con todas sus luces y sus sombras. Dicen que ‘todos callaron, pero el Emperador exclamó: ¡Me has arrebatado el palacio! Y la espada de hierro del verdugo segó la vida del poeta’. En otro final de la historia, cuando el poeta termina la última sílaba de su composición, el palacio desaparece, porque no puede haber dos cosas iguales en el mundo. Según Borges: “Tales leyendas, claro está, no pasan de ser ficciones literarias. El poeta era esclavo del emperador y murió como tal; su composición cayó en el olvido porque merecía el olvido y sus descendientes buscan aún, y no encontrarán, la palabra del Universo” (Borges, 1996).

La narrativa es, pues, la forma que toma la descripción de nuestra experiencia en el contexto del lenguaje y la cultura. (White y Epton, 1990; Linares, 1996).

Esta dirección del pensamiento, considera los sistemas humanos como existentes solo en el dominio del significado y de la realidad lingüística inter-

subjetiva. Pero por lenguaje no se entiende un conjunto de signos, estructura o estilo, sino “el significado lingüísticamente mediado y contextualmente relevante que se genera interactivamente a través de las palabras y otras acciones comunicativas” (Anderson, 1988).

No hay que confundir esta tendencia con la psicolingüística. Los sistemas humanos no se reducen a simples sistemas de proceso de información. Esta posición sostiene en su núcleo la creencia de que la realidad es una construcción social. Vivimos y actuamos en un mundo que definimos a través de un lenguaje descriptivo en interacción social con los otros. La realidad se conceptualiza como un “multiverso” de significados, creados en un intercambio social dinámico que nos aleja de la idea de verdades únicas y nos lleva del “universo” a un “multiverso” que incluye muchas versiones conflictivas del mundo (Tjersland, 90; Parry, 1991).

En el marco del construccionismo social, el abordaje de las narrativas es la corriente que más explícitamente reconoce las implicaciones culturales de esta epistemología. Algunos autores han señalado la repercusión que esta perspectiva tiene en terapia al dar más importancia a la ayuda que se les presta a los pacientes a identificar el contexto cultural de las historias que traen a la terapia para facilitar la re-autoría de sus vidas (volver a ser los autores de sus vidas) (Paré, 1995, 1996). Es decir, si el paciente no puede reconocer las limitaciones y oportunidades que se derivan del contexto social y cultural determinado en el que vive, no podrá ser auténtico autor de su vida. Al reconocer conjuntamente con una persona de una etnia distinta, la influencia que tiene en su problema, la pertenencia a un grupo minoritario y excluido de la cultura dominante, por ejemplo su pertenencia a la etnia gitana, el terapeuta le puede ayudar a verse a sí mismo, como “una persona coartada por su pertenencia a un grupo cultural” y no como “un inútil que no encuentra trabajo”. Reconocer esa limitación, le puede ayudar a luchar contra ella, desde una narrativa, en la que él o ella puedan ser “autores” competentes de su propia vida. Hacer esto no quiere decir que todo el peso terapéutico se ponga en la pertenencia a un grupo cultural para explicar los problemas en la vida del paciente. Un terapeuta entrenado en ver “la diferencia”, por ejemplo lo culturalmente distinto a la cultura en la que están inmersos actualmente paciente y terapeuta, puede ayudar a la persona a “ver” la contribución, hasta entonces “invisible”, que ese hecho, la pertenencia a la etnia gitana, ha podido tener en su problema actual y ayudar a sopesarlo, junto a otro conjunto de argumentos.

Tras el “giro interpretativo” la terapia pasa a ser un intento de transformar y expandir por medios lingüísticos, las narrativas de una persona, aquellas historias que todos sostenemos y que dan sentido a nuestra existencia dentro de la familia y la sociedad. El cambio humano ocurre a través de la evolución de nuevos significados (Anderson, 1988).

Con estas ideas, cambiaron también la forma de entender la actividad y las técnicas psicoterapéuticas.

Ahora la terapia es conversación más que intervención. El papel del terapeuta es abrir un espacio para la conversación posicionándose “siempre en un estado de ser informado por el cliente” (Stagoll, 1993; Anderson, 1988). El diálogo, mutuamente envolvente, lleva a la co-creación de nuevas historias. El terapeuta adopta una posición de “no saber”, de “abundante y genuino interés” en la realidad del paciente y en sus narrativas (Stagoll, 1993).

Gadamer (1977) recuerda que ninguna palabra, ningún acto comunicativo es claro, completo o unívoco. Gadamer le llama a esto “la infinitud de lo no dicho”. Todos los actos comunicativos tienen infinitud de posibles nuevos significados y expresiones. El conocimiento avanza a través de esta búsqueda de lo “no dicho”.

Las características de todas las comunicaciones dialógicas es que todos los participantes se abren ellos mismos a los otros y aceptan su punto de vista como digno de consideración. Para Anderson, que retoma las ideas de Gadamer, “la terapia es un proceso de expandir y decir lo no dicho”, el desarrollo a través del diálogo de nuevos temas y narrativas. Y la creación de nuevas historias” (Anderson, 1988). El cambio en terapia no es más que el cambio del significado a través del diálogo y la conversación.

La responsabilidad del terapeuta se centra en crear un contexto conversacional que permita la colaboración mutua en el proceso de definición del problema. Para ello explora desarrollando preguntas que produzcan nueva información, entendimiento e interpretación.

El papel del terapeuta es tanto el de un miembro del sistema problema en una posición igualitaria con el resto de los participantes, como un experto conversacional, un arquitecto del diálogo (Anderson, 1988; Zimmerman, 1994).

El terapeuta postmoderno entra en una posición de no saber, sin una idea de buscar dinámicas disfuncionales. No hay una estructura escondida que buscar y modificar. Mientras hablan, terapeuta y familia van surgiendo ideas para la acción que son diferentes a las que la familia traía antes de la terapia. Al final no hay un mensaje o prescripción, sino simplemente otra cita para encontrarse.

La terapia es una arte de conversación y esta metáfora está más cercana a nuestra actividad en la clínica, que las metáforas biológicas y de máquinas que se utilizaron en principio.

Al principio de este capítulo, señalábamos como el cambio de paradigma surge ante la imposibilidad de un modelo para explicar fenómenos importantes para la coherencia de la teoría. Pusimos anteriormente un ejemplo proveniente de la Física. Pero en el campo de la psicoterapia, y en particular en

el campo de la psicoterapia sistémica, también tenían lugar en la clínica, experiencias que no encajaban con los modelos sistémicos cibernéticos. Sin embargo, estas experiencias clínicas si encontraron una explicación más ajustada, con la que encajaban mejor, al servirse de las ideas provenientes del constructivismo social. Nos referimos al constructo de género, al tratamiento del poder y la violencia o al estatus de “normalidad” que una familia tienen que cumplir para ser considerada sana. Estos temas tenían en común el estar sosteniendo, de una forma implícita, los valores socialmente dominantes. Y haber sido clásicamente ignorados por los practicantes de la terapia sistémica (Gilligan, 1982; Hare-Mustin, 1987; Knudson-Martin, 1996; Walters, 1988; Goodrich, 1988; Safier, 1992; Flasks, 1993; Dell, 1989).

Las primeras generaciones de terapeutas familiares dieron gran importancia al poder y al control, y se esperaba que el terapeuta ocupara una posición jerárquicamente superior. Por ejemplo, para que una familia fuera sana, había que reforzar los límites generacionales y la jerarquía, de los padres, y en particular del padre, como cabeza de familia. Por ejemplo, Haley hizo un amplio uso de la metáfora del poder, para explicar el mantenimiento de los síntomas. Bateson objetó que la utilización del concepto de poder era un “error epistemológico”. Fue criticado por entender que decía que el poder no existe, y eso no encajaba con la experiencia de situaciones como la violencia doméstica y el abuso sexual. El modelo cibernético, con las curvas de feedback restaba importancia al concepto de poder y lo incluía dentro de la causalidad circular y la complementariedad. Hablar de víctimas y abusadores en aquellos años, era caer en una causalidad lineal, porque se argumentaba que un sádico requiere un masoquista, lo mismo que un masoquista requiere un sádico” (Paré, 1996). Lo que no se tuvo en cuenta desde esta perspectiva, es que las víctimas de los sádicos no son, por definición, parejas voluntarias.

Dell (1989) intervino en esta polémica haciendo una distinción entre el universo de las explicaciones científicas (en el cual las cuestiones de responsabilidad personal y juicios morales no entran) y el mundo de la experiencia humana (un mundo de descripción en el cual las personas se sienten y hablan de ser víctimas). La debilidad de la perspectiva de Bateson es que no ofrece un lenguaje en el cual describir los acontecimientos de la experiencia. (Hoffman, 1990).

Con la llegada de las ideas constructivistas a la terapia se facilitó también, una posición de mayor cooperación entre paciente y terapeuta.

Desde los modelos anteriores en los que la historia del terapeuta era la predominante, la verdad prevalente, se pasa a un énfasis cada vez mayor por la historia de los pacientes. Esto se refleja en un mayor respeto por las perspectivas de los pacientes, ya que si el conocimiento es intersubjetivo, no tie-

ne sentido elevar el estatus de la interpretación del terapeuta (Real, 1990; Freedman, 1996).

Las descripciones normativas acerca de cómo ha de ser una familia normal (límites apropiados, comunicación clara, etc.) se consideran cargadas de etnocentrismo, pues, en cuanto salimos de los límites de nuestra cultura occidental, cambian las concepciones fundamentales acerca del desarrollo infantil, la relación con la madre, los límites apropiados entre los distintos subsistemas familiares, etc. (Real, 1990). Consecuentemente, y como proponen algunos autores, esta nueva perspectiva debería de reflejarse en el entrenamiento de los futuros terapeutas (Freedman, 1996).

Otra importante omisión de la terapia sistémica y de otros modelos de comprensión, fue la omisión del contexto cultural y sociopolítico de la experiencia. Incluir la metáfora cultural supone dar sentido a las nociones de poder, violencia, dominación y opresión, que se incluyen en ella. De acuerdo con Foucault es imposible situarnos a nosotros mismos o nuestras acciones fuera de la cultura (Paré, 1996), de forma que la cultura se convierte en un marco organizador para entender a la persona y la familia.

Todo esto no significa que se defienda una ética del “todo vale”. Muy al contrario, mantener este tipo de actitud, basada en el construccionismo nos motiva a examinar nuestras construcciones e historias y decidir cuidadosamente como actuar con ellas. Los problemas de decidir elegir y examinar los efectos de nuestras elecciones son centrales en esta clase de terapia.

Las narrativas: un nivel diferente para la integración

Las narrativas se definen, pues, como la forma de organizar nuestra experiencia a través del lenguaje. En las narrativas no hablamos de estructura o de proceso, que son niveles distintos sino que hablamos de significado. El significado es el nivel de conexión de los otros dos.

Al escuchar la narrativa que trae el paciente, el terapeuta no intenta encajarla en un esquema preestablecido, como puede suceder en otros modelos modernistas, tales como el psicoanalítico clásico, el conductismo o los modelos sistémicos derivados de la primera cibernética. Como ya hemos señalado y, en otros capítulos se vuelve a revisar, en la construcción de narrativas terapéuticas, la responsabilidad del terapeuta es la de ser un experto conversacional. Experto en facilitarle al paciente a partir del diálogo, la búsqueda de versiones alternativas a su narrativa saturada por el problema que trae a consulta.

Al mantener el terapeuta la posición de ignorancia, le permite al paciente una posición complementaria como “experto de sí mismo” y, por tanto, más

igualitaria y más respetuosa que la postura que ocupa el terapeuta en otros modelos.

Aquí, el terapeuta ha de acompañar la narrativa del paciente, para ayudarle en la construcción de otra narrativa preferida por él o ella. No se trata, pues, de encajar a la persona que consulta con una narrativa terapéutica predeterminada y preferida por el terapeuta, y no siempre preferida o útil para el paciente.

El nivel de significado que ofrece la idea de la narrativa, facilita, en nuestra opinión el nivel para la integración.

El centro de nuestro interés, desde esta perspectiva, es llegar a co-construir con el paciente la pauta-problema que “satura” (en palabras de White, 1990) la narrativa de la persona sobre sí misma o sobre los demás. Al construir de ese modo participativo la pauta-problema, co-construimos también la pauta de di-solución. Es por ello que, en ese empeño, la terapeuta y el paciente podrán plantear un contexto individual de tratamiento, o podrán hacerlo en un contexto familiar o grupal. En cualquier caso, lo que tiene más relevancia es el significado de la narrativa, tanto para la construcción de la pauta-problema, contenida en ella, como para la di-solución de esa pauta, también contenida dentro de la narrativa de consulta.

En el resto del libro se desarrolla una propuesta de terapia de integración centrada en la construcción de narrativas terapéuticas.

Para formarse como experto conversacional, el terapeuta ha de conocer un mapa del proceso psicoterapéutico. Nosotros hemos elegido describir el proceso desde el momento en que se toma la decisión de llevar a cabo la psicoterapia (indicación) y relatar como se lleva a cabo el encuentro (en las fases iniciales), junto con una primera formulación conjunta y tentativa de la pauta problema (formulación). Desde entonces y durante el resto del proceso, paciente y terapeuta, desde la narrativa inicial del primero, trabajan en la construcción de la pauta-problema y de su di-solución. Para ello, el terapeuta habrá de entrenarse en el acompasamiento de la narrativa del paciente y en su guía hacia una multiplicidad de versiones distintas que es el paciente quien ha de ir validando.

La construcción que proponemos de la narrativa, se hará dependiendo del caso concreto: desde la historia biográfica, desde el pensamiento y la conducta o desde el sistema de relaciones o creencias. Hacerlo de modo preferente desde una de ellas, no excluye traer elementos de las otras dos.

En un mismo proceso psicoterapéutico también puede ocurrir que la versión inicial se modifique al punto que se haga necesario pasar de citas individuales a familiares, desde donde poder construir con mayor facilidad una narrativa desde el sistema de relaciones. O al revés, pasar de entrevistas familiares a

un contexto de terapia individual, desde donde poder desarrollar en mayor profundidad una autonarrativa del paciente centrada en su propia biografía.

El trabajo terapéutico final requiere de la separación (fases finales). El sistema formado por terapeuta y paciente se enfrenta a otra necesidad que es la de separarse y darle un sentido futuro en la vida del paciente a la narrativa que es también, el proceso psicoterapéutico.

Llevar adelante este tipo de acercamiento psicoterapéutico, requiere de una terapeuta con un alto nivel de entrenamiento y de flexibilidad. Ha de conocer sus propias limitaciones, para no imponérselas a los pacientes y disponer de un amplio espectro de técnicas que le ayuden en la transformación de la narrativa. Esto no quiere decir que propongamos una técnica determinada para un problema específico. Lo que queremos decir es que un terapeuta con muchos recursos ganará en flexibilidad y capacidad para acompañar y construir con el paciente la nueva narrativa.

Nos ha resultado muy útil la reflexión de Harold Goolishian (Anderson, 1992) cuando afirmaba: “si uno sabe lo que hará está limitado; pero si sabe mejor lo que no hará, entonces habrá una enorme cantidad de cosas que podrá hacer”.

Una confluencia en las narrativas

Alberto Fernández Liria

Postmodernidad, ciencia y pensamiento crítico

Confluencias en las narrativas

En una versión anterior de este capítulo Beatriz Rodríguez Vega consiguió fundir en un texto único lo que una y otro habíamos escrito sobre el tema. Aquel texto tenía la virtud de situar nuestra visión de las narrativas y de las relaciones de la psicoterapia con lo que llamamos *realidad*, en el contexto de un amplio movimiento que ha desarrollado ya un largo recorrido histórico y de reunir en él la práctica totalidad de las concepciones que conjuntamente hemos ido desarrollando al respecto. Tenía, sin embargo, para mí, un inconveniente. Personalmente no me encuentro cómodo aceptando que mi reflexión sobre la naturaleza de la psicoterapia, la realidad o la actividad científica forme parte del conjunto de ideas que constituyen lo que ha dado en llamarse *postmodernidad*. Tampoco creo que para sostenerlas haya que recurrir a las ideas de los pensadores llamados *postmodernos*, ni a la lectura que ellos hacen de lo acontecido en los últimos años en los campos de la actividad científica, la literatura o la política (que no comparto).

Me han interesado algunas de las enseñanzas que los psicoterapeutas constructivistas dicen haber extraído de los teóricos de la postmodernidad (de Lyotard a Gadamer, pasando Derrida y Rorty o Gergen, y, por supuesto, por ciertos textos de Foucault). Pero casi siempre que he intentado recu-

rrir a las fuentes me he encontrado decepcionado, obligado a comulgar con alguna que otra rueda de molino y exigido a realizar un esfuerzo que, a la larga, no me parecía ni rentable ni necesario. En algunos momentos me ha dado vergüenza confesar esto. Me ayudó a adoptar la postura que desarrollo en este capítulo que mi hermano Carlos me brindara el fragmento de la entrevista realizada a Noam Chomsky por Heinz Dieterich, que no me puedo resistir a transcribir a continuación.

- *¿Cuál es tu opinión sobre el postmodernismo?*
- *Creo que es parte de la manera en la que la comunidad intelectual realiza su trabajo de marginar y confundir a la gente. No quiero decir que no tenga ningún sentido, pero diría que algo como el 90% es una delusión total. Y esto es muy útil. Mantiene los puestos de trabajo de los intelectuales, etc. Para mí es realmente difícil comentarlo, porque la mayor parte ni siquiera lo entiendo. No creo ser más tonto que una persona normal, porque puedo entender otras cosas difíciles. Pero cuando miro estas cositas (stuff), se me saltan los ojos (my eyes glaze over). ¿De qué están hablando? Y cuando entiendo de qué están hablando –que sucede raras veces– entonces se trata de verdades evidentes (truism), por ejemplo: que no existen últimos principios del conocimiento –que ha sido obvio desde hace 300 años–; o es simplemente non sense, idioteces: por ejemplo, que no hay realidad sino sólo textos. Si hay otra cosa que idioteces y trivialidades yo no las he encontrado. Pero es muy útil. Intimida a la gente joven. Es bueno para hacer carrera y te permite tener una pose de ser más radical que los otros, mientras básicamente te sustraes de cualquier forma de lucha. Hay gente seria y buena involucrada en esto, pero como una opinión general, me parece que no es falso lo que te digo.*
- *¿Tú has escrito algo sobre esto?*
- *Sólo cuando me arrastran a ello. He estado bajo mucha presión de discutir estos tópicos porque han causado una gran histeria entre la izquierda. Participé alguna vez en un intercambio sobre racionalidad y postmodernismo. Pero procuro no perder mi tiempo en estas cosas.*

(Chomsky, N., Dieterich, H.; *Hablemos de terrorismo*. Pamplona: Txalaparta, 1998, pp. 137-138).

También podría aplicarse a esto lo que Claude Levy Strauss decía en otra entrevista sobre su amigo Jacques Lacan:

- *¿Y qué opina de sus trabajos?*
- *Primero habría que comprenderlos. Y siempre he tenido la impresión de que para sus fervientes admiradores, “comprender” no quería decir lo mismo que para mí. Yo habría necesitado 5 o 6 lecturas. A veces hablábamos de ello Merleau Ponty y yo. Y siempre llegábamos a la conclusión de que no teníamos tiempo.*
- *Sin embargo, Usted le ha citado.*
- *Una sola vez creo, y sólo por amistad.*

Levy Strauss, C.; *De près et de loin*. Paris Editions Odile Jacob 1988. (Trad cast: *De cerca y de lejos* Madrid: Alianza 1990, p. 104).

O, más claro:

- *En la antropología contemporánea han surgido otras corrientes y se habla ahora del deconstructivismo... ¿Qué piensa usted de las contribuciones de Derridá?*
- *No le comprendo. Su manera de escribir o de pensar me son extrañas.*
(Levy Strauss. Entrevista realizada en 1990 con El Mundo Magaña. La Jornada 17 de enero de 1992. México DC).

Mi incomodidad al respecto podía haberse resuelto eliminando algunas referencias o reformulando algunas frases del magnífico texto que Beatriz Rodríguez Vega había preparado originalmente para este capítulo. Pero, con ello, hubiéramos sustraído al lector o lectora algunas sugerencias que, aunque no lo hayan sido para mí, les podrían ser útiles a ellos (como se lo fueron a Beatriz Rodríguez Vega). Los dos autores de este libro hemos coincidido en la consideración de la óptica de las narrativas como un marco teórico desde el que dar cuenta de nuestra actividad psicoterapéutica. Un marco que nos ha permitido integrar ideas provenientes de diferentes teorías, explicar nuestras acciones y nuestras experiencias y hacer predicciones sobre sus efectos. En él hemos construido conjuntamente una concepción de la psicoterapia. Pero la óptica de las narrativas es, para nosotros, un punto de confluencia al que hemos llegado desde puntos de partida distintos y a través de recorridos diferentes. No es tan sorprendente, porque en este punto de confluencia nos hemos encontrado también con otros muchos autores que han realizado muy diferentes recorridos desde puntos muy distantes, como el psicoanálisis (Gill, 1982; Luborsky, Barber y Diguer, 1992; Schafer, 1976, 1983; Spence, 1982), la terapia cognitiva (Gonçalves, 1994; Guidano, 1991), la experiencial (Greenberg, Rice y Elliot, 1993) o la sistémica (Efran, 1990; Hoffman, 1987, 1990, Linares, 1996; McNamee y Jergen, 1992; Sluzski, 1992; White y Epton, 1990), y con otros terapeutas integradores a quienes también ha servido como metateoría capaz de integrar aportes provenientes de diversas teorías (Gold, 1996; Omer y Alon, 1997). Y lo han hecho con planteamientos epistemológicos y filosóficos también muy diversos.

Finalmente hemos optado por una solución que nos parece acorde con el contenido de la exposición: contar ambas trayectorias. Y esto, no sólo por considerar que cualquiera de los recorridos puede aportar sugerencias útiles a cada lector (o a diferentes lectores) sino, sobre todo, porque nos sirve para ilustrar la idea de que lo que precisamos son constructos eficaces para guiar nuestra práctica como terapeutas y no verdades absolutas que resulten de demostraciones indiscutibles.

Hablaremos en este capítulo de las narrativas, pues como en las *Mil y Una Noches* (¿cómo mejor?), donde cada uno de los peregrinos que coinciden en

una encrucijada de caminos, cuenta a los otros el viaje que le llevó, por mil vericuetos, a convertirse en parte de la aventura que van a compartir entre todos, construyendo una historia preñada de historias que es una historia nueva, pero no una única historia.

Ni realismo ingenuo ni pensamiento postmoderno

Estoy convencido de que el realismo ingenuo constituye un obstáculo para la reflexión sobre casi cualquier práctica en la que pueda embarcarse el ser humano. En realidad rara vez en la historia del pensamiento ha sido defendida seriamente la idea de que existe una realidad exterior a la que podemos acceder directamente a través de nuestros sentidos o sus prolongaciones (entre las que se podría contar la actividad científica) en una suerte de *conocimiento verdadero*, definitivo. La *teoría del conocimiento*, desde los griegos hasta la fecha, ha consistido precisamente en explicar que esto no es así. Y ha consistido, también en buena medida, en explicar cómo el sujeto que conoce y la actividad misma de conocer están implicadas en el conocimiento. Por citar un autor que no suele ser considerado postmoderno y que tiene una influencia importante en mi modo de ver el mundo, Karl Marx en la primera de sus *Tesis sobre Feuerbach* (1845) dice que:

... El fallo fundamental de todo el materialismo precedente –incluido el de Feuerbach– reside en que sólo concibe las cosas, la realidad, lo sensible, bajo la forma del objeto o de la intuición, y no como actividad humana concreta, como práctica, no de un modo subjetivo (...)

Karl Marx, como decía, no suele ser considerado un pensador *postmoderno*. Más bien representa, para buena parte de los que se reclaman de este título, la quintaesencia de los buscadores de grandes sistemas de pensamiento y de los teóricos que pudiéramos llamar *epistemológicamente duros*. Probablemente el materialismo (histórico) del que Marx se reclama en la cita, scandalizaría a muchos de esos autores. Y sin embargo, en la cita, Marx critica a ese *materialismo precedente* (al suyo) al que achaca la ingenuidad de *concebir las cosas, la realidad, lo sensible* como un *objeto* (algo que está ahí afuera esperando que nos acerquemos), o como algo que sería *intuible*. Lo que Marx reclama en la tesis es una concepción de *las cosas*, de *la realidad*, de *lo sensible*, como *actividad humana concreta*, como *práctica*. Aboga, explícitamente, por una concepción *subjetiva* de *las cosas*, de *la realidad*, de *lo sensible*. Propone, en definitiva, una teoría en la que el mundo sólo puede ser concebido en términos de la actividad humana en la que se produce dicha concepción.

El pensamiento de Marx es un pensamiento que tiene en común con el que necesitaríamos como psicoterapeutas el hecho de pretender servir para

guiar una práctica. En la segunda Tesis sobre Feuerbach, Marx establece, además, que es la práctica (la actividad humana) lo que, en último término, puede argüirse como criterio de verdad:

*El problema de si puede atribuirse al pensamiento humano una verdad objetiva no es un problema teórico, sino un problema **práctico**. Es en la práctica donde el hombre debe demostrar la verdad, es decir la realidad y el poder, la terrenalidad de su pensamiento. La disputa en torno a la realidad o irrealidad del pensamiento –aislado de la práctica– es un problema puramente **escolástico**.*

Lo que me parece que, hoy, está operando como un auténtico obstáculo epistemológico en los intentos de reflexionar sobre la psicoterapia no es ya el realismo ingenuo que, efectivamente, podía rastrearse en algunas teorías psicológicas que nacieron muy impregnadas de positivismo (y que, hoy, generalmente, han evolucionado). Lo que sigue operando aún como un obstáculo es el intento de aplicar mecánicamente a la práctica de la psicoterapia las teorías y los principios que los filósofos de la ciencia han propuesto para pensar la actividad científica. Y muy especialmente el uso que, como consecuencia de tal aplicación, se hace del concepto de **verdad**. Los autores favoritos de la postmodernidad se han esmerado en la crítica al realismo ingenuo. Pero a la vez, aunque ellos repudian ese uso del concepto de verdad, son responsables de esa aplicación abusiva de los principios y leyes de la actividad científica a la tecnología en general y a la medicina, la psiquiatría y la psicoterapia en particular.

Ciencia y tecnología

La psicoterapia no es una ciencia. Pero no es que no sea aún una ciencia, o que sea una ciencia joven o en estadio aún preparadigmático, porque le falte aún algo para alcanzar tal grado de perfección. La psicoterapia no es una ciencia porque el objeto de la ciencia es producir conocimiento y el de la psicoterapia (como el de la psiquiatría, el de la medicina o el de la arquitectura) no. El objeto de la psicoterapia es producir un bien valorado socialmente: la salud mental. Del mismo modo que el objeto de la medicina es producir salud y el de la arquitectura producir edificios. La psicoterapia, la medicina y la arquitectura no son ciencias, son tecnologías porque su objeto es producir bienes, no generar conocimiento. Por eso el criterio para evaluar la psicoterapia es un criterio de utilidad, no un criterio de verdad. Consecuentemente la aplicación a la psicoterapia de los principios de la filosofía de la ciencia (sean descriptivos como los de la periodización –periodos preparadigmático, de ciencia normal y revolución científica– de Kuhn o normativos como los de Popper –el

de falsación de hipótesis, por ejemplo) no puede tener más entidad que la de la metáfora. No todas las actividades humanas encaminadas a producir bienes socialmente valorados tienen la misma naturaleza que la tecnología. El cuadro 1 expone algunas características de distintas actividades humanas que se organizan según principios diferentes y que conviene no confundir. En el se distingue a los profesionales que practican diversas tecnologías (psicoterapia, arquitectura ingeniería), que han desarrollado procedimientos de formación y acreditación específicos para ello y que intentan explicar y transformar su práctica a la luz de los conocimientos científicos, de las de otros agentes sociales que también persiguen la producción de bienes pero guían su actividad por la tradición o justifican el acceso a su condición a través de argumentos mágicos.

Pensamiento crítico

Sin embargo el único motivo para traer a Marx a un texto sobre epistemología no es su consideración del carácter subjetivo de la realidad, ni el papel otorgado a la actividad humana en la generación del conocimiento. Si algo caracterizó a Marx (como a Freud o a Nietzsche) como pensador fue su negativa a aceptar que la versión de las cosas que se nos ofrece como evidente, agota la naturaleza de las cosas. Marx (como Freud o Nietzsche) nos invita a pensar las cosas. Y para pensarlas Marx enmarcó las cosas que pensó (la sociedad que le tocó vivir) en una historia que las convertía en algo sobre lo que los hombres podían actuar. Marx, Freud o Nietzsche son exponentes de lo que podríamos llamar un pensamiento crítico que consideramos debe estar en la base de cualquier reflexión que pretenda guiar una práctica humana (como la psicoterapia). El pensamiento crítico lo es porque cuestiona lo que se presenta como evidente.

Aunque el conocimiento no sea el objetivo de la psicoterapia, la acción de conocer es de importancia para los psicoterapeutas. Por un lado porque necesitamos conocer cosas (sobre los trastornos, sobre nuestros pacientes, sobre nuestros instrumentos de intervención) para poder hacer nuestro trabajo. Por otro porque el conocimiento en sí es (para nuestros pacientes) un instrumento de cambio de primera magnitud. Por eso nos interesa reflexionar sobre el acto de conocer.

Un error que cometemos frecuentemente a la hora de reflexionar sobre nuestra actividad teórica consistente en imaginar que el conocimiento que ha de resultar de esta actividad viene a instalarse sobre un terreno virgen en el que antes reinaba la ignorancia. El avance del conocimiento o del saber (signifique lo que signifique eso) se produciría según esa visión haciendo retroceder el desconocimiento o no-saber. En la peor de las versiones de este mito, además, un

Cuadro 1: **Ciencia y otras disciplinas**

DISCIPLINA	OBJETO	FUNDAMENTO	PRACTICANTES	CRITERIO
CIENCIA (física, matemáticas, biología...)	producir conocimiento	razón, observación, evidencia experimental	Formados y reconocidos por la comunidad científica (universidad, publicaciones)	verdad
TECNOLOGÍA (arquitectura, medicina, psicoterapias...)	producir un bien social	- eficacia probada en la resolución de problemas conocidos - metodología para planteamiento y puesta a prueba de soluciones nuevas - contrastación con el conocimiento científico relacionado	capacitados a través de una formación científica y técnica (universidad, asociaciones profesionales)	eficacia, eficiencia, efectividad
TÉCNICA (fontanería, mecánica...)	producir un bien social	- eficacia probada en la resolución de problemas conocidos	capacitados a través de un sistema de formación profesional	eficacia, eficiencia, efectividad
ARTESANÍA (alfarería, cocina...)	producir un bien social	- reproducción de una solución tradicionalmente considerada idónea	entrenado en dicha tradición	corrección
PRÁCTICAS ESOTÉRICAS (astrología, videncia...)	producir un bien social	- aceptación de una doctrina compartida con el cliente	con características innatas o adquiridas a través de ritos de iniciación	confianza

conocimiento nuevo vendría a sumarse a lo ya conocido añadiéndole por aposición un nuevo palmo de terreno conquistado a lo desconocido.

La idea ingenua de la “comunidad científica” en la que cada meritorio informa su dato, en inglés, conforme a unas normas preestablecidas que permiten precisamente sumarlo sin problemas a los ya previamente acumulados, con la sensación de estar participando en la tarea común e impersonal de la ciencia, tiene mucho que ver con este mito.

Pero el conocimiento, la mayor parte de las veces (o, al menos, las veces en las que es verdaderamente relevante), no avanza contra la ignorancia, sino contra el prejuicio. La idea –útil para resolver ciertos problemas de los navegantes– de que la Tierra es esférica, no se impuso iluminando la ignorancia de la generalidad de los hombres de un momento histórico dado sobre la forma de la tierra. Se opuso –y se impuso porque rebatió (o criticó)– a la idea (la evidencia) de que la tierra era plana. Y no se “añadió” a lo que ya se sabía sobre geografía o sobre el movimiento de los astros: lo modificó y modificó la relación de los hombres con los objetos de esas disciplinas. Los psicoterapeutas deberíamos tomar nota de esto por partida doble. Primero porque, nuestras reflexiones –al menos cuando se trabaja dentro de cada una de las escuelas (quizás la escuela sea precisamente eso: la salvaguarda del prejuicio)– se han organizado como si el conocimiento pudiera crecer por aposición (no deja de ser chocante que miles de psicoterapeutas de diversas escuelas hayan practicado tranquilamente su profesión o se hayan despedazado acusándose de herejías diversas sin haberse sentido en cambio impelidos a demostrar la eficacia de su terapia). Pero también, y sobre todo, porque en la medida en que cobrar conocimiento de algo pueda constituirse en factor terapéutico (y por tanto el procurarlo en objetivo de la terapia) nos interesa especialmente saber como se produce ese hecho (por ejemplo: lo importante puede no ser que el terapeuta designe significados nuevos, sino que ayude al paciente a que remueva los obstáculos epistemológicos que impiden que tales significados se configuren a sus ojos).

Narrativas

La definición de psicoterapia que hemos desarrollado (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, Mas Hesse, 1997) en el capítulo anterior es –como corresponde a una definición acordada en un grupo de consenso– una definición descriptiva. Describe la naturaleza [un intercambio de comunicación], los componentes [el/los terapeuta/s y un/os paciente/s], los objetivos [mejorar la salud mental/aliviar un problema de salud men-

tal] y los requerimientos [el paciente se otorga algún papel en el origen, el mantenimiento o la posibilidad de resolución del problema].

Este tipo de definiciones nos permite determinar si una práctica dada puede incluirse o no en el ámbito de las que estamos estudiando. Nuestra definición incluye claramente prácticas como el psicoanálisis de Freud la psicoterapia dinámica breve de Malan, Sifneos, Mann, Davanloo, Luborsky o Strupp y Binder, las terapias cognitivas de Beck. Ellis o Michelbaum, la modificación de conducta de Skinner, Wolpe, Bandura o Cantor, la terapia familiar sistémica de Watzlawick, Haley, Minuchin, Selvini, Cecicini o Cancrini, la terapia existencial de Binswanger o Yalom, las terapias eclécticas de Lazarus o Beutler o las integradoras de Wachtel, Ryle, Horowitz, Prochaska, Frank o Beitman. Excluye –en cambio– la práctica de la meditación, los buenos consejos dados por un amigo, o la relación entre el maestro y el discípulo

Los psicoterapeutas que sostienen la postura de lo que se conoce como eclecticismo técnico, o los ideólogos de lo que se ha dado en llamar tratamientos empíricamente validados, creen que una definición así representa el máximo honradamente alcanzable con nuestro actual estado de conocimiento, que el único criterio para legitimar una práctica como psicoterapia es la eficacia en el logro de estos objetivos (la resolución de los problemas de salud mental del paciente). Creen que no estamos en condiciones de sustentar seriamente una teoría, como la que pretenden los partidarios de la integración teórica, capaz de explicar a la vez por qué son igualmente eficaces intervenciones basadas en concepciones diferentes del ser humano, la salud mental y los modos de influir sobre ella (como son por ejemplo la interpretación genética de la transferencia, por un lado, y la extinción por otro). Creen, en definitiva, que la teoría que tratan de explicar el efecto de todas las prácticas consideradas psicoterapéuticas por lo que tienen en común, más que por lo que la diferencia, como proponen los teóricos de los factores comunes, son necesariamente superficiales.

Sin embargo, si queremos hacer algo más que generar criterios para elegir entre formas de intervención diseñadas desde concepciones teóricas incapaces de dar cuenta de todo el campo de las psicoterapias, necesitamos algo más que una definición descriptiva.

Necesitamos una definición que incluya una hipótesis sobre por qué una interacción de esa naturaleza, entre los componentes señalados, que cumpla los requisitos expuestos puede lograr los objetivos propuestos.

Para ello recurriremos al concepto de narrativa. La narrativa es un género literario que tiene como objeto producir emociones en el lector mediante el desarrollo de una trama (una relación de sucesos significativos) que evoca un mundo, en el que participan unos personajes, definidos por esa misma trama.

El objetivo de la narrativa no es relatar unos hechos (ese es, en todo caso el objeto de la historiografía o del informe) sino evocar un mundo para producir unas emociones. Por eso juzgamos la obra narrativa en término de emociones. Calificamos una novela de aburrida, emocionante o angustiosa. No de incompleta o poco precisa (como haríamos con un informe o un estudio historiográfico).

La elección de las narrativas como marco desde el que abordar el tema de la psicoterapia en particular y el de los trastornos mentales en general no es arbitraria. Responde a una concepción de tal actividad y de tales trastornos que tiene que ver con una concepción general del ser humano. Y, por cierto, con una concepción que no se presenta como alternativa a una concepción biológica, sino, al revés, como resultado de una preocupación sobre la naturaleza del organismo y, por tanto, de la acción y experiencia de ese animal particular que es el hombre. Lo que ocurre es que nos hemos acostumbrado a llamar abusivamente biología al estudio bioquímico de las sustancias de deshecho de los seres vivos y no a una disciplina que intente dar cuenta de la naturaleza de estos.

Una de las teorías (Cordón, 1979, 1981) sobre el origen del lenguaje (y del hombre) nos retrotrae a la existencia de una manada de monos que, se ve obligada a abandonar la vida segura en los árboles para buscar alimentos en el suelo de la sabana. La alta hierba que cubre este suelo condiciona dos fenómenos: En primer lugar la postura erguida procurando elevar la vista por encima de la hierba. De este modo los miembros de la horda podrían, por un lado, mantener contacto visual y, así, preservar la cohesión del grupo necesaria para la supervivencia de un animal gregario. Además esto les permitirá avistar la posible aproximación de algún depredador. Tendrá además un tercer efecto: liberar las extremidades anteriores (ahora superiores) de sus funciones en la deambulación y permitir su utilización en el manejo de útiles para la recolección (y, más tarde, en la preparación) de alimentos.

Los dos primeros de estos objetivos (mantener el contacto entre los integrantes de la horda y alertar de la presencia de peligros u otros acontecimientos importantes) serán abordados, a la vez, por un segundo mecanismo. El grupo, a diferencia de los de sus antecesores arbóreos, deberá moverse silenciosamente para no atraer la atención de posibles depredadores que, aquí en el suelo, podrían alcanzarlos. La emisión ocasional de sonidos significativos a través del aparato fonador de los integrantes del grupo permitirá también alertar a cada individuo ante posibles alejamientos del grupo cuando la vegetación impida el contacto visual o cuando la vista haya de ser empleada en la búsqueda de alimentos, y se convertirá en un instrumento clave para conseguir la cohesión grupal. La posibilidad de emitir sonidos dife-

renciables permitirá que éstos se conviertan no solo en un instrumento de localización de los miembros del grupo, sino que, además informen a éste de la incidencia de acontecimientos relevantes. Un tipo de sonido alertará por ejemplo de que ha sido avistado un depredador u otro peligro, y otro de que ha sido descubierto una fuente importante de alimentos. Los sonidos se convierten, así en significantes de tales situaciones.

Estos sonidos evocan en los individuos del grupo las respuestas emocionales y comportamentales correspondientes a la percepción de un estímulo al que, en realidad no han accedido directamente.

La progresiva diferenciación de la gama de sonidos emitibles y reconocibles por la horda permite convertirlos en significantes por un lado de seres (león, fieras...) y por otro de procesos (correr, comer, caer, arder...). Seres y procesos podrían en lo sucesivo ser evocados y relacionados entre sí independientemente de que estén presentes o no en un momento dado.

Este proceso, que culminará, en el medio protegido que el manejo del fuego proporcionará al homínido, con el inicio del lenguaje propiamente dicho, tiene consecuencias importantes. En primer lugar la relación con el medio animal en el que se desenvuelve la vida de cada uno de los integrantes del grupo se va a dar inevitablemente, a partir de entonces, a través de un instrumento generado en la interacción entre los miembros del grupo –el lenguaje– que lo hace aprehensible –y manejable– en términos de seres y procesos. Al contacto con el ambiente no mediado por el lenguaje (no socializado por tanto) pertenecen las excepcionalísimas experiencias de lo innombrable (lo que algunos llaman lo real o lo siniestro) a los que se refieren escritos como los de Lovecraft, o lo que sufren los paciente psicóticos.

En segundo lugar esta necesidad de “completitud” del lenguaje obligará a articular algunas categorías de seres particulares como los que designan con los pronombres personales (yo, tú, él o ella...). La necesidad de reconocer un yo, origen de acción y experiencia, referible como un tú o un él e integrable en un nosotros, vosotros, o ellos, por el resto de los miembros del grupo, es decir, la constitución, como efecto del lenguaje, o sea, de un fenómeno social, de un sujeto propiamente humano, abrirá un mundo de posibilidades y de problemas. Buena parte de los fenómenos que atendemos en la clínica pueden entenderse como fracasos en este proceso de constitución o como delimitaciones ineficientes, por no compartidas con las del resto del grupo (como sucede por ejemplo con los que llamamos alteraciones de los límites del yo o con las atribuciones de intencionalidad que hacen sobre otros algunos pacientes delirantes).

El lenguaje se convierte en un instrumento de cooperación que permite anticipar situaciones y hacer colectivamente proyectos que permiten un

dominio y una capacidad hasta entonces desconocida de transformar el medio, (que no por ese motivo deja de ser un medio animal sobre el que un organismo animal, que surge de, y guía, la acción concertada de organismos celulares, actúa para procurarse alimento mediante movimientos mecánicos: el habla se produce mediante el movimiento de un conjunto de músculos y se percibe por la acción mecánica de una vibración sobre unos órganos de los sentidos).

Lo que de esto es relevante para lo que aquí estamos tratando es que el ser humano, desde que lo es, accede a su realidad a través del lenguaje. De algún modo la vive contándose; haciendo, decimos, que las cosas cobren sentido para él o ella). El desarrollo de este proceso a nivel ontológico ha sido estudiado por autores como Vigostky e intuitivamente utilizado en psicoterapia por psicólogos como Meichenbaum. La realidad que vive el paciente es la que él mismo se cuenta sobre los elementos del medio con los que se relaciona. Por supuesto la historia resultante depende de cuales son estos elementos (no estamos proponiendo una óptica solipsista). Pero, al menos algunos de estos elementos, pueden ser, en función de esta historia (de esa narrativa), vívidos, por ejemplo, bien como amenazantes, bien como objeto de curiosidad o bien como estímulo para la acción, y pueden producir bien miedo, bien asco o bien solidaridad. Lo que llamamos “yo” y lo que consideramos los “otros” son también elementos de nuestro medio a los que nos acercamos a través de esas historias que nos contamos y que, de algún modo, somos.

Lo que llamamos trastornos mentales son narrativas que producen sufrimiento evitable (como sucede con lo que en su momento se llamaron trastornos neuróticos) o evocan mundos no compartibles con los del resto de los miembros de la comunidad y que impiden, por tanto las actividades de cooperación o enfrentan al sujeto con el resto de sus integrantes (como sucede con lo que llamamos trastornos psicóticos).

Quizás convenga aclarar aquí que esta naturaleza es lo que convierte en “mentales” a los “trastornos mentales”. Lo “mental” (lo “narrativo”) se refiere al escenario, no a la causa. La causa de un delirium puede ser una intoxicación, una privación de una sustancia o una infección. Y su tratamiento consisten en actuar sobre la causa o sobre los mecanismos por los que ésta actúa. Pero el delirium consiste en que el sujeto vive una historia no compartida. Tiene una naturaleza narrativa.

La psicoterapia es un procedimiento de intervención sobre estas narrativas “indeseables” que busca la generación de narrativas alternativas a través de un proceso de comunicación interpersonal.

Adoptar la óptica de las narrativas significa, por tanto, fundamentalmente, buscar los instrumentos para conceptualizar e intervenir sobre los trastornos

mentales, no en el terreno de las ciencias naturales forzando, en la extrapolación, conceptos y principios, sino en el de la actividad narrativa. Anteponer el interés por saber que es lo que convierte a una historia precisamente en esa historia y que es lo que puede convertirla en otra, al de averiguar cuál es la relación entre esa historia y alguna verdad a la que se suponga que esa historia debería remitirnos.

Interpretaciones y comentario

La psicoterapia ha sido frecuentemente entendida como una actividad hermenéutica. Para el psicoanálisis o la terapia existencial este carácter cae por su propio peso, ya que a lo que se supone la capacidad de curar es precisamente al desvelamiento del verdadero significado que se supone oculto tras el discurso aparente del paciente. Pero incluso para las formas de psicoterapia más alejadas de éstas (como la modificación de conducta o las terapias cognitivas) existe un punto de partida hermenéutico en la medida en la que se supone que lo que las funda es la posibilidad de entender –en términos de aprendizaje o de procesamiento de información– la verdadera naturaleza de los problemas que el paciente nos relata (problemas que, por tanto, de algún modo, son expresión, pero, a la vez, esconden tal verdadera naturaleza, como los textos sagrados expresaban críticamente los mensajes divinos).

Así, la estéril discusión a través de la que las diferentes escuelas psicoterapéuticas han aprendido a resaltar sus diferencias, ha versado frecuentemente sobre si lo que de verdad sucedía en el proceso psicoterapéuticos tenía que ver con la puesta en juego de afectos negados, el cuestionamiento de pensamientos irracionales o la exposición –por una u otra vía– a determinados estímulos. En último extremo lo que los diversos modelos psicoterapéuticos postulan es que detrás de la apariencia del síntoma se oculta una verdad de conflictos inconscientes, cogniciones erróneas o condicionamientos disfuncionales. La actividad del psicoterapeuta ha sido contemplada –se hayan o no utilizado estos términos– en el registro de la hermenéutica o la interpretación. El terapeuta puede actuar porque pone en relación el discurso aparente del paciente con otro, que se supone que produce sus efectos terapéuticos porque es verdadero. La pregunta que ha dado lugar a lo que se conoce como enigma del pájaro Dodo² en psicoterapia (la eficacia semejante de intervenciones basadas en teorías incompatibles) es como pueden o ser verdaderas a la vez

2. Personaje de *Alicia en el país de las maravillas* en cuya boca pone Lewis Carroll la frase “todos han ganado y cada cual tiene derecho a su premio” (Luborski, Singer y Luborski, 1975).

visiones contradictorias o ser eficaces sistemáticamente intervenciones basadas en asunciones falsas. Nuestra hipótesis es que las explicaciones propuestas ante un problema de salud mental por las diversas escuelas lo que proporcionan son nuevas versiones (nuevas narrativas) del problema, que son útiles no porque son verdad, sino porque son distintas.

Esta idea supone que la operación que se lleva a cabo en psicoterapia no es del orden de la interpretación (que pone en relación lo aparente con una verdad de la que lo aparente es signo) sino del orden del comentario (que lo que hace es abrir el abanico de significados sugeridos por un texto) (Lázaro Carreter y Correa Calderón, 1990; Barthes, 1970; Foucault, 1963).

Evidentemente no todo comentario vale. Hay buenos y malos comentarios. Pero los comentarios no son verdad o mentira sino útiles o no. Y su utilidad se mide en términos de su efecto sobre el destinatario (exactamente lo que ocurre con la psicoterapia).

La psicoterapia funciona cuando es capaz de hacer emerger de la historia que el paciente trae a consulta (una historia en la que la demanda de ayuda se organiza alrededor de un síntoma que cobra sentido en ella), a través del trabajo conjunto de terapeuta y paciente, un significado nuevo (uno de los posibles) que hace innecesario el síntoma.

En este planteamiento lo que el terapeuta busca no es conocer algo que está dado (que sería una labor muy parecida a la del científico), sino construir conjuntamente con el paciente una nueva versión de la historia que ha dado sentido al síntoma por el que el paciente consulta (precisamente una versión que no haga necesario el síntoma).

La operación básica en psicoterapia no es el desvelar algo que existe por sí mismo fuera del ojo del observador, sino cocrear entre paciente y terapeuta un significado o, mejor, abrir un abanico de significados nuevos.

La nueva historia resultante del trabajo de cocreación llevado a cabo por terapeuta y paciente, habrá de ser lo suficientemente próxima a la antigua como para ser aceptable por el paciente o familia y lo suficientemente alejada de ella como para hacer innecesario el síntoma o enfrentable el problema que motiva la consulta. Habrá de integrar la cantidad de elementos del mundo del paciente suficientes para permitir prever, plantear y resolver los problemas que van a suscitar las exigencias previsibles del mundo sin ser cuestionada. Habrá de ser, además, creíble por el paciente y por el terapeuta y compatible con los valores prevalentes en el entorno en que el paciente va a convivir. Una versión así no puede ser preparada por el terapeuta para ser pasivamente asumida por el paciente. La tarea del terapeuta no es elaborar una nueva versión del problema sino cuestionar la consistencia de la versión inicialmente planteada por el paciente y ayudarle a explorar posibles significados alternativos de los elementos que la integran. El cuadro 2 resume estas condiciones.

Cuadro 2: **condiciones de una narrativa alternativa válida**

Ha de ser

- * Lo suficientemente **diferente** de la propuesta por el paciente para hacer innecesario el síntoma
- * Lo suficientemente **semejante** a la original para ser creíble y aceptable por el paciente
- * Integrar la cantidad de **elementos del mundo del paciente suficientes** para permitir prever, plantear y resolver los problemas que van a suscitar las exigencias previsibles de este mundo sin ser cuestionada
- * **Creíble** por el paciente y por el terapeuta
- * **Compatible** con los valores prevalentes en el entorno en que el paciente va a convivir

No puede ser preparada por el terapeuta para ser pasivamente aceptada por el paciente

La tarea del terapeuta no es elaborar una versión del problema sino cuestionar la consistencia de la versión inicialmente planteada por el paciente y ayudarle a explorar posibles significados alternativos de los elementos que la integran.

Aceptar esta idea supone revisar los fundamentos de nuestra teoría y nuestra práctica, abriendo la posibilidad de considerar que lo que cada una de las escuelas de psicoterapia ofrece es un molde concreto sobre el que construir comentarios al discurso del paciente (remitiéndolo a esquemas cognitivos, historias familiares o procesos de adquisición de hábitos). Supone reorientar, por ejemplo, las lecturas y los procedimientos de adquisición de habilidades para las personas que tratan de acceder a la condición de psicoterapeutas que pasarían de este modo a deber más a disciplinas más literarias a las que los psicoterapeutas del pasado hubieron de acceder como por casualidad. Supone abrir nuevos procedimientos de evaluación de nuestra actividad, menos restringidos a los modelos concretos de comentario que ofrecen cada una de las escuelas de psicoterapia y establecer la posibilidad de una metodología común de evaluación de psicoterapias de diferentes escuelas.

Además, esta óptica nos abre la posibilidad de ser creativos y de explorar la posibilidad de introducir conceptos e instrumentos inusuales en la práctica de la psicoterapia. así lo han hecho, por ejemplo Omer y Alon (1997) o White y Epson (1990). Nos ofrece también un marco de referencia teórico capaz de explicar cómo actúan las intervenciones basadas en las diferentes escuelas teóricas y de ordenar su utilización con nuestros pacientes. Un marco, en definitiva, para la integración.

El movimiento hacia la integración en psicoterapia

Breve historia de las ideas

En 1995 se cumplieron 100 años desde que Breuer y Freud publicaron su trabajo seminal de Estudios sobre la Histeria, con el que se inauguró la era moderna del tratamiento psicoterapéutico (Bucley, 1995).

Cien años después, el panorama en el campo de la psicoterapia se ha hecho tan complejo que se ha llegado a comparar con el de una torre de Babel, donde conviven, más de 400 tipos diferentes de abordajes psicoterapéuticos. La situación se complica aún más, si hacemos caso de que cada aproximación psicoterapéutica reclama para sí, poseer las respuestas a los interrogantes sobre las causas de los trastornos mentales, los mecanismos de producción de síntomas, las teorías acerca de cómo se produce el cambio y un conjunto de técnicas encaminadas a conseguirlo.

En 1952 Eysenk (Eysenk, 1952) publicó su conocido e influyente trabajo en el que ponía de manifiesto que los efectos de la psicoterapia no eran superiores al no tratamiento. Aunque su trabajo fue posteriormente rebatido y argumentadas sus deficiencias metodológicas, lo que sí produjo fue un interés, hasta entonces desconocido en el campo de la psicoterapia, por la investigación de resultados. Los representantes más destacados de las distintas escuelas psicoterapéuticas se empeñaron en estudios, de diseño cada vez más complejo, que pusieran de manifiesto las ventajas de su tipo de tratamiento sobre las condiciones consideradas placebo o sobre otro tipo de tratamientos. A lo largo de todos estos años, se han publicado importantes estudios empíricos, que han tenido una gran influencia en el diseño de distintos trata-

mientos (como los del Instituto Nacional de la Salud Mental Americano: Elkin 1996), pero lo que no se ha conseguido demostrar es que una psicoterapia sea superior a otra en todos los casos. Luborsky (1975) describió esta situación como “el enigma del pájaro Dodo”, tomando la cita de Frank del cuento de *Alicia en el país de las Maravillas*. Parafraseando al pájaro Dodo, personaje del relato de Lewis Carrol, dice: “todos han ganado y todos van a recibir un premio”. Dodo, el pájaro del cuento, sostiene que todos han ganado porque todos tienen distintas líneas de salida, cada uno tiene su propia trayectoria y su propia línea de llegada.

En la búsqueda de una verdad única, el conocimiento en el campo de la psicoterapia ha avanzado entre una profusión de teorías distintas que recuerdan el cuento de los...

*... seis hombres de Indostán
De gran erudición
Que aunque eran todos ciegos
Al Elefante a ver fueron
Para dar a su mente sosiego
Gracias a la observación*

Bowen utiliza esa metáfora para referirse al estudio de la Esquizofrenia, pero en nuestra opinión es igualmente aplicable al campo de la psicoterapia. En palabras de Bowen, el ciego que percibió el elefante como una pared no estuvo más acertado que el que lo percibió como un árbol o que aquel otro que lo percibió como un abanico. Quizá hubieran actuado de forma más inteligente si hubieran puesto en común toda la información en vez de discutir por conceptos parciales (Bowen, 1960). Los prejuicios entre las distintas disciplinas, así como la actitud de reclamar para sí la posesión de una verdad global están en la base de esa dificultad.

Con el cambio de actitud que en las últimas dos décadas se ha ido imponiendo, la psicoterapia camina, como otras disciplinas, por una época menos cargada de dogmatismo, lo que permite un mayor respeto entre escuelas.

Estas condiciones han permitido, cuanto menos, la escucha entre unos grupos y otros. Mientras que, al mismo tiempo, surgían autores que intentaban llegar al límite de las explicaciones aportadas por su propia teoría para poner a prueba otras narrativas y desafiarlas llevándolas a sus extremos de inconsistencia, de forma que surgiera una narrativa nueva: una capaz de integrar lo que de común había en la práctica de cada una de ellas.

La siguiente alegoría creada por Higlen y Hill (citado en Dufour, 1993) sirve para ilustrar el movimiento de la integración dentro del campo de la psicoterapia, y la aceptación de que no todos los problemas tienen una respuesta única. De modo literal, la transcribe Dufour de la siguiente forma:

“En una lejana isla, un grupo de jóvenes aprendices que tratan de encontrar una explicación tanto teórica como práctica para la existencia humana, va a consultar a los sabios. El primer sabio les propone una filosofía de la vida que tiene como base el color azul. Con gran convicción les hacen ver que el azul es el color más importante del arco iris.

Un segundo sabio, totalmente vestido de rojo, les presentan una filosofía completamente diferente. Les alaba las virtudes del color rojo, que según él es el color más importante para el bienestar de la persona.

Al contrario que sus colegas anteriores, un tercero pondera los méritos del amarillo. Les habla de la paz, la tranquilidad y el confort que dicho color estimula. Escoger el color amarillo, según él, es lograr la paz interior.

Seguidamente los jóvenes alumnos asisten a la presentación de ciertas filosofías basadas en la combinación de dos de los colores básicos. Una vez más, cada uno de los diferentes enfoques pretende ser el más eficaz para y llegar a comprender la existencia humana.

Después de escuchar todos estos discursos, la mayoría de los jóvenes se hallan confusos y desorientados. ¿Qué color deben elegir y según qué criterios?

Tras varios días de reflexión son convocados, a una reunión final, en la que cada uno de ellos deberá decidir cual es la orientación que desea. Para su gran sorpresa, son recibidos por el gran gurú de la isla, quien les expone los resultados obtenidos por las diferentes teorías: combinación de colores 58%; azul 20%; amarillo 13%; rojo 9%.

El gran gurú les propone seguidamente realizar un experimento. Sitúa los colores del arco iris sobre una rueda que seguidamente hace girar. A medida que va aumentando la velocidad de la rueda surge, para gran sorpresa de los estudiantes, el color blanco. Desde entonces, todas las discusiones se centraron en la naturaleza y la composición de ese nuevo fenómeno”.

La perspectiva del constructivismo y las narrativas puede, en nuestra opinión, dar cuenta de esas distintas voces, sin que perdamos de vista que se trata de una nueva metáfora para explicar nuestra experiencia, como anteriormente sirvieron las metáforas del inconsciente, de la conducta, de la familia, la comunicación, etc. Utilizar una u otra supone destapar y sacar a la luz algunos aspectos, mientras se oscurecen o se cubren otros.

Pero, como señaló Dilthey, “todas las verdades tienen su historia”. Es decir, la integración, a través de las ideas del constructivismo y las narrativas, también corre el riesgo de ser considerada como un nuevo modelo de verdad al que hay que defender frente a los ya existentes defensores de una verdad equivocada. Durante todo el discurso de este libro y, lo que es más importante, durante nuestra práctica psicoterapéutica, pretendemos mantener la idea de que el constructivismo y las narrativas no son más que nuevas metáforas, que, como todas las anteriores, son fruto de su contexto cultural.

En un reciente e interesante artículo, Botella y Figueras señalan que, tradicionalmente, la historia de la psicoterapia se presenta siguiendo un orden cronológico. Se revisan desde los tiempos “precientíficos”, las primeras propuestas de explicación desde las propuestas pre-psicoanalíticas iniciales hasta nuestros días, intentando analizar en cada una de ellas sus características fundamentales. Como señala Botella (1995), esta forma de hacer tiene sus raíces

en la influencia que las llamadas “ciencias duras” han tenido sobre el campo de la psicoterapia, fomentando la idea de que se trata de verdades fundamentales e inmutables, basadas en la “naturaleza” y por tanto susceptibles de ser “descubiertas” porque estaban ahí, para ser descubiertas. De este modo se aisló a la psicoterapia de su contexto cultural,

En este capítulo no pretendemos hacer un recuento exhaustivo de autores y hechos en la historia de la psicoterapia. El lector interesado en revisar tratados exhaustivos sobre historia de la psicoterapia o buenas revisiones del tema puede encontrarlos en las obras de Ellenberger (1970) o más recientemente de Freedheim (1992), o también en la excelente revisión de Feixas y Miró (1993).

Lo que perseguimos en este capítulo es dibujar el marco global en el que los movimientos integradores tienen lugar. Para conseguir este objetivo, la historia de la psicoterapia no puede reducirse a un mero recuento de personas y modelos de pensamiento, como si éstos surgieran en el vacío con independencia del marco geográfico, cultural y temporal en el que tuvieron lugar. La psicoterapia es un proceso íntimamente ligado a la cultura y, por tanto, dependiente de un contexto determinado. Los distintos modelos psicoterapéuticos y las ideas que éstos defienden surgen, pues, como herederos de su tiempo y en una cultura determinada. Pensemos, por ejemplo, en el reciente y creciente interés por las formas breves y manualizadas de terapia que, sin duda, guarda relación con los cambios en el sistema sanitario o con la necesidad de la sociedad norteamericana de operativizar resultados bajo la presión de las compañías de seguros.

Por ejemplo, pretendiendo una comprensión de la historia de la psicoterapia a la luz de las corrientes fundamentales de pensamiento de cada época, Gergen (1992) distingue:

1. Los modelos que reflejan una visión romántica de la persona y la existencia, en los que está presente la idea de la persona como encaminada a conseguir una finalidad existencial. Los ejemplos clásicos son el psicoanálisis y las terapias humanistas.
2. En segundo lugar distingue los modelos modernistas o racionalistas que suponen un cambio radical (conductismo y cognitivo-racionalistas). El interés se desplazó de lo trascendente y existencial a lo observable, contrastable y empíricamente verificable. Por esta vía se llega a negar a los procesos psicológicos superiores la posibilidad de convertirse en objeto de trabajo, por ser inobservables. Buena parte de los psicólogos implicados en este intento de proporcionar a su disciplina una base científica, llegaron a hacer suya la reflexión de William James “cuando la psicología descartó la mente, perdió la cabeza” (citado en

Botella, 1995). El enfoque cognitivo-conductual fue un intento de recuperar el funcionamiento de la “caja negra”.

3. En la última época, lo que se ha producido es la difusión de las llamadas “visiones posmodernas del self” (Gergen, 1992), que se corresponden, como señala Botella (1995), con las terapias sistémicas, constructivistas y en nuestra opinión son una de las fuentes del creciente interés por la integración.

En esta última óptica, se abandona la búsqueda de una verdad absoluta fuera del observador, para incidir en el terreno común entre terapeuta y cliente en el que se co- construyen los discursos terapéuticos. Como ocurre en los movimientos integradores el interés se desplaza de la psicopatología del paciente, a la que correspondía una respuesta terapéutica desde las distintas escuelas, al encaje entre la propuesta del paciente y la del terapeuta: ¿qué terapia, para quien y en qué momento? Todo ello en un momento en el que se da un acuerdo creciente entorno a la idea de que solo podemos acceder a una de las realidades “inventables”, que dependen de la óptica del sujeto que cree descubrirlas.

Historia del movimiento hacia la integración

El movimiento, o mejor los movimientos hacia la integración de las psicoterapias han experimentado un dramático crecimiento en los últimos veinte años. Aunque las tendencias hacia la integración manifestadas por diversos autores en el campo de la psicoterapia, se pueden seguir a lo largo de la historia, no es hasta la década de los ochenta cuando se formaliza un movimiento integrador bien delimitado como área de interés y apoyado por un conocido grupo de profesionales. De aquí surge la fundación de organizaciones psicoterapéuticas interdisciplinarias dedicadas a la integración, como es la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) y la publicación de revistas de difusión internacional, como es el Journal of Psychotherapy Integration, publicado por la SEPI.

Como señalan Norcross y Arkowitz, la integración surge en estos años como una respuesta a algunos interrogantes planteados en el campo de la psicoterapia. Estos autores señalan (Norcross y Arkowitz, 1992):

- No hay datos que avalen la existencia de resultados diferenciales entre distintos abordajes psicoterapéuticos. No es posible concluir que ninguna psicoterapia de las empíricamente validadas, tenga resultados superiores a otras.

- Ninguno de los abordajes conocidos es adecuado para todos los pacientes o todas las situaciones.
- Proliferación del número de terapias específicas y de variaciones dentro de cada una de las orientaciones principales.
- Tendencia hacia las descripciones más específicas y operativas de la práctica de la psicoterapia.
- Aumento del interés por las formas breves de psicoterapia.
- Tendencia hacia una mayor interacción entre los profesionales de diferentes orientaciones terapéuticas en equipos especializados para el tratamiento de trastornos específicos.
- La influencia de las exigencias socioeconómicas.
- El desarrollo de una red profesional, como señalábamos antes, que es a la vez, consecuencia y causa del interés por la psicoterapia de integración.

Pero como señalábamos antes, aunque los movimientos integradores tienen una tradición larga, no fue hasta los últimos años de la década de los 70, cuando la integración cristalizó en un movimiento fuerte y coherente dentro de la escena psicoterapéutica. A principios de los ochenta fue cuando el movimiento integrador creció más intensamente, muchas veces a costa de grupos que pensaban aisladamente sin conciencia de pertenencia al movimiento que estaba emergiendo desde diferentes centros.

La integración se caracteriza por la insatisfacción con una única escuela y un deseo de mirar más allá de los límites entre las escuelas y aprender de otras formas de entender la psicoterapia y el cambio. Se caracteriza, pues, por la apertura hacia formas diversas de integrar teoría y técnica. Va más allá de la adscripción a una única escuela

Arkowitz identifica tres direcciones principales que caracterizan el campo de la psicoterapia de integración (1992, 1997):

1. El eclecticismo técnico. Busca mejorar nuestra capacidad para seleccionar el mejor tratamiento para cada paciente y cada problema. Se basa en el conocimiento acumulado sobre los resultados de técnicas ya ensayadas por terapeutas de diferentes escuelas. Su punto de partida es que tales técnicas pueden ser aplicadas por terapeutas que no compartan los puntos de vista teóricos desde los que se concibieron originalmente. Los eclécticos creen que, sin embargo, por el momento no es posible disponer de una teoría que de cuenta de por qué pueden ser útiles, a la vez, intervenciones basadas en planteamientos epistemológicos que, a veces, son incompatibles. Por ello lo que proponen son sistemas para elegir técnicas que pueden ser utilizados por terapeutas indepen-

dientemente de su concepción de los trastornos mentales o de la actividad psicoterapéutica. El trabajo de Beutler (1986), Clarkin y Lazarus (1981, 1986) es un exponente de esta modalidad.

2. La integración teórica: Se pretende construir una teoría que permita explicar a la vez cómo actúan intervenciones originalmente concebidas desde escuelas diferentes y, consiguientemente, combinarlas en el tratamiento de pacientes concretos con la pretensión de potenciar su eficacia. Algunos proponentes son Paul Wachtel (1997) que ha realizado propuestas de integración del psicoanálisis, la modificación de conducta y la teoría general de sistemas, Anthony Ryle (1990, 1995.) que lo ha hecho con el psicoanálisis y las terapias cognitivo-conductuales o Mardi Horowitz (1988) que ha propuesto una personal vía de integración de psicoanálisis, la ciencia cognitiva e ideas provenientes de otros campos como el análisis transaccional.
3. Los factores comunes: En esta modalidad, el interés se pone en la búsqueda de elementos que las diferentes terapias comparten o tienen en común. Esos factores se consideran al menos tan importantes como los aspectos diferenciales entre las terapias. Pueden convertirse en la base de otras elaboraciones teóricas y prácticas. Algunos ejemplos de trabajo en esta línea son los de Jerome Frank (1971), James Prochaska (1984, 1986, 1992), Bernard Beitman (1989) o Marvin Goldfried (1982, 1996).

1. Eclecticismo técnico

Busca mejorar nuestras habilidades para seleccionar el mejor tratamiento para una persona en una situación concreta. Para ello recurrirá a técnicas procedentes de distintas escuelas. Los partidarios del eclecticismo proponen sistemas que permiten seleccionar intervenciones, originalmente pensadas desde diferentes perspectivas teóricas, que han demostrado ser útiles en un determinado problema, sin necesidad de asumir las concepciones teóricas desde las que se pensaron. Se trata de sistemas que pretenden ser utilizables por profesionales con diferentes concepciones sobre el ser humano y los problemas de salud mental. Esto no significa que los principales partidarios del eclecticismo no piensen desde una concepción teórica dada. Seguramente no se puede trabajar (ni vivir) sin una teoría. Lazarus (1981, 1986), por ejemplo, lo hace desde un constructivismo social basado en Bandura y, en último término, en Wolpe, y Beutler (1986) desde la teoría de la persuasión. Significa sólo que sus sistemas serían utilizables por terapeutas que partieran de posiciones diferentes.

Los abordajes eclécticos contemporáneos intentan dar respuesta a la pregunta que Paul planteaba en 1969: “Qué tratamiento, llevado a cabo por quién, es más efectivo para esta persona con este problema específico, bajo qué conjunto de circunstancias y de qué forma”. La pregunta de Paul da idea de la multitud de variables en juego y llama la atención sobre la necesidad de elegir los tratamientos de acuerdo con los pacientes y los problemas concretos. Ejemplos de esta forma de entender la integración son los trabajos de Beutler con el eclecticismo sistemático (1986) y Lazarus con la terapia multimodal (1981, 1986). El reto del eclecticismo es el de descubrir las características de los pacientes que predisponen al uso de unas técnicas más que otras, más allá del diagnóstico formal.

Arnold Lazarus, autor procedente de la terapia de conducta introdujo el término de eclecticismo técnico. Lazarus argumenta que los clínicos pueden utilizar técnicas procedentes de diversas escuelas, sin tener que aceptar necesariamente las bases teóricas de éstas. Lazarus llamó a su práctica “terapia multimodal” (1981, 1986) y con ella defiende la evaluación e intervención en las distintas modalidades que caracterizan el funcionamiento humano, incluida la conducta, el afecto, las emociones, la imaginación, la cognición, las relaciones interpersonales y la biología. Como otros autores eclécticos insisten en la importancia de escoger los tratamientos de modo específico para personas y problemas concretos y hacerlo basándose en la evidencia empírica de su eficacia.

Los trabajos de Beutler (1986) comparten algunas características en común con los de Lazarus, en el sentido de que ambos resaltan la importancia de la especificidad de tratamiento para cada paciente y la necesidad de basarse en intervenciones empíricamente validadas. Una de las diferencias es que Beutler en su abordaje denominado “Eclecticismo Sistemático”, se nutre de todo el espectro de intervenciones psicoterapéuticas.

Beutler hace el intento de emparejar un amplio conjunto de variables del paciente, variables del tratamiento y variables derivadas de la interacción paciente-tratamiento para así maximizar los resultados del tratamiento. A diferencia de Lazarus, aboga por una “teoría funcional” que de cuenta de la utilización de ese abordaje. Su trabajo se basa en teorías psicológicas y sociales de la persuasión y la influencia.

2. Integración teórica

Como señalábamos antes, la integración teórica se preocupa no solo de la utilización de técnicas provenientes de diversos modelos, como ocurre en el eclecticismo, sino en la integración de las distintas teorías y técnicas dentro de un marco coherente.

La historia de la integración teórica es en sus inicios y, en gran parte, la historia de los intentos de integración entre abordajes psicoanalíticos y conductuales. El acontecimiento que se cita con más frecuencia como fundamental para el desarrollo de la integración teórica, es la publicación, en 1950, del libro de Dollard y Miller (1950) titulado *Personality and Psychotherapy. An analysis in terms of learning, thinking and culture*. Como señala Norcross (1992), el libro fue más allá de un intento de traducir el lenguaje psicoanalítico al conductual y supuso una síntesis e integración de ideas desde esas dos perspectivas. En el libro, los autores presentaron una formulación de las dinámicas del conflicto y la ansiedad, basándose en conceptos que provenían de la teoría del aprendizaje y del psicoanálisis. El trabajo de Dollard y Miller está considerado como uno de los intentos más ambiciosos de conseguir integrar esos dos abordajes: la teoría y técnica psicoanalítica y la teoría del aprendizaje, ya que la terapia basada en ésta última, se encontraba, por aquellos años en sus inicios.

Durante las dos décadas siguientes, las dos teorías se fueron desarrollando con más profundidad pero por separado. Fueron años donde prevalecieron las actitudes antagónicas y se redujeron los intentos de integración. Aún así, hubo autores que continuaron explorando la integración. Ejemplo de ello son Alexander y Weitman, desde el psicoanálisis y Marks y Gelder desde lo conductual, tal como cita Norcross (1992)

Otros autores como London (Norcross, 1992), apoyaban la integración afirmando que un sistema que intenta integrar *insight* y acción puede ser más eficaz para una amplia variedad de problemas, que otro sistema que potencia solo la acción o solo el *insight*.

A partir de 1970, aumentó el interés por la integración entre lo psicoanalítico y lo conductual. En 1977, P. L. Wachtel publicó su libro *Psychoanalysis and Behavior therapy: Toward an Integration*, uno de los libros más influyentes en el campo. Su objetivo era construir un marco que pudiera incorporar elementos seleccionados de los abordajes psicodinámicos interpersonales y conductuales. Desde la perspectiva psicodinámica, le daba especial importancia al proceso inconsciente y al conflicto, y al significado y fantasías que influyen en nuestras interacciones con el mundo. Desde la perspectiva conductual, resaltaba la importancia de las técnicas activas de intervención, de tener en cuenta el contexto ambiental en el que se producía la conducta, de las propias metas del paciente en la terapia y de la importancia de la evidencia empírica (Wachtel, 1977). Wachtel comprendía los síntomas como resultado de la influencia que las experiencias tempranas tienen en el contexto interactivo actual, de forma que nos lleva a crear las condiciones que perpetúan nuestros problemas como en una especie de círculo vicioso. Wachtel denominó este

abordaje “psicodinámicas cíclicas”. Los últimos trabajos de este autor integran ideas provenientes del campos sistémico como refleja el hecho de que la última edición (revisada) de su libro de 1977, haya aparecido con el título de *Psychoanalysis, behavior therapy and the relational world*, añadiendo la referencia al mundo relacional al anterior (Wachtel, 1997).

Otros autores (Messer y Winokur, 1984) reflexionaron sobre las visiones implícitas en los modelos psicoanalítico y conductual. Para ellos, el abordaje conductual está centrado en el mundo externo, el conflicto surge de las situaciones en las que las personas se encuentran, y se puede eliminar mediante la acción. Mientras que en la visión psicoanalítica el conflicto interno es central e inevitable, el cambio está limitado por la historia de las experiencias tempranas de las personas y se enfatiza la contradicción y la ambigüedad en el proceso del cambio.

Durante la década del 80, continuó el desarrollo creciente de las actitudes integradoras. Este hecho se puso de manifiesto en el aumento de publicaciones de libros y revistas sobre el tema. Aparecieron también intentos de integración entre otros modelos, por ejemplo, modelos humanistas con conductuales o modelos sistémicos con otros.

La situación actual refleja una contradicción, porque el cuerpo teórico de la integración entre dos o más modelos, puede dar lugar a nuevas escuelas de terapia. En palabras de Arkowitz, “la integración de hoy puede convertirse en un abordaje de *escuela única* de mañana”. El peligro está, tal como señala este autor, en volver a reproducir la situación dogmática de partida. Arkowitz defiende la idea de Wachtel de promover un “marco en evolución”, un sistema abierto que permite la entrada de nuevos elementos junto a los antiguos, teniendo en cuenta que el cambio en un elemento del sistema puede cambiar en potencia, el sistema entero (Arkowitz, 1992).

Actualmente hay una tendencia hacia la búsqueda de un marco amplio en el cual se pueden integrar aspectos cognitivos, afectivos, conductuales e interpersonales del funcionamiento humano.

3. Factores comunes

En esta corriente hay una búsqueda de los ingredientes básicos que las diferentes terapias pueden compartir. El interés se centra en buscar similitudes más que diferencias entre terapias. Los autores que trabajan en esta línea, defienden que las diferencias técnicas entre las distintas terapias pueden oscurecer algunas semejanzas básicas entre ellas.

A favor de estos argumentos está el dato, procedente de la investigación empírica, de que las terapias derivadas de distintos modelos psicoterapéuticos, son igualmente efectivas. Esta afirmación, fue primero una impresión.

Pero después del 70, se dirigieron una serie de estudios bien controlados (Elkin et al, 1994, Lambert, 1986) que llegaron a la misma conclusión.

Las primeras propuestas sobre los factores comunes, aparecieron en los años 30. Uno de los primeros trabajos en este sentido es el de Rosenzweig de 1936 (citado en Arkowitz, 1992). Este autor incluía entre los factores comunes, elementos como: la capacidad del terapeuta para transmitir esperanza, la importancia de facilitar al paciente alternativas y otras formas de verse a sí mismo y al mundo.

Alexander y French acuñaron en 1946 el término de “experiencia emocional correctiva” y lo consideraron como el elemento clave para el proceso de cambio en psicoterapia. Exponer al paciente de nuevo, bajo circunstancias más favorables, a las experiencias emocionales que con anterioridad no pudo manejar. Esa nueva experiencia emocional, facilitada por la relación terapéutica, ayudaría a la persona a reparar el efecto deletéreo de las experiencias traumáticas anteriores. El concepto de experiencia emocional correctiva ha perdurado a través de la obra de autores posteriores y se puede encontrar en propuestas recientes de psicoterapia.

Arkowitz cita también los trabajos de Fiedler (Arkowitz, 1992) en los años 50 que describen lo que este autor consideraba los ingredientes de la relación terapéutica ideal. Fiedler encontró que los terapeutas con experiencia, procedentes de distintas escuelas, coincidían más entre sí, que otro grupo de terapeutas noveles con su propia escuela. Una de las conclusiones a las que él llegó, fue que la experiencia modela de tal forma la conducta de los terapeutas que éstos actúan de forma básicamente similar, al menos con respecto al tipo de relación que establecen.

Carl Rogers (1957) contribuyó también al campo de los factores comunes, cuando afirmaba que la psicoterapia es efectiva no por las técnicas específicas que utiliza sino porque facilita un tipo de relación humana, en la cual el cambio puede tener lugar. En las terapias rogerianas se consideraban aspectos centrales del tratamiento la calidez afectiva, la empatía y la consideración incondicionalmente positiva hacia el paciente.

Pero sin duda, uno de los autores más influyentes en el campo de los factores comunes fue Jerome Frank, con su libro *Persuasion and Healing* (1973), Para él, algunos de los ingredientes básicos en todas las psicoterapias eran: la capacidad de despertar la esperanza, la activación emocional, el animar al cambio de actividades fuera de la sesión y potenciar nuevas formas de entenderse a uno mismo y nuestros problemas a través de interpretaciones y experiencias emocionales correctivas.

Frank defendía, en años posteriores, que todas las psicoterapias tratan el problema común de la “desmoralización”, entendida ésta como una pérdida

de autoestima y un sentimiento subjetivo de incompetencia. Todas las terapias podrían ser igualmente efectivas en restaurar la moral, independientemente de los distintos caminos que utilicen. Los componentes compartidos por las distintas orientaciones serían los siguientes: una relación de confianza cargada emocionalmente con una persona que ofrece su ayuda, un encuadre de curación, un esquema conceptual o mito para explicar los síntomas y un ritual para ayudar a resolver los síntomas (Frank, 1974).

Arkowitz (1992) resume las propuestas sobre factores comunes de esta época, concluyendo que abarcan aspectos como la experiencia emocional correctiva, y el desafío a las expectativas disfuncionales, la potenciación de la esperanza y expectativas positivas, cambios en la auto percepción, persuasión y actitud hacia el cambio y restauración de la moral.

Durante la década de los 80, hubo un aumento de interés en el tema de los factores comunes, que se reflejó en un mayor número de investigaciones y publicaciones en el campo. En un estudio de Brady (Arkowitz, 1992), terapeutas de diferentes orientaciones llegan al consenso de que facilitar al paciente nuevas experiencias, dentro y fuera de la terapia, era un ingrediente esencial compartido por todas las terapias. Podía haber diferencias en como proveer esas experiencias, pero todos se mostraban de acuerdo en la importancia que tales experiencias tienen a la hora de cambiar la forma en la que las personas pensamos sobre nosotras mismas.

Otro autor importante en el campo de los factores comunes es Marvin Goldfried. Goldfried (1980) se ha interesado por el problema de cual es el nivel de abstracción que puede resultar más útil para derivar los factores comunes. Sugiere que la búsqueda de similitudes se produce a un nivel intermedio de abstracción, entre las teorías más amplias y las técnicas más específicas. Él llama a este nivel el de las “estrategias clínicas” o principios de cambio que guían nuestros esfuerzos durante la terapia. Para Goldfried, las dos estrategias importantes en todas las psicoterapias son: la de facilitar una experiencia nueva y correctiva y la de proveer de feedback al paciente, de forma que las intervenciones de la terapeuta ayudan a la paciente a aumentar su conciencia de pensamientos, sentimientos y acciones.

Otro ejemplo de trabajo sobre los factores comunes es el de Prochaska y DiClemente o abordaje transteórico (1984, 1986, 1991, 1992). A las ideas de estos autores recurriremos más tarde en el capítulo dedicado al cambio en psicoterapia. Prochaska distingue entre niveles de cambio (conductas, cogniciones, conflictos interpersonales y familiares), estadios de cambio (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) y procesos de cambio (aumento de la conciencia, autoevaluación, evaluación ambiental, etc.). Su modelo ha producido, además, un considerable número de investigaciones.

Pero de estos comentarios sobre las estrategias terapéuticas basadas en los factores comunes, no debería deducirse que proponer estrategias a este nivel, excluya el reconocimiento del papel que los factores diferenciales tienen en el proceso terapéutico. Estamos de acuerdo con Arkowitz cuando señala que puede ser más ventajoso plantear el problema, más que en términos de exclusión (factores comunes versus factores diferenciales), en términos de inclusión (factores comunes y factores diferenciales o únicos) con el reconocimiento de las contribuciones que ambos pueden estar haciendo al proceso terapéutico.

4. Las narrativas como marco para la integración

En los últimos años se ha producido una confluencia notable de psicoterapeutas provenientes de diferentes escuelas en la idea de que su trabajo podría comprenderse mejor desde los conceptos desarrollados para dar cuenta de la actividad narrativa. La lista incluye autores provenientes de campos muy diferentes como el psicoanálisis (Gill, 1982; Luborsky, Barber y Diguier, 1992; Schafer, 1976, 1983; Spence, 1982), la terapia cognitiva (Gonçalves, 1994; Guidano, 1991), la experiencial (Greenberg, Rice y Elliot, 1993) o la sistémica (Efran, 1990; Hoffman, 1987, 1990; Linares, 1996; Sluzski, 1992; White y Epton, 1990). De particular interés nos parecen aquellos terapeutas integradores a quienes la óptica de las narrativas ha servido como metateoría capaz de integrar aportes provenientes de diversas teorías. (Gold, 1996; Omer y Alon, 1997). En este intento se inscribe también nuestro trabajo.

El presente libro se situaría en un espacio que comparte el interés por los factores comunes y el intento de realizar una integración teórica desde la óptica general de las narrativas.

Parte 2 - El proceso psicoterapéutico

El proceso psicoterapéutico

La práctica de la psicoterapia puede ser entendida como un proceso que transcurre a través de una serie de fases caracterizadas cada una de ellas, por la necesidad de lograr unos objetivos. Para ello, en cada una de ellas se han de llevar a cabo unas tareas, que se realizarán a través de unas actividades que pueden incluir la aplicación de un conjunto de técnicas. Las dificultades y los problemas de cada una de estas fases son diferentes y son diferentes los recursos de los que se dispone para resolverlos.

Con un esquema como este algunos autores han conseguido poner de manifiesto cuáles son los elementos comunes a las diferentes formas de hacer psicoterapia y cuáles son las diferencias de las que cabe tomar nota para utilizarlas con ventaja en un caso particular. Probablemente el más aceptado y el más trabajado de estos esquemas es el propuesto por Bernard Beitman (1987) que considera que el proceso terapéutico puede entenderse como estructurado en cuatro fases a las que denomina respectivamente **compromiso**, **búsqueda de pautas disfuncionales**, **cambio** y **terminación**. Beitman caracteriza cada una de ellas por la búsqueda de unos **objetivos**, la utilización predominante de unas **técnicas**, la preeminencia un tipo de **contenidos** y unas manifestaciones particulares de la **resistencia**, así como de la **transferencia** y la **contratransferencia**. Nuestras reflexiones, y la estructura de este libro, deben mucho a este esquema.

Sin embargo hemos creído conveniente introducir algunas modificaciones en el mismo. En primer lugar, en la práctica clínica común, antes de comen-

zar el proceso psicoterapéutico han debido ocurrir muchas cosas que luego van a ser determinantes en el curso de éste. A ellas nos referiremos con el epígrafe de **fase de indicación**. Hemos preferido el término de **fases iniciales** al de fase de compromiso (creemos que este último se refiere sólo a un aspecto de lo que ocurre en ellas). Consideramos que la *construcción* (mejor que *búsqueda*) de las *pautas problema* (mejor que *disfuncionales*) y el *cambio* son dos procesos que se entrelazan en lo que llamaremos **fases intermedias**. Utilizaremos el mismo término que Beitman para referirnos a la fase de terminación.

El objetivo de esta parte del libro no es –como en el caso de Beitman– poner de manifiesto elementos comunes y diferencias entre prácticas basadas en distintas escuelas, sino poner de manifiesto el procedimiento seguido para la toma de decisiones en la práctica de la psicoterapia tal y como es llevada a cabo y enseñada por los autores. Hemos preferido ser prácticos y didácticos y emplear espacio para exponer ejemplos antes que intentar ser ecuánimes o dar una visión completa del panorama que constituyen las diferentes escuelas psicoterapéuticas.

Indicación de una intervención psicoterapéutica

La fase de indicación comprende desde el primer contacto con el paciente hasta el momento en el que decidimos iniciar una intervención psicoterapéutica. Se trata de un proceso que obedece a reglas diferentes en el sector privado y en la práctica pública. La discusión sobre la indicación de las psicoterapias generalmente se ha realizado desde las condiciones propias de la práctica privada. Consecuentemente lo que se pretende mediante la operación de *establecer la indicación (o no) de psicoterapia* es, muchas veces, comprobar (mediante una conversación) si el paciente responde a las características que, según sabemos por la investigación, la experiencia o la intuición hacen más probable que la psicoterapia dé buenos resultados. Así, el que los pacientes sean inteligentes, con problemas poco complejos, motivados para el cambio o que dispongan de una buena red social, se encuentran entre las características en base a las cuales se ha querido establecer la *indicación de psicoterapia* (o de *psicoterapia breve*, que, paradójicamente, ha tenido indicaciones más amplias que muchas psicoterapias a largo plazo). Así, por ejemplo Sifneos (Sifneos 1992) establece como **criterios de selección** los siguientes:

- 1) el paciente debe de ser capaz de circunscribir los problemas presentados,
- 2) el paciente debe haber mantenido por lo menos una relación significativa (altruista, basada en concesiones mutuas) en su infancia,
- 3) el paciente debe entablar una relación flexible con el evaluador, mostrándose capaz de experimentar y expresar de manera apropiada tanto sus sentimientos positivos como negativos,
- 4) el paciente debe ser medianamente inteligente y poseer la suficiente

sutileza psicológica para comprender las intenciones terapéuticas y 5) el paciente debe estar motivado para cambiar y no esperar que la psicoterapia sólo alivie su síntoma.

Los psicoterapeutas que trabajan en el ámbito privado pueden limitarse a atender a pacientes que reúnen estas características. Es más: estos terapeutas suelen estar incluidos en circuitos de derivación de los que lo que se espera es que les deriven pacientes que, no sólo responden a esas características, sino que además, esperan recibir el tipo de tratamiento que se les va a ofertar.

Pero características como éstas –las recién citadas de Sifneos, por ejemplo– son las que, en general, podrían definir al paciente que uno está deseando ver aparecer por la puerta de la consulta sea cual sea la naturaleza de la intervención que piense hacer sobre el problema que presente ¿Hay alguien que, aunque sea para prescribir un antidepresivo, prefiere pacientes incapaces de precisar lo que les pasa, que siempre han estado aislados, que tiene dificultades para relacionarse con el terapeuta, que son poco inteligentes y que están poco motivados para cambiar? Y esto es así no sólo porque son, generalmente, pacientes más agradables de tratar. También porque tienen mejor pronóstico. Así Goldberg y Huxley (1992) citando los trabajos de Sims (1975) plantean que existen en la literatura datos para sostener que el buen resultado a largo plazo de cualquier tipo de intervención sobre trastornos mentales comunes se asocia a la presencia de alguno de los siguientes factores:

Diagnóstico y naturaleza de los síntomas, personalidad premórbida, sexo, edad y estado civil, ajuste social y laboral, existencia de factores precipitantes, inteligencia, infancia feliz, el hecho de recibir algún tipo de tratamiento y la capacidad de *insight*.

En el estudio de seguimiento de 12 años también realizado por Sims en el Sistema Nacional de Salud, se asocian con buena evolución de los trastornos mentales comunes los siguientes factores:

Precipitantes independientes del paciente, personalidad normal, ausencia de síntomas somáticos y presencia de síntomas sociales.

Los factores que según este estudio se asocian a la mala evolución son:

relaciones parentales conflictivas, infancia infeliz, duración del trastorno superior a seis años, personalidad patológica o inmadura, mala historia laboral, desempleo, frecuentes cambios de trabajo, relación conyugal pobre, comportamientos problemáticos con el cónyuge, problemas de vivienda o económicos, haber sido derivados desde los servicios sociales, historia psiquiátrica previa, abuso de tóxicos, apariencia o comportamiento manifiestamente anormal.

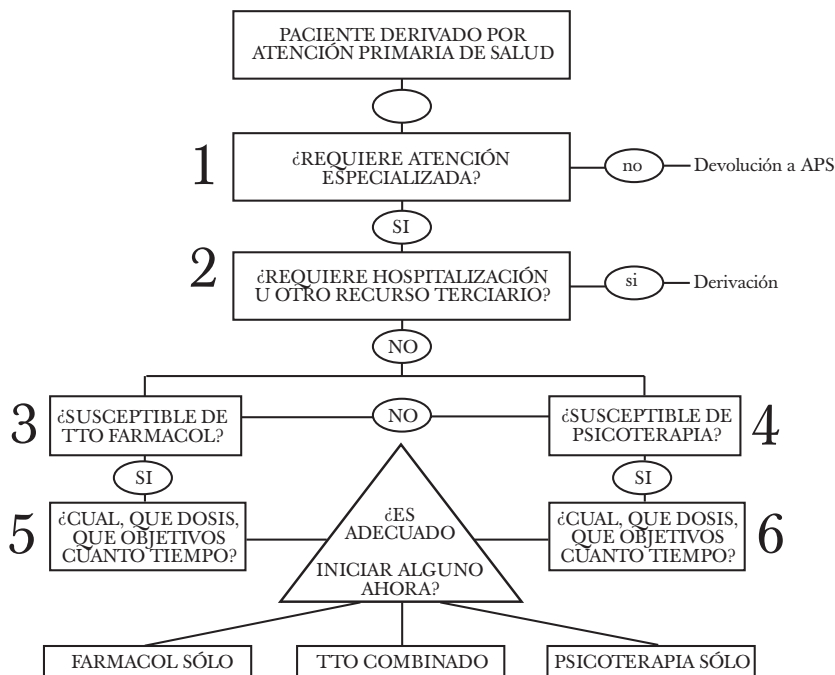
No hay que darles muchas vueltas para darse cuenta de que muchos de estas características están implícitas en los *criterios de selección* de Sifneos (y de tantos otros psicoterapeutas). De hecho los pacientes que reciben psicoterapia tienden –en estos estudios– a tener mejor pronóstico, pero Goldberg y Huxley recogen la impresión de Sims de que ello se debe a que, dados los criterios de selección para psicoterapia, los pacientes que la reciben tendrían mejores resultados que los demás con cualquier tipo de tratamiento. Los criterios de selección para psicoterapia se han correspondido casi punto por punto, durante años, con los factores asociados al buen pronóstico de los trastornos mentales comunes.

Pero hay clínicos, como los que ejercen su profesión en el sector público, que no pueden seleccionar sus pacientes y, por tanto, no pueden permitirse el lujo de hacerse la pregunta de ¿Cuáles son los pacientes que mejor responderían a la técnica terapéutica en la que soy experto? o su traducción práctica: ¿Reúne este paciente las características que me pueden hacer esperar un buen resultado si me embarco con él en un trabajo terapéutico? Aunque la respuesta a esta segunda pregunta fuera negativa, el clínico que trabaja en el sector público seguiría teniendo la obligación de atender y buscar lo mejor para tal paciente. Por su situación estos profesionales tienen la obligación de atender a cualquier persona que acuda a su consulta presentando lo que en ese momento se haya consensuado que es una *necesidad de atención*. La pregunta pertinente para ellos es, pues: dado este paciente (con sus características) y dadas mis características y las del sistema en el que trabajo, ¿cuál es la intervención que me va a permitir obtener los mejores (o los menos malos) resultados posibles para él en este momento? Los terapeutas que trabajan en otros contextos pueden –probablemente deben– hacerse la misma pregunta, sino por obligación contractual, sí por motivos éticos o científicos.

El proceso de indicación, tal y como lo analizaremos en este apartado se refiere al conjunto de acciones que deben ser llevadas a cabo desde el momento en que tenemos conocimiento de la demanda de un potencial paciente (generalmente a través suyo pero, a veces, a través de un tercero) hasta que tomamos la determinación de intentar abordar su problema a través de una intervención psicoterapéutica.

En la práctica pública, y en otros encuadres en los que la selección de pacientes no es posible o no es deseable, el proceso de indicación se atiene a reglas muy diferentes a los de la consulta privada. La **figura 1** representa el proceso que esta fase conlleva en la práctica pública. Lo analizaremos paso a paso en la idea de que, contra lo que muchas veces se ha supuesto, la actuación en la práctica pública implica un proceso general del que las actuaciones

FIGURA 1: PROCESO DE INDICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN LA ATENCIÓN PÚBLICA A LA SALUD MENTAL



que pueden llevarse a cabo en otros contextos son, de algún modo, extractos. En todo caso, lo que tradicionalmente se han considerado como *limitaciones* del trabajo en el sector público (establecer claramente la indicación, considerar la relación coste-beneficio...) deberían serlo (sino por motivos políticos o económicos, al menos por motivos éticos o de rigor científico) de la práctica de la psicoterapia en cualquier contexto.

En primer lugar hay que considerar que en las condiciones actualmente vigentes en el sistema nacional de salud de nuestro país, los profesionales de salud mental no recibimos demanda espontánea (alguien que, por algún motivo, decide consultar a un psiquiatra o psicólogo clínico) sino pacientes para los que el médico de atención primaria ha hecho una indicación de atención en el nivel especializado (que actúa en **segunda línea** respecto a la atención primaria de salud). Esta es una situación que compartimos con muchos países europeos pero que es muy diferente de la más habitual en otros, entre ellos los Estados Unidos de América (de donde proviene buena parte de la literatura sobre psicoterapia que habitualmente manejamos). Por este motivo, la prime-

ra pregunta a plantearse es si un paciente requiere efectivamente atención en el nivel especializado. Si no es así, el caso es devuelto, con la consiguiente valoración razonada, al médico de atención primaria. Esta **indicación de no tratamiento** o de tratamiento en otro nivel, es, a veces, una intervención muy resolutive y, muchas veces, no es nada fácil. Que alguien entienda que la aparición de *fenómenos de presencia* o, incluso, de ilusiones o alucinaciones que sufre en el curso de un duelo no son señal de que esté desarrollando un trastorno mental grave, puede ser tremendamente tranquilizador y poner fin a una situación de alarma o, incluso, de crisis familiar que, esa sí, podría haber tenido consecuencias importantes para la salud mental del sujeto o la familia. Una paciente o una familia pueden sentirse aliviados si entienden que la *devolución a atención primaria* por parte del especialista significa que no deben temer un trastorno grave o que ellos están capacitados para hacer frente al problema que padecen sin tener que recurrir a extraños (en cuyo caso su autoestima y su determinación a hacerse responsables y a actuar habrán salido reforzados). Pero pueden vivir que se les está negando una atención a la que tienen derecho (porque para eso pagan sus impuestos) y que les sería útil, o que han sido rechazados porque nadie los considera lo suficientemente valiosos como para tomarse una molestia por ellos, o que han decidido no tratarles porque su problema no tiene solución. En la medida en la que este tipo de *devolución* precise adoptar las características de una psicoterapia –es decir no se limite a resolver una duda sino que produzca una verdadera **resignificación**– se aplicará a ella lo que sobre intervenciones psicoterapéuticas expondremos más adelante. Por ahora lo que nos interesa es esclarecer los principios que guían la determinación de si el sujeto que acude a consulta debe o no ser atendido en el escalón de atención especializada a la salud mental.

Las condiciones para la indicación de atención psiquiátrica especializada distan de ser obvias. La mera demanda de este tipo de atención por parte del paciente (que pudiera ser suficiente en ciertos contextos privados) no es, en éste, ni suficiente ni necesaria (pensemos en los tratamientos involuntarios). La atención por parte de un servicio público es un derecho que se ejerce por medio del uso de unos recursos limitados. Corresponde a los responsables de los servicios (como delegados de la administración para ello) determinar sobre qué problemas y en qué medida se aplican los recursos disponibles. En el caso que nos ocupa esta determinación ha de resultar de un acuerdo entre los profesionales de atención primaria y los especialistas en salud mental. En función de la disponibilidad, tiempo, actitudes, capacidades, formación de cada uno de ellos pueden considerar preferible diferentes soluciones. Hay lugares en los que la gravedad es un criterio de derivación y lugares en los que está claramente establecido que lo determinante es el tipo de intervención requerida, con lo que, por ejemplo, las depresiones melancólicas (que responden bien al

tratamiento con antidepresivos) serán asumidas con más probabilidad por la atención primaria que los duelos patológicos o las depresiones reactivas (que no responden a los fármacos y se benefician de intervenciones psicoterapéuticas más complejas) aunque éstas sean de menor gravedad (Espina y Vázquez 1994). Según hemos planteado en otro lugar (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Benito Cano, Mas Hesse y Rodríguez Vega, 1997) **“la decisión, de derivar (o no) se basa –o, mejor, debería basarse– en que se requiere (o no) una intervención cuya complejidad rebasa las posibilidades de manejo en atención primaria”**. Los factores a considerar suelen ser **características del paciente** (diagnóstico, pero también edad, estado de salud, momento del ciclo vital, expectativas, disposición para uno u otro tipo de trabajo...) y **del contexto** (apoyo social, responsabilidad sobre otros, presencia de estresores y modificabilidad de los mismos...) y su concordancia con el **repertorio de habilidades que cada profesional (el de atención primaria y el de salud mental) es capaz de poner en juego**.

Un segundo elemento a considerar en el proceso de indicación es la posibilidad de que lo que se requiera sea una intervención en algún recurso de nivel terciario (un hospital o un entorno residencial protegido, por ejemplo). El riesgo de suicidio, la disponibilidad de soporte social y la concurrencia de circunstancias somáticas son los factores que deben considerarse para tomar esta decisión (rara ya que, en nuestro medio, mientras que un 2% de la población es atendido anualmente en los servicios de salud mental sólo un 0,06% requiere el uso de recursos terciarios). A lo que este elemento se refiere es al **lugar** (al tipo de dispositivo) en el que la intervención puede ser llevada a cabo. No es una decisión sobre el peso que la psicoterapia va a tener en la estrategia general de intervención sobre el paciente. En el caso de un paciente *límite* que va a ser derivado a un hospital de día o de un paciente con rituales incapacitantes que va ser ingresado en el hospital para llevar a cabo un programa de exposición con prevención de respuesta o en el de un estupor subsecuente a un trauma o una tentativa de suicidio en el curso de un duelo, la intervención que vaya a llevarse a cabo puede ser fundamentalmente psicoterapéutica aunque se realice en recursos terciarios. El proceso que sigue a esta pregunta en cualquier dispositivo de tercer nivel es el mismo que vamos a desarrollar a continuación para el caso, más frecuente, de la atención ambulatoria.

Una vez claramente establecido que un paciente va a ser atendido en el nivel psiquiátrico especializado se plantean **simultáneamente** las preguntas sobre la viabilidad de un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico (que en absoluto son excluyentes).

Los criterios a considerar para la viabilidad de una u otra modalidad de tratamiento tal y como fueron descritos por nuestro grupo (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Benito Cano, Mas Hesse y Rodríguez Vega, 1997) se

resumen en los **cuadros 1 y 2**. Nótese que en ninguno de los casos es preciso que el cuadro o trastorno de base responda al tratamiento. Nadie se escandalizaría de que en un momento se utilizaran neurolépticos o ansiolíticos para mejorar la inquietud psicomotriz o los problemas de conducta de un sujeto con una demencia a pesar de que estos no actúan sobre este trastorno. Del mismo modo las intervenciones psicoterapéuticas que se realicen sobre un sujeto esquizofrénico o con lo que se conoce como un trastorno *borderline* de la personalidad no tienen porque pretender erradicar de esos sujetos tales condiciones (la esquizofrenia o el trastorno de la personalidad). Modificar ciertos síntomas o la repercusión que el trastorno tiene sobre la calidad de

Cuadro 1: indicación de tratamiento farmacológico

(Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse, 1997)

- 1.- cuadro clínico que responde a fármacos
- 2.- síntomas cuya modificación alteraría el curso o el impacto del trastorno que respondan a fármacos
- 3.- existencia de contraindicaciones
- 4.- aceptación del tratamiento

Cuadro 2: indicación de tratamiento psicoterapéutico

(Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse, 1997)

- 1.- cuadro clínico que responde a psicoterapia
- 2.- existen aspectos del problema por el que se consulta que son modificables por la psicoterapia y modificarían la evolución o el impacto del trastorno
- 3.- existe o se puede construir una versión del problema (aportada o aceptada por el demandante) que plantea
 - un conflicto en relación consigo mismo
 - un conflicto en relación con otros significativos
 - un conflicto con acontecimientos (supone la capacidad del paciente de colocarse como implicado personalmente en el problema o la resolución del mismo)
- 4.- expectativas del paciente
- 5.- factores limitantes
 - edad y etapa del ciclo vital del paciente
 - accesibilidad
 - aspectos culturales
 - actitud y susceptibilidad ante el cambio

vida del sujeto es un fin más que legítimo. Como puede observarse en los cuadros 1 y 2 las consideraciones para la indicación de una u otra modalidad de tratamiento son muy parecidas. La posibilidad de tratamiento psicoterapéutico esta sometida, sin embargo, a una condición adicional a la que ya hacíamos referencia en el apartado dedicado a las definiciones como **la posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo.**

La versión puede ser aportada desde un inicio por el paciente

“No se como lo hago pero cuando tengo que entrar en su despacho –el del jefe– me entra la sensación de que va a descubrir que he hecho algo mal y paso ya como pidiendo disculpas. Al salir me siento idiota y cuando estoy sola me pongo a llorar. Este es el problema que vengo a resolver”.

Es más frecuente que el paciente no disponga de entrada de tal versión de su problema y ésta resulte de un trabajo de exploración y establecimiento de acuerdos del que intentaremos dar cuenta al hablar de las fases iniciales.

Nos parece importante señalar que la versión aceptada por el paciente, si bien tiene que cumplir necesariamente esta condición de concederle un papel, no tiene por qué coincidir con la idea global que del problema se hace el terapeuta. Una paciente con unos ataques de pánico cuyo significado en su biografía sólo pudo ser establecido avanzado el curso la terapia inició la misma convencido de que en origen de sus crisis había un desarreglo hormonal pero

“De lo que sí me doy cuenta es de que el miedo a que el ataque repita me pone en guardia y me asusto, y me noto mal y entonces me asusto aún más y mi organismo responde de una manera que facilita que se repita el ataque. Lo que yo creo que podría hacer aquí es aprender a controlar ese círculo vicioso”.

Este paciente no se sentía implicado en el origen de su trastorno pero se concedía un cierto papel –y por consiguiente una capacidad de influir– sobre su mantenimiento o sobre su curso (que le parecía que empeoraba por el modo en que se enfrentaba a su problema). La condición a la que nos estamos refiriendo puede cumplirse aun con menos de esto. Un paciente con un trastorno somatoforme muy grave que, cuyo inicio pudo ser puesto, a lo largo de un año de tratamiento, en relación con su historia personal de pérdidas, inició su proceso terapéutico sin cuestionar su firme convencimiento inicial de que sus padecimientos eran consecuencia de la mala práctica médica de la que había sido objeto pero que:

“Ahora veo que, si ustedes me ayudan a hacerlo, yo podré aprender a vivir con mi enfermedad de otro modo y a controlar mis mareos y mis dolores para poder, por lo menos, volver a salir a la calle”.

Como sucedía en este caso, para iniciar el proceso no es preciso que el sujeto se sienta personalmente involucrado en el origen, ni siquiera en los mecanismos que perpetúan el trastorno. A veces basta con que considere que puede hacer algo para modificar su evolución. El sujeto de nuestro último ejemplo estaba convencido de que sus dolores y mareos no habían tenido nada que ver con él hasta la fecha pero creía que podía aprender con nosotros algo que le sirviera para *controlarlos* o siquiera *para llevarlos mejor*, en el futuro.

El paciente que no acepta, tras las entrevistas iniciales, una lectura del problema en la que esté, de algún modo, personalmente implicado, no es abordable con psicoterapia.

"Le he dicho ya varias veces que mi vida de pareja, familiar y laboral no puede ir mejor, que me gusta como soy y que yo sería feliz sino tuviera este maldito mareo y como falta de aire, así que no se empeñe en preguntar mas, ni me quiera comer el coco; si sabe de alguna pastilla que me lo pueda quitar, me la da y, si no, me lo dice y me aguanto por lo menos hasta que la medicina avance un poco más".

La indicación de tratamiento farmacológico se completa con una definición precisa de éste. Tal definición puede establecerse en términos de **qué sustancia, en que dosis, con que objetivo y por cuanto tiempo** se va a utilizar. Esta definición es un poco más complicada cuando se refiere a una intervención psicoterapéutica. En otro trabajo (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Benito Cano, Mas Hesse y Rodríguez Vega, 1997) establecimos una serie de parámetros que permitirían situar la intervención que planeamos realizar y que puede servir como guía para formular preguntas útiles en esta fase (**cuadro 3**). Sin embargo no vamos a detenernos ahora en este tipo de definiciones porque van a ser mejor entendidas una vez que hallamos desarrollado las fases intermedias del proceso terapéutico.

En cualquier caso el convencimiento de que un determinado problema presentado por un paciente (sobre el que ya se ha determinado que debe ser abordado en el nivel de atención psiquiátrica especializada) sea susceptible de tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico no significa que éste deba ser automáticamente aplicado. Caso de ser abordable por ambos procedimientos debe plantearse la cuestión de la **eficacia** (resultados) **y la eficiencia** (relación coste/beneficio) de ambos antes de determinar si se va a utilizar uno, otro o una combinación de ambos abordajes. Existe literatura que informa de mejores resultados de terapias combinadas que de cualquiera de ellas aislada (Elkin, 1994; Beitman, Hall y Woodward, 1992; Beitman y Klerman, 1991). Además pueden utilizarse combinaciones que pueden permitir el abordaje de diferentes aspectos de un problema complejo. Existen buenas y extensas revisiones de este tema (Beitman, 1992; Beitman y Klerman, 1991; Fernández Liria, 1998) que no es objeto directo de este trabajo.

Cuadro 3: indicación de tratamiento psicoterapéutico
(Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse, 1997)

1.- Encuadre	• Individual • Familiar • Grupal
2.- Énfasis sobre	• Afecto • Conducta • Pensamiento
3.- Énfasis sobre experiencias	• Interpersonales • Intrapersonales
4.- Relaciones	• Pasadas • Presentes • Con el terapeuta
5.- Con referencia	• Al discurso explícito • A un discurso implícito
6.- Con énfasis en la comunicación	• Verbal • No verbal
7.- Sobre una definición	• Longitudinal • Transversal
8.- Grado de uso de cada actividad del terapeuta	
9.- Conceptualización de la relación terapéutica	• Lugar de experiencia emocional • Colaboración • Relación prescriptiva
10.- Actuación preferente sobre	• El sujeto • El contexto
11.- Definición del encuadre (Rígido, flexible, fijo, variable...)	

En nuestro medio la combinación es la norma más que la excepción en población adulta (32% frente a un 25% de psicoterapias sólo: 40% individuales, 15% de familia o pareja y 8% de grupo) y es más frecuente que la farmacoterapia en niños y adolescentes (en los que un 74% son intervenciones psicoterapéuticas puras: 40% individuales, 15% de familia y 19% de grupo, 7% combinación de fármacos y psicoterapia y sólo 1% farmacoterapia sola) (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 1997).

En definitiva la fase de indicación es un proceso por el que el evaluador concluye que el sujeto que demanda atención (en el caso de un sector público como el español porque ha sido derivado a los servicios de salud mental por el médico de atención primaria) requiere efectivamente atención especializada y esta incluye alguna intervención psicoterapéutica como único componente del tratamiento o en combinación con algún fármaco.

Fases iniciales

Decía Sigmund Freud que en psicoterapia, como en ajedrez, existían procedimientos muy estudiados y muy reglados de apertura y de terminación, mientras que las fases intermedias eran, por su propia naturaleza, menos accesibles a la reglamentación y más dependientes de la creatividad o la intuición del jugador (o de la terapeuta). Pero lo cierto es que, como en el ajedrez, el curso de la terapia entera (de hecho, incluso su posibilidad misma) está fuertemente condicionado por lo que sucede en los primeros momentos de la misma y que es muy difícil remontar un mal comienzo. Hoy sabemos, por la investigación proceso-resultados, que lo que sucede en las primeras sesiones predice, en muy buena medida, los resultados que se obtendrán al final de la terapia.

Muchos manuales de psicoterapia se refieren a estos primeros momentos del proceso psicoterapéutico como *fase de evaluación*. Hemos preferido el término más general de **fases iniciales** en consideración de que, si bien la evaluación es una tarea central en este momento de la terapia no es, ni mucho menos la única (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Benito Cano, Mas Hesse y Rodríguez Vega, 1997).

Llamaremos **fases iniciales** a la parte del proceso psicoterapéutico que transcurre entre el momento en el que se realiza la indicación de la intervención psicoterapéutica y aquel en el que se establece el contrato por el que paciente y terapeuta acuerdan sobre que y cómo van a trabajar durante el resto del

tratamiento. Suelen emplear entre una y seis sesiones. Lo más frecuente es que se lleven a cabo en menos de tres (cuando no es así la terapeuta debe preguntarse seriamente por qué).

Durante estas fases iniciales se persiguen tres tipos de **objetivos**: 1) la evaluación y correspondiente **formulación del caso** (que incluye el **plan de actuación**) 2) la construcción de la **alianza de trabajo** y 3) el acuerdo de un **contrato**.

1. Objetivos

1. *Evaluación y formulación para la planificación*

En el momento de iniciar el proceso psicoterapéutico generalmente ya tenemos la información sobre la persona que va a ser paciente que nos ha permitido hacer la indicación de psicoterapia. En este momento habremos, incluso, acordado con él una primera versión de su demanda que abra la posibilidad de plantear una intervención psicoterapéutica. Pero esta información será, generalmente, insuficiente para guiar nuestra actuación durante el proceso terapéutico, y tendremos que dedicar un tiempo a ampliarla.

Esta idea se ha cuestionado en ocasiones desde posiciones psicoanalíticas extremas según las cuales para que el proceso terapéutico (analítico) comience no es preciso que nadie (ni la terapeuta ni la paciente) disponga de una idea más o menos precisa sobre la naturaleza del problema. Desde tales posiciones se ha planteado, incluso, que tal visión previa, sería más un obstáculo que un instrumento para el buen fin del proceso analítico. Tales ideas –que pretenden prevenir contra el *furor sanandi* que pueda entorpecer el proceso analítico– son poco acordes con nuestra definición de psicoterapia, en la que lo esencial es, precisamente, la pretensión de producir cambios (de tratar) y de hacerlo del modo más eficiente posible.

Para la mayoría de los terapeutas el proceso terapéutico debe comenzar con una evaluación específica que requiere actividades específicas en las que terapeuta y paciente van a tener que realizar actividades que probablemente van a ser diferentes de las que van a tener que llevar a cabo en otros momentos de la terapia.

Por ello el proceso de **evaluación** ha sido objeto de atención detallada en casi todos los prontuarios de psicoterapia y refleja las hipótesis de base sobre los mecanismos del cambio que se busca. Strupp y Binder (1989), por ejemplo, establecen que este proceso se refiere a cuatro **tipos de información**

1. **naturaleza de la “enfermedad” previa y actual** incluyendo detalles sobre síntomas, historia de “enfermedades” relevantes de los miem-

bros de la familia, tratamientos anteriores y examen formal del estado mental

2. **historia de relaciones pasadas**, incluyendo una historia familiar detallada
3. información sobre **relaciones actuales**
4. observaciones de **transacciones en la relación terapéutica**

Cada propuesta de psicoterapia especifica los procedimientos por los que se obtiene la información relevante para la definición de las pautas disfuncionales a las que nos referiremos detalladamente en las fases intermedias.

En un trabajo previo (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, Mas Hesse 1997) planteábamos el siguiente listado de áreas a evaluar

1. evaluación del **problema**. (*¿Qué pasa?*)
2. evaluación de la **demanda** (*¿Por qué ahora?*)
3. evaluación de las **posibilidades de tratamiento** (*¿Qué será capaz de hacer para lograr lo que quiere?*)
4. evaluación de las **posibilidades de relación terapéutica** (*¿Cómo podríamos -ella y yo- trabajar para lograr eso?*)
5. evaluación de la **contratransferencia** (*¿Qué problemas me puede provocar esto?*)
6. evaluación del **contexto** (*¿Cómo repercutiría esto en el entorno y viceversa?*)

Listados de estas características son útiles como sistematizadores de la exploración que debe llevarse a cabo en estas fases. Sin embargo tienen el inconveniente de sugerir la idea de que podría llevarse a cabo *primero* un proceso de exploración completa y que *después* podría, sobre él, comenzarse a plantear una hipótesis sobre la que, *más tarde*, desarrollar un plan de tratamiento. Por ello preferimos entrenar a nuestros alumnos en el proceso de **formulación de casos** y pedirles que tengan en la cabeza la necesidad de completar este trabajo de formulación cuando emprenden las tareas exploratorias. Llamamos formulación al proceso por el que la información recogida durante la fase de evaluación se organiza en una serie de hipótesis sobre las que es posible entender la queja del paciente como un (conjunto de) problema(s) cuya solución supondría el logro de una serie de objetivos, y proponer una estrategia de tratamiento, previendo la modalidad, intensidad y duración del mismo y los problemas que más probablemente encontraremos durante su desarrollo. Es la intención de formular la que guía la exploración. Para mayor claridad expositiva hemos expuesto lo referente a la formulación en un capítulo aparte.

2. Construcción de la alianza de trabajo

La necesidad de cumplir el segundo objetivo de las fases iniciales –establecimiento de una **relación terapéutica**– es, una vez que se enuncia, obvia: de nada nos sirve una apreciación muy exacta del problema a tratar si no se dan las condiciones (de confianza, de acuerdo sobre la naturaleza de la tarea y sobre los respectivos roles a asumir en ella por el terapeuta y el paciente) que nos han de permitir trabajar. Sin embargo, parece necesario explicitarlo porque, a pesar de que todo terapeuta con cierta experiencia se ha visto en alguna ocasión renunciando a obtener alguna información o ralentizando el proceso de adquirirla para salvaguardar esta relación o, incluso, ha salido muy satisfecho de alguna primera entrevista en la que casi ni ha podido averiguar la naturaleza del problema sólo porque ha conseguido remover los obstáculos que inicialmente tendía el paciente ante cualquier intento de aproximación productiva, es frecuente que este objetivo se omita en los textos introductorios.

Ramiro es un funcionario de Correos que acude de urgencias al centro de salud mental con un informe de la urgencia del hospital a la que había sido conducido por la policía tras protagonizar un incidente en el trabajo al descubrir una errata en su nombre en un listado, que pensaba que era intencionada y respondía a una conspiración de sus compañeros para humillarlo. Se trata de un varón de 29 años, que vive sólo, que, según los compañeros que le acompañaron al hospital, siempre ha rehuido los contactos sociales, pero que, hasta la fecha, había sido un trabajador ejemplar. Se comporta ante el entrevistador como si este fuera un policía que le va a someter a un interrogatorio y le dice que ha venido sólo para evitar que el juez, alertado por la policía, le detenga; que sabe que tiene derecho a guardar silencio, aunque está seguro de que el terapeuta ya habrá urdido algún plan para evitar que ejerza sus derechos porque al fin y al cabo cobra por obedecer a los jueces y a la policía sin pararse a pensar el la justicia de las decisiones de estos... El terapeuta le dice que (el terapeuta) está ofendidísimo porque está siendo víctima de una acusación infundada por parte de Ramiro, y que le parece sorprendente que Ramiro le pida que le crea, cuando él (Ramiro) está demostrando que no sólo nunca creería al terapeuta, sino que ha aparecido allí y, sin conocerlo le está acusando injustamente de tener intenciones malignas y de estar vendido a no sabe quién. Ramiro dice que el no está acusando a nadie y el terapeuta le recuerda que acaba de decir que él estaba vendido a un juez injusto y de acuerdo con los compañeros de su trabajo y que pretendía lavarle el cerebro. “Si a mí, que no me conoce me trata así. ¿Cómo se yo que no le ha hecho algo parecido a esos que dice que le maltratan?”. Ramiro dice que no quería decir que eso fuera seguro y el psiquiatra le contesta que de todos modos se siente muy dolido por su sospecha. “Así no podría trabajar con usted. ¿Cómo podría yo confiar en lo que me dice si sé que usted me considera un potencial enemigo? No sé lo que le pasa pero casi prefiero que no me lo cuente, porque en esta situación de falta de confianza me iba a costar creer que lo que diga sea la verdad... Lo único que sé es que, por lo que sea, parece que lo está usted pasando muy mal y que, así, es probable que siga mucho tiempo igual, porque. ¿Quién va a querer ayudar a alguien que empieza acusando a personas a las que ni siquiera conoce? Ramiro pide perdón: “Tal vez con usted me he equivocado, pero usted no sabe...”. El terapeuta le dice que no quiere que le cuente nada

que haga que luego se sienta inseguro, que, de momento le basta con saber que, efectivamente, lo está pasando mal, que, por lo menos, no le va a mentir, y que si necesita ayuda va a recurrir a él. Ramiro llora cuando dice que sí que lo está pasando muy mal y pide perdón por no sentirse seguro como para contar exactamente lo que ha sucedido. Dice que en ese momento está muy confundido. Finalmente acuerdan una cita para el día siguiente. Al terminar la entrevista (tres cuartos de hora) las hojas de anamnésis de la historia están en blanco. El terapeuta está satisfecho. Año y medio después el paciente, que sigue trabajando sin grandes problemas, sigue acudiendo a consulta, aunque le sería aún muy difícil contar la historia de su enfermedad.

Casos como este suponen ilustraciones extremas de la afirmación de Marvin Goldfried (comunicación personal) de que el objetivo principal de la primera sesión es conseguir que haya una segunda.

En la medida en la que construir la alianza de trabajo es un objetivo de cuyo logro debemos asegurarnos antes de dar por terminadas las fases iniciales es preciso disponer de un modelo de alianza que nos permita observarla y, de algún modo, medirla. El concepto de alianza de trabajo se debe a Greenson (1967) que la define como *la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en la situación analítica*. Aunque tal idea ha sido duramente criticada en medios psicoanalíticos por presuponer la existencia de un área del yo libre de conflicto el uso del concepto (como *alianza de trabajo* o *alianza terapéutica*) se ha generalizado desde entonces y ha sido objeto de diversas formalizaciones y de una buena cantidad de investigación en la que ha aparecido como potente indicador de resultados (Gelso y Carter, 1985; Horvath y Greenberg, 1989; Moras y Strupp, 1982). Una de las propuestas de formalización que, por su simplicidad ha tenido más aceptación ha sido la de Bordin (1979) que se refiere a la colaboración entre paciente(s) y terapeuta(s) en tres diferentes escenarios: tareas, objetivos y vínculos. La alianza en cuanto a **tareas** se refiere al acuerdo entre terapeuta y paciente en cuanto a que las actividades que se llevan a cabo durante las sesiones (o como resultado de las mismas, como en el caso de las tareas para casa) es pertinente y útil para tratar el problema del paciente. El componente **objetivos** se refiere al acuerdo en cuanto a qué es lo que pretende lograrse con la intervención. El concepto de **vínculos** se refiere a la relación entre ambos e incluye aspectos como la confianza, la aceptación o la empatía. Un concepto relacionado con este aspecto de la alianza es el de *rappport*. Malan define el *rappport* como “el grado de contacto afectivo entre paciente y terapeuta”. Para este autor la atención al *rappport* es una actividad central del terapeuta y la sensibilidad para detectar sus oscilaciones una cualidad imprescindible para la práctica de la psicoterapia. Para Malan el criterio por el que una interpretación puede considerarse acertada es, ni más ni menos, porque produce un incremento del *rappport* (Malan, 1979).

Terapeutas de orientación más cognitivo-conductual como Marvin Goldfried han utilizado, en ocasiones, para referirse a la alianza de trabajo la metáfora de la *anestesia*. Como la anestesia en cirugía, la alianza de trabajo sería un requisito para que las intervenciones terapéuticas puedan actuar, aunque ella no sea terapéutica en sí misma. El propio Marvin Goldfried nos contaba como un terapeuta experiencial (Lesley Greenberg) le hizo ver que es difícil sostener que algo que incluye entre sus componentes los lazos interpersonales entre terapeuta y paciente no tenga efectos terapéuticos (al menos vía *experiencia emocional correctiva*).

Dado que, en las fases iniciales, es más fácil que cada uno de los participantes en la terapia atribuya al otro ideas y sentimientos respecto a cada uno de estos aspectos (tareas, objetivos y vínculos) que no se correspondan con los que éste experimente, es preciso que el terapeuta esté entrenado para reconocer y explore los signos de acuerdo con respecto a cada uno de estos componentes:

Elena se esforzaba denodadamente por proporcionar toda suerte de información sobre sus síntomas en las primeras sesiones. A cada pregunta del terapeuta respondía añadiendo nuevos detalles y ejemplos. Parecía encontrarse a gusto haciendo esto. Tampoco el terapeuta estaba descontento y, en la supervisión describió a Elena como "muy colaboradora". Cuando, después de hablar con su supervisora, le pidió a Elena que le contara lo que le parecía que habían estado haciendo hasta entonces esta le dijo que contarle al terapeuta todo lo que sabía sobre los síntomas para que él, que era médico, pudiera proporcionarle un remedio que los hiciera desaparecer. El terapeuta le explicó que lo que pretendía es que revisaran juntos las circunstancias que le habían llevado a la situación que motivó la consulta para que ella pudiera considerar el actuar de otra forma. La paciente se mostró desanimada porque había interpretado el trabajo que estaban haciendo como señal de que estaban cerca de "acertar por fin con lo que tenía y darle una medicación adecuada" (y ahora resultaba que tenía que iniciar una exposición sistemática) y porque ahora pensaba que lo que había interpretado como interés del médico por ella era una estratagema para obligarla a hacer lo que le daba miedo hacer. Terapeuta y paciente no estaban de acuerdo sobre en que consistían las tareas que debían afrontar en la terapia y para qué eran importantes e interpretaban las actividades que realizaban de modo distinto.

La terapeuta de Noemí había quedado impresionada por lo que pareció superficialidad en sus relaciones afectivas, su hostilidad con las mujeres y su conducta provocativa con los hombres y su modo dramático de solicitar afecto o atención. Consignó en la historia un diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad. Consideró que la relación de Noemí con su actual novio (15 años mayor que ella y líder en una comunidad marginal) potenciaba este patrón de comportamiento y pensó en trabajar sobre esta relación. Noemí colaboró al principio. Poco a poco fue mostrándose irritada con la terapeuta. Finalmente le recordó que había acudido a consulta por un problema de insomnio, que la terapeuta le había sido útil porque le había hecho notar que guardaba relación con el consumo de psicoestimulantes (que había controlado desde la primera sesión) y que no tenía intención de cambiar nada más en su vida.

Un desacuerdo en los objetivos como el del ejemplo anterior, puede ocurrir por la situación inversa.

Raúl acude a consulta con un cuadro depresivo que fue puesto en relación con la muerte de su padre un año antes. Quince sesiones más tarde, ya eutímico, Raúl expresaba su sorpresa ante la mención, por parte del terapeuta de la posibilidad del alta porque él esperaba que, ya que habían estado hablando de tantas cosas de su vida, la terapia podría servirle para decirse por fin escribir y poder así dejar el empleo de administrativo en el que trabajaba.

El caso de Ramiro, citado un poco más arriba (página 96) podría servir para ilustrar la necesidad de atender al componente relacional de la alianza terapéutica en las primeras sesiones de la terapia.

3. Contrato

El tercer objetivo de las fases iniciales –el establecimiento de un **contrato**– es más controvertido y nos ha dado pie a muchas –y productivas– discusiones cuando lo hemos expuesto en cursos y seminarios. En nuestro país casi ningún terapeuta establece –ni siquiera en el sector privado– un contrato escrito. Un contrato verbal que, por lo menos explicita el monto de los honorarios, el horario, qué sucede en caso de urgencia y qué se espera de cada una de las partes, parece inevitable en el marco de la práctica privada. Pero la situación es menos clara en la práctica pública (podría parecer que la atención psicoterapéutica se atiene a un contrato general sobre uso de servicios ofertados por el Estado) y hemos oído a muchos compañeros sostener que ellos *no hacen contrato*. Nuestra postura al respecto es que el contrato es un elemento central en la práctica de la psicoterapia. Hasta el extremo de que nos parece, sencillamente, **imposible trabajar sin contrato** o, dicho de otro modo, **no creemos que sea verdad que estos compañeros trabajen sin contrato**. Lo que es posible es **no hacer explícito –a veces ni siquiera hacer consciente– el contrato que se firma**. Nuestra hipótesis es que allí donde alguien pretende trabajar sin contrato lo que existe es un **contrato implícito**. En el peor de los casos más o menos en los siguientes términos:

“No se muy bien que le pasa, pero, le veré a usted cuando tenga sitio en mi agenda, durante un lapso de tiempo que depende del follón que tenga en la sala de espera y mientras usted no se cure, se desespere o tenga dinero para pagarse un buen psiquiatra, con el fin de enterarme de si usted mejora o muere a causa de la medicación que le he prescrito. Tampoco se si hago todo esto porque me parece usted una mujer maravillosa o porque me pagan para ello” (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 1997).

Es importante hacer manifiesto algo diferente y las fases iniciales deben terminar con una discusión explícita de un contrato que se convierte, así, en

un instrumento terapéutico y de control del proceso. Las fases iniciales se extienden, por tanto, desde el primer contacto hasta el contrato.

Un contrato debe referirse al menos a tres áreas diferentes. En primer lugar debe referirse a lo que suele llamarse **foco**, esto es el tema o narrativa principal sobre el que versará la terapia. Se trata de acordar una versión del problema que puede ser compartida por terapeuta y paciente y que permita organizar el trabajo. Para conseguir esto la terapeuta debe hacer partícipe al paciente de su **hipótesis** sobre que le pasa a través de una exposición fundamentada que generalmente va a incluir alguna referencia a la base teórica que lo sustenta. Este tipo de referencia que nunca fue extraña a los practicantes de la modificación de conducta, se ha impuesto también en los manuales de terapias cognitivas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), interpersonales (Klerman Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984) o psicodinámicos (Luborsky, 1984; Strupp y Binder, 1989; Ryle, 1990, 1995). Esta exposición debe incluir una estimación **pronóstica** y servir para justificar una **propuesta de tratamiento**. Las siguientes viñetas ilustran explicitaciones del foco en diversos contratos.

VIÑETA 1:

... De modo que todas esas cosas que usted me ha estado contando (su tristeza, sus ganas de llorar, su cansancio, su incapacidad de dormir más de tres horas, su falta de ganas de hacer nada, su modo pesimista de afrontar las cosas, esa sensación de que usted lo hace todo mal y esa tendencia a echarse la culpa de todo, sus deseos de no despertar por las mañanas, sus ideas de quitarse la vida...), en fin, todo eso, constituye lo que nosotros (los profesionales) llamamos una depresión. Sé que cuando alguien está tan deprimido como usted le cuesta trabajo dar crédito a lo que le voy a decir a continuación, pero quiero que usted sepa, al menos, cuales son las razones y los objetivos que yo tengo para trabajar con usted. La depresión es un trastorno bien conocido. Y hoy disponemos no de uno, sino de muchos modos de tratarla. Utilizaremos de entrada uno, pero recurriremos a otro si fuera necesario. De hecho, por lo que sabemos sobre el curso natural de este trastorno, usted saldría de esta situación en la que se encuentra incluso sin tratamiento (... ya sé que eso cuesta creérselo cuando uno se siente como se siente usted). Lo que conseguiremos con el tratamiento es que salga antes. Una de las cosas que sabemos sobre los trastornos depresivos es que es frecuente que aparezcan en personas que han tenido el tipo de experiencia que usted me ha estado contando que tuvo alrededor de la enfermedad y de la muerte de su padre. Probablemente aquella experiencia implicó tal cantidad y tal intensidad de sentimientos que, obligada como estaba a dedicarse noche y día a cuidarlo, usted no pudo dedicarles suficiente atención. Probablemente por eso sucedió lo que me contaba que le causó tanta sorpresa de no poder llorar en el entierro. A usted le costaba hablar de ello incluso aquí. Y por lo que cuenta ha evitado volver a pensar en ello desde que sucedió porque le parece demasiado doloroso. Le voy a pedir, sin embargo, que sigamos hablando aquí de ello. Hoy le ha costado pero me acaba de decir que ahora no se encuentra tal mal. En todo caso se trataría de pasarlo mal aquí (donde cuanto conmigo para ayudarle) para dejar de pasarlo mal fuera. Porque si conseguimos que usted pueda pensar sus experiencias y ponerlas en su sitio, conseguiremos que dejen de interferir en su vida cotidiana (del contrato para terapia interpersonal de una depresión).

VIÑETA 2:

Hemos podido ver cómo todas esas sensaciones que le preocupan (inquietud, taquicardia, palpitaciones, sensación de tensión, sensación de falta de aire...) se corresponden con la respuesta de nuestro organismo cuando tiene que afrontar un peligro o con sus consecuencias (como el dolor debido a la contracción muscular sostenida o el hormigueo debido a la hiperventilación). A nadie le extrañaría que usted las tuviera si hubiera aparecido un león por esa puerta. En ese caso serían no sólo normales, sino útiles. Lo malo es que estas reacciones se producen en usted sin que podamos identificar cual es el estímulo que las provoca. Y que, además, cuando usted empieza a sentir las atribuye a que algo no funciona bien en su cuerpo, piensa que pueden deberse a una enfermedad grave y se asusta aún más, con lo que las sensaciones aumentan y se establece un círculo vicioso. Muchas personas experimentan este tipo de crisis. Aquí podemos intentar, en primer lugar que adquiera algún tipo de instrumento para cortar ese círculo vicioso (benzodiazepinas, relajación, entrenamiento en autoinstrucciones...). Además vamos a preguntarnos que es lo que puede hacer que justamente ahora sienta usted ese miedo. Me ha hablado usted de momentos en su vida en los que ha tenido miedo de no satisfacer las expectativas que tenían sobre usted otras personas (como su padre...). Y también me ha dicho que ahora siente que no va a poder estar a la altura de lo que se le exige en el trabajo. Vamos a explorar esto (...). La idea es que de este modo consigüemos evitar que se repitan las crisis. Lo que nos va a costar más es que desaparezca ese miedo a que la crisis se repita...

VIÑETA 3:

Está usted sorprendida porque es ahora y no cuando tuvo que enfrentar todas aquellas adversidades cuando se ha hundido. Pero su situación ahora es muy diferente. Entonces usted estaba agobiada por la necesidad de sacar adelante a sus hijos, y supo afrontarlo. Ahora es usted la que está enferma y recibiendo quimioterapia. Ahora es a usted la que le correspondería pedir ayuda. Por lo que me ha contado parece que usted nunca pudo aprender a pedir ayuda. Y que, aunque entiende que los demás lo hagan, se siente mal si tiene que hacerlo usted. Podemos intentar comprender por qué se da a usted misma un trato tan diferente del que da a los demás y que piense que podría hacer para tratarse de un modo acorde a su actual situación.

En segundo lugar el contrato debe referirse al **encuadre**. Este debe definirse en términos de personas incluidas en el proceso (individual, de pareja, de familia, de grupo...), lugar en el que va llevarse a cabo, posición (cara a cara o no, en la mesa o en los sillones...), horario, frecuencia y duración de las sesiones, manejo de incidencias como retrasos, citas perdidas o canceladas, urgencias o citas extras y duración previsible (ilimitado, con pretensión de brevedad, con fecha de terminación fija, con número de sesiones predeterminado...). Deben explicitarse las normas básicas que han de regular la actividad del paciente (asociación libre, cumplimiento de las tareas para casa...) y del terapeuta (contestará o no a todas las preguntas, preguntará directamente o no, dará o no opiniones o consejos...). En el capítulo correspondiente a las fases intermedias nos referiremos a cómo elegir el encuadre cuando esta elección es posible. Lo que aquí nos interesa es resaltar que los detalles del mismo deben ser explicitados con el paciente antes de entrar en

las fases intermedias. La siguiente viñeta ilustra una posible intervención para atender a esta parte del contrato.

Lo que le propongo entonces es que nos veamos aquí, en mi consulta más o menos una vez a la semana, que procuraremos que sea, como hoy, los miércoles a primera hora. Las sesiones durarán treinta minutos. Por eso es importante que llegue usted a tiempo ya que si empezamos tarde no podremos recuperarlo. En principio yo estaré disponible a la hora que hemos estipulado. Si por alguna circunstancia –por que debo atender una urgencia, por ejemplo– no puede ser así y comenzamos tarde por este motivo, entonces sí recuperaremos el tiempo. Si, por lo que fuera, tiene que cancelar una cita hágalo por favor en la sesión anterior o, al menos, con más de dos días e antelación para que yo pueda reestructurar mi agenda (en un contexto privado señalar que si no, se cobrará la sesión). Calculo que el tratamiento durará unas 10 sesiones, esto es, hasta finales de junio. En cualquier caso fijaremos la fecha definitiva con, al menos, tres sesiones de antelación. Si en algún momento precisa una atención extraordinaria urgente podrá acudir al centro o al servicio del hospital si es en horario de tarde o noche. Allí le atenderá un especialista, pero no se le garantiza que sea el propio terapeuta. Lo que usted y yo haremos a partir de ahora será en cierta modo diferente de lo que hemos hecho hasta el momento. Yo creo haberme hecho una idea lo suficientemente precisa como para no tener que interrumpirle para preguntarle por informaciones básicas (¿Pilar es su mujer? ¿Tiene usted otro hermano?). A partir de este momento haré menos preguntas que hasta ahora. Le escucharé e intentaré ayudarle a detenerse en aquellas cosas de lo que cuente en las que me parece que le pasa algo inadvertido. Como ya le he dicho no le daré consejos ni le daré mi opinión personal respecto a decisiones que usted deba adoptar. Seguramente ya ha oído usted muchos consejos antes de venir aquí. Y si no ha podido actuar de un modo más satisfactorio para usted no ha sido porque no sepa cual sería ese, sino porque, aunque lo sepa, algo le impide hacerlo (como quien no puede dejar de fumar aunque sepa que el tabaco le perjudica...). Usted ya sabe el tipo de cosas que podrían estar en relación con su problema. Se le pide que centre su atención en ellas pero, que, en cualquier caso diga aquello que durante las sesiones le venga a la cabeza y que comparta conmigo sus sentimientos. Quiero decirle que no hay cosas de las que sea inconveniente hablar. Espero que me cuente lo que se le ocurra y me haga saber lo que siente también (estoy por decirle que especialmente) si se refiere a cosas que tienen que ver conmigo, con nuestra relación o con la terapia. Por supuesto que también puede hacer las preguntas que se le ocurran. Lo que quiero aclararle sobre las preguntas es que yo se las contestaré si creo que el responderlas nos va a permitir avanzar en la terapia. En otras ocasiones será mejor para la terapia que nos preguntemos juntos por qué ha considerado interesante hacer tal o cual pregunta. Y en ese caso, en lugar de contestar a su pregunta, se lo haré saber. ¿Quiere aclarar alguna cosa sobre cómo vamos a trabajar?

Por último, el contrato debe establecer los **objetivos** del tratamiento y explicitar las expectativas de ambos participantes. Los objetivos, deben ser limitados, realistas y evaluables (*vamos a trabajar para conseguir que pueda subir al autobús sin sufrir estos ahogos*), huyendo de definiciones vagas y formulaciones muy generales (*ser más feliz*). Definir correctamente unos objetivos supone considerar sus

Cuadro 1: Contrato en psicoterapia

1.- FOCO

Devolución

hipótesis del terapeuta (razonada)

estimación **pronóstica**

justificación de una **propuesta de tratamiento**

Acuerdo de una versión conjunta (terapeuta/paciente) del problema

2.- ENCUADRE

- individual/pareja/familiar/grupo
- lugar/posición
- frecuencia/duración de las visitas
- manejo de incidencias
 - retrasos
 - citas perdidas/canceladas
 - prolongación derivación
 - urgencias/citas extra
- ilimitado (¿hasta cuándo?, ¿hasta conseguir qué?), por tiempo predeterminado (nº de sesiones determinado, nº de horas determinado)
- normas del paciente (asociación, tareas para casa...)
- normas del terapeuta (directividad, respuesta a preguntas, consejos...)

3.- OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

costos y los riesgos que entraña su prosecución y establecer unos marcadores de logro que nos permitan saber en que medida nos aproximamos o no a ellos.

El **cuadro 1** resume los requisitos del contrato que hemos comentado hasta aquí. Estamos convencidos de que el establecimiento de un contrato de estas características supone enormes ventajas en la práctica de la psicoterapia en el sector público. Nuestra recomendación es que cada terapeuta se familiarice con un contrato tipo que adapte a las características de cada paciente. El momento de establecer el contrato suele aportar mucha información sobre expectativas y actitudes del paciente. El haber explicitado las condiciones de tratamiento reglamentadamente facilita la referencia al encuadre que, en ocasiones se convierten en un elemento central de la terapia.

2. Tareas

1. Exploratorias

La necesidad de desarrollar en los momentos iniciales de la terapia una labor de exploración que guíe su curso posterior es tan obvia que muchos autores han llamado a esta fase sencillamente fase de evaluación. Aunque ya

hemos explicado por qué no estamos de acuerdo con esta denominación, indudablemente la labor de exploración es básica durante lo que nosotros llamaremos fases iniciales.

La exploración para la psicoterapia no puede reducirse a la exploración psicopatológica. Debe abarcar además otros campos sin cuyo conocimiento sería imposible anticipar el curso (y aún la viabilidad) de la intervención psicoterapéutica. En un trabajo previo (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse, 1997) establecimos cuatro orientaciones para estas **tareas exploratorias**:

1. **Problema** (síntomas, afectos, cogniciones, conductas, biografía, circunstancias concomitantes... relaciones pasadas o presentes, relación terapéutica)
2. **Ámbito de manifestación** (pasado, presente, relación terapéutica...)
3. **Posibilidades de tratamiento** (predisposición para el cambio, motivación, experiencias de tratamientos anteriores...)
4. **Factores limitantes y facilitadores** (nivel cultural, capacidad de verbalización, sistemas de apoyo...)

Como queda dicho en el apartado anterior la tarea exploratoria en estas fases es una labor finalista que debe ser guiada por el objetivo de llegar a una formulación en los términos en los que desarrolla en el capítulo correspondiente (página 113). El instrumento para la exploración es, obviamente la conversación en la que la intervención del terapeuta toma, sobre todo, y aún en mayor medida que en otras fases, la forma de pregunta.

2. Explicación o interpretación de prueba

En cualquier caso, las tareas que se desarrollan durante las fases iniciales no son exclusivamente exploratorias. En otro lugar (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Benito Cano, Mas Hesse y Rodríguez Vega, 1997) incluimos otras dos: la **explicación o interpretación de prueba** y la **definición de los roles de terapeuta y paciente**.

Las explicaciones o interpretaciones de prueba son *intervenciones orientadas a proporcionar una demostración de la capacidad de paciente y terapeuta de trabajar en diferentes registros y a servir de base para el acuerdo de un foco en el contrato*. Su empleo, habitual también en las terapias tradicionales más prescriptivas, ha ido haciéndose rutinario en las propuestas más expresivas hasta convertirse en un elemento central de las fases iniciales para terapeutas como Davanloo (1990) o Strupp y Binder (1989).

Lo que la explicación o interpretación de prueba pone de manifiesto antes que nada es la capacidad del paciente para la auto-observación y la viabilidad

del acompañamiento entre terapeuta y paciente. La propuesta de contrato que hemos hecho más arriba supone necesariamente que en el momento de hacerlo hemos conseguido acordar con la(s) paciente(s) una primera explicación de su problema que nos va a permitir justificar nuestra propuesta de tratamiento. Para ello terapeuta y paciente han generado una narrativa que incluye la posibilidad de trabajar para el cambio. La respuesta del paciente a nuestras propuestas de explicación y su capacidad de modificar sobre ellas su propia narrativa nos va a proporcionar la información decisiva para optar por uno u otro modo de afrontar su problema en la terapia. Se entiende que los componentes emocional y comportamental (incluida la conducta no verbal durante la entrevista) son, si cabe, más importantes que la respuesta verbal y la manifestación o no de acuerdo.

3. Definición de los roles de terapeuta y paciente

La **definición de los roles de terapeuta y paciente** es crucial, ocurre en estas fases tempranas y depende sólo en escasa medida de lo que se explicita en el contrato. Se trata de hacer surgir entre dos personas desconocidas una relación **compatible con el trabajo y aceptable por ambas partes**. Esto sucede en cualquier encuentro terapéutico y ha sido bien analizado, por ejemplo por Beitman (1987). Este primer encuentro terapeuta-paciente se juega en primer lugar en un terreno interpersonal. Las características externas (aspecto, cultura, sexo, edad, estilo de comunicación, signos externos denotadores de valores –medallas, insignias, adornos, vestido, periódico que se lee...) de ambos participantes pueden hacer anticipar el curso de la relación determinando un grado de simpatía preliminar. Pero este encuentro se verifica también en un registro **experto/lego**. El paciente ha de reconocer en la terapeuta la competencia necesaria para poder ponerse confiadamente en sus manos. Esta operación es más complicada en el sector público ya que en el sector privado es precisamente la suposición de esa competencia lo que lleva al paciente a un determinado terapeuta y en el sector público no se elige la terapeuta (la pertenencia al sistema público no es generalmente admitida como una buena garantía por la mayoría de los que acuden a él). Pero la verdadera dificultad adicional en la asistencia pública es que esta relación se juega también en el registro **administración/usuario**. El paciente es un ciudadano con derecho al tratamiento que el Estado le garantiza *a través* de la terapeuta. La situación se complica aún más si, además, la terapeuta tiene que determinar, por ejemplo, si el paciente debe estar de baja laboral o no. La creciente presencia de los terceros pagadores en el sector privado ha determinado que estas características que antes eran propias del sistema público afecten a un

número creciente de psicoterapeutas. Una buena alianza de trabajo sólo puede establecerse cuando se consigue hacer prevalecer el registro experto/lego sobre los otros dos.

Hacer esto correctamente requiere una atención específica al problema. La exploración de las expectativas e ideas preconcebidas del paciente sobre el tratamiento, sus métodos y sus posibilidades deben ser exploradas sistemáticamente. La pregunta sobre como cree el paciente que podríamos ayudarle y cómo se imagina el tratamiento no debería omitirse nunca. Se deben prestar particular atención a los indicadores indirectos de la evolución de la relación (postura, miradas, comentarios) y buscar retroinformación sobre las iniciativas del terapeuta. El terapeuta debe explorar también sus sentimientos de entrada sobre el paciente y preguntarse por el modo en que podrían posteriormente influir en el curso de la terapia.

3. Problemas

En un grupo de consenso realizado con psicoterapeutas del sector público de Madrid (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Benito Cano, Mas Hesse y Rodríguez Vega, 1997) se acordaron cuales eran los **problemas** más frecuentemente afrontados por estos terapeutas durante las fases iniciales. Se señalaron cinco. En primer lugar es relativamente frecuente **que el paciente acuda a la consulta con una idea preconcebida de cual pueda ser la ayuda que va a recibir** que resulte incompatible con las condiciones de trabajo en las que se desarrolla el trabajo de ese psicoterapeuta en concreto (en la práctica pública, en un contexto sin facilidades de hospitalización...) o inadecuado para la resolución de su problema. Este tipo de situación requiere un trabajo de **reformulación de la demanda**. Si esto no se consigue puede acabar con la quiebra de la relación y hacer imposible la psicoterapia.

Puede ocurrir también que las **características personales** (aspecto, cultura, sexo, edad, estilo de comunicación, exposición de valores) del terapeuta resulten inaceptables para el paciente o las mismas características o la naturaleza del problema (abusos, violencia...) aparezcan como inmanejables por motivos personales del terapeuta. Estas circunstancias pueden hacer aconsejable un cambio de terapeuta.

En tercer lugar puede ocurrir que después de un tiempo prudencial de trabajo **no se consigan acordar unos objetivos** para una intervención psicoterapéutica. Ello puede deberse a que el terapeuta no considere indicación de intervención psicoterapéutica, o, al menos, de intervención en las condiciones en las que él la practica (sector público, terceros pagadores...) los obje-

tivos perseguidos por el paciente –del tipo de “desarrollo personal”, “conocerse mejor...”. O bien puede deberse a que el paciente no acepte involucrarse en una intervención psicoterapéutica. Esta situación puede ser motivo de fin de la intervención, de indicación de otra modalidad de atención o de postergar la fijación de objetivos.

En ocasiones aunque haya sido posible marcar objetivos, **no se consigue acordar un foco o, aun con este fijado, no se consigue acordar el encuadre** (individual, familiar o de grupo) que al terapeuta le parecería más adecuado para hacer frente al problema. En tal situación se procede a **intentar formular el foco en otro registro** (afecto, cogniciones, conducta, relaciones, síntomas...), o a **acordar un encuadre compatible con el tratamiento** aunque no sea el ideal (nótese que en la práctica privada la no aceptación del encuadre propuesto de entrada por el terapeuta supone con frecuencia –piénsese por ejemplo en la práctica habitual de psicoanalistas o sistémicos– la no conclusión del contrato).

Un problema diferente en cuanto al **encuadre** es el del paciente que sí acepta un determinado encuadre, pero que lo transgrede a continuación (realizando llamadas o presentándose entre sesiones, llegando tarde, resistiéndose a terminar las sesiones, preguntando por la vida privada del terapeuta o pretendiendo relacionarse con él fuera de la consulta...). Estas transgresiones tempranas deben ser entendidas y manejadas como escenificaciones de las pautas maladaptativas que van a ser objeto del tratamiento. Ante este tipo de situaciones Beitman (1987) plantea cuatro posibles alternativas. La primera es recordar al paciente el encuadre y pedir que se adapte a él.

En la sesión anterior quedamos en que íbamos a trabajar durante treinta minutos y que transcurrido ese tiempo terminaríamos la sesión. Si usted elige hablar de otros temas y relega para cuando ya se ha agotado el tiempo un tema tan importante, nos veremos obligados –como sucede ahora– a posponerlo hasta la semana que viene. Le sugiero que en la próxima sesión empiece por allí para que podamos aprovechar el tiempo.

En nuestro modo de hacer esta función puede llevarse a cabo con un estilo más exploratorio que, además, nos permite comprobar si el paciente ha comprendido el contrato.

TERAPEUTA: ¡Ah!, ¡Ah!, Me parece que está ocurriendo algo muy importante... Permítame que le interrumpa. ¿Recuerda usted lo que acordamos sobre la frecuencia y la duración de las sesiones?

PACIENTE: ¡Claro!

TERAPEUTA: ¿Puede recordármelo a mí?

PACIENTE: Usted dijo que nos veríamos los miércoles, durante treinta minutos.

TERAPEUTA: Y usted estuvo de acuerdo.

PACIENTE: ¡Claro!

TERAPEUTA: ¿Sabe usted qué hora es?

PACIENTE: Las nueve y media, es verdad.

TERAPEUTA: Esto que empezaba a contarme cuando le he interrumpido ¿Le parece que es importante para el trabajo que acordamos que hemos de hacer?

PACIENTE: Lo más importante.

TERAPEUTA: ¿Mas importante que lo que me ha estado contando hasta ahora sobre lo mal que se han portado los de su banco?

PACIENTE: ¡Mucho más!

TERAPEUTA: Pero me lo pretende empezar a contar ahora cuando, como acaba de decirme, sabe que es imposible porque tenemos que terminar la sesión. Vamos a dejarlo hoy aquí. Le sugiero que comencemos la próxima sesión con esa historia y, además, preguntándonos por qué hoy ha hecho esto. Porque a lo mejor esto es algo que usted hace en más ocasiones. Y a lo mejor hacer este tipo de cosas tiene que ver con lo que le pasa...

La segunda de las alternativas que Beitman señala es explicar las razones de que el contrato esté establecido así:

TERAPEUTA: ¿Recuerda usted que una de las cosas que hablamos es que hay preguntas que constataría y preguntas que nos servirían para trabajar?

PACIENTE: Es verdad

TERAPEUTA: ¿Y qué le puse, precisamente, como ejemplo, las preguntas sobre aspectos de mi vida personal?

PACIENTE: Si

TERAPEUTA: Y sin embargo me acaba de preguntar si yo no tengo ese tipo de discusiones con mi mujer. ¿Usted cree que a usted le ayudará a salir de su problema saber si yo discuto así con mi mujer? ¿Cambiaría algo si yo le dijera que sí? ¿O que no?

PACIENTE: No se, yo...

TERAPEUTA: ¿Conoce usted otras personas que tengan esas discusiones? ¿Y que no las tengan?

PACIENTE: Si, de las dos.

TERAPEUTA: ¿Y le ha servido para arreglar su problema...?

PACIENTE: No, pero me es fácil hablar con las que los han tenido...

TERAPEUTA: ¿Y le sería más fácil hablar conmigo si le dijera que sí?

PACIENTE: Si.

TERAPEUTA: ¿Por qué?

PACIENTE: Porque pensaría que me comprende.

TERAPEUTA: Como le comprenden esos amigos que también les pasa.

PACIENTE: Si.

TERAPEUTA: El que esos amigos le comprendan. ¿Le ha hecho resolver su problema hasta ahora?

PACIENTE: Claro que no. Por eso he tenido que venir. Pero me ha ayudado a aguantar.

TERAPEUTA: Y usted. ¿Ha venido aquí a que le ayude a aguantar en la situación que le está provocando todo ese sufrimiento o a salir de ella?

PACIENTE: ¡A salir! ¡Ya le dije que no lo aguanto más!

TERAPEUTA: O sea que si yo hiciera lo que hacen sus amigos (apoyarle, decirle que su modo de comportarse es normal) eso sólo le serviría en todo caso, para seguir como está. Yo tengo que hacer otra cosa, tengo que hacer algo diferente de lo que ya han hecho sus amigos y que no le ha servido para resolver el problema... Y si hago lo que hacen los amigos no pue-

do hacer lo otro. Por eso esta es una de esas preguntas que no voy a contestar. Pero nos va a venir bien su pregunta para aprender cosas que sí pueden ser útiles. Dígame, ¿cómo se siente usted ahora hablando de esto conmigo, sin saber si yo tengo o no este tipo de discusiones en mi vida privada?

La última pregunta del ejemplo anterior abriría la tercera de las estrategias que plantea Beitman (1987) que es confrontar e interpretar la violación (como una manifestación de la pauta problema) Nos referiremos a esta posibilidad en el capítulo sobre pautas problema.

Beitman (1987), por último, plantea la posibilidad de aceptar y utilizar paradójicamente la violación del encuadre.

Marian no ha traído el registro de alimentos que le pedimos en la sesión pasada. A lo mejor Marian se ha dado cuenta que, si lo volveríamos hablar de comida también aquí en las sesiones de terapia de familia. Y Marian, que ha estado proporcionando durante años una tarea común a la familia, seguramente, después de la sesión del otro día, ha llegado a la conclusión de que, estamos ya en un momento en el que podemos hablar de qué es lo que espera de cada uno de ustedes... Por eso, en lugar de hacer la tarea, ha iniciado estas disputas...

Por último, en ocasiones, **no se consigue una definición de los roles terapeuta/paciente** compatible con el trabajo psicoterapéutico (bien porque no se consigue hacer prevalecer el aspecto de relación profesional sobre el personal, bien porque se interponen aspectos burocrático-administrativos). En tales condiciones no es posible la psicoterapia por lo que caso de clara indicación, es preferible proponer un cambio de terapeuta.

Una fuente de problemas en estas fases deriva de cuál es la disposición para el cambio con que el paciente acude a la consulta (Prochaska y DiClemente, 1984). Como ya señalábamos en el capítulo sobre indicación de la psicoterapia la existencia de **motivación para el tratamiento** ha sido, en ocasiones, entendida como un requisito para el tratamiento. No nos parece que debe de ser así. Pero el grado de motivación existente es un aspecto determinante a la hora de establecer un plan de actuación. Lo que habrá que plantear con un paciente precontemplador (que ni siquiera se ha planteado la conveniencia de hacer algo para intentar cambiar) (Prochaska y DiClemente, 1984) es una estrategia que le haga experimentar como problemática (como no deseable, como necesitada de ser cambiada) la pauta de comportamientos, emociones, pensamientos y relaciones que va a ser objeto del tratamiento). Estos pacientes acuden a la consulta con narrativas dominadas por la impotencia (sus limitaciones les impiden hacer frente a los requerimientos de la vida), o de la externalización (lo que les ocurre es consecuencia de acontecimientos externos que ellos no pueden controlar). La conversación terapéutica ha de hacer surgir a partir de ellas otras narrativas en las se den dos condiciones: algo en esa secuencia de comportamientos, emociones, pensamientos y rela-

ciones es vivido como *parásito*, como indeseable y, a la vez, la terapia aparece como un procedimiento por el que el paciente *puede* hacer algo para evitarla. Este segundo aspecto (por el que el paciente adquiere la idea de ser capaz de hacer algo para cambiar a través de la terapia) es el central en los pacientes que acuden en fase de contemplación (Prochaska y DiClemente, 1984). Los pacientes que acuden en fase de preparación para la acción (Prochaska y DiClemente, 1984) o que están temiendo problemas para rentabilizar serios intentos de cambio que ya están llevando a cabo no requieren estas maniobras. En el capítulo sobre la fase de indicación se dan algunos ejemplos de transformación de estas narrativas de pasividad para cumplir el requisito de que el paciente se otorgue algún papel en el origen o la evolución del problema que hemos establecido como necesario para la psicoterapia.

No quisiéramos terminar este apartado sin hacer referencia a la aparición y a la consideración de **fenómenos transferenciales y contratransferenciales** en estas fases iniciales del proceso terapéutico. Los disparadores de los fenómenos transferenciales en estos primeros momentos son aquellos rasgos del terapeuta más evidentes (sexo, edad, modo de vestir...). El comienzo de la terapia en sí mismo puede ser vivido como una situación amenazante que desencadene el tipo que haga que se pongan en marcha los procedimientos por los que el paciente hace frente a las amenazas en los contextos interpersonales. Un determinado paciente adoptará una actitud seductora, otro se mostrará hostil, otro receloso o dependiente o deseoso de agradar. Nótese que como señala Beitman (1987) cada uno de esos estilos de relación *evoca* un determinado tipo de terapeuta. Si la capacidad de autoobservación del terapeuta le permite darse cuenta de hasta que punto el comportamiento del paciente le están pidiendo una determinada actitud y modo de conducir la entrevista (más activo, más cálido, más directivo, más protector, más cauteloso...) dispondrá de un instrumento valiosísimo para conocer y compartir información sobre el paciente. En ocasiones estos estilos interactivos que se disparan en situaciones de amenaza serán el objetivo de la terapia. Otras veces no lo serán. Pero serán siempre un elemento importante a la hora de prever el desarrollo de las estrategias a través de las que vamos a intentar facilitar el cambio. Es posible que ante pacientes que se sientan muy amenazados por la posibilidad de expresar sentimientos sea preferible utilizar técnicas cognitivas que experienciales o que estrategias que impliquen cierto grado de regresión sean desaconsejables en pacientes que tienden a establecer relaciones muy dependientes (precisamente cuando el objetivo de la terapia no es el cambio de uno u otro estilo interactivo).

Las características externas del paciente (sexo, edad, estatus, raza...) también pueden desencadenar automáticamente en el terapeuta reacciones basa-

das en estereotipos propios de su historia personal (que, en definitiva, es lo que llamamos **contratransferencia**). Un buen conocimiento de sí mismo (obtenible a través de la terapia personal, pero también a través del entrenamiento específico y de la supervisión) puede ayudar al terapeuta a identificar esta tendencia a reaccionar automáticamente y reconducir su forma de actuar del modo más adecuado para conseguir el beneficio del paciente. Hay algunos disparadores de la contratransferencia propios de esta fase que conviene recordar (Beitman, 1987). El primero es el diagnóstico. Si en la hoja de derivación que acompaña al paciente aparece el diagnóstico de *borderline*, *psicópata*, *histérico* (sobre todo *histérica*) o *rentista*, es difícil no sentir una sensación especial que modifica la actitud con la que recibiríamos a un depresivo o un agorafóbico. También es importante el estatus del paciente. Tratar famosos o personajes importantes de la comunidad puede inducir en el terapeuta comportamientos, que dependen sólo de su actitud ante determinados estereotipos, y puede ser origen de prácticas poco adecuadas. La importancia de este tipo de fenómenos se traduce en la necesidad de determinados derivantes de aclararnos quien es el sujeto al que nos van a mandar y en la de determinados terapeutas que creen importante contarnos a quien tratan o cual es el cargo que desempeña determinado paciente. Otro disparador específico de la transferencia son los derivantes. Los pacientes derivados por el jefe o por personas cuya opinión sobre nosotros nos preocupa especialmente pueden ser objeto de distorsiones. La presencia de este tipo de disparadores debería, por lo menos, inducir al yo observador del terapeuta, la pregunta sobre si están condicionando su modo de actuar (que nunca estará de más).

La formulación de casos para psicoterapia

La formulación es un proceso por el que la información recogida durante la fase de evaluación se organiza en una serie de hipótesis sobre las que es posible entender la queja del paciente como un (conjunto de) problema(s) cuya solución supondría el logro de una serie de objetivos, y proponer una estrategia

Cuadro 1: Guía para la presentación de casos para la formulación

La formulación es un trabajo que permite organizar la información obtenida durante el proceso de evaluación. Esa información es la que precisará el grupo para trabajar conjuntamente contigo en esta tarea. Puedes escoger para hacérsosla llegar el método expositivo que te parezca más útil. Si optas por el método clásico del informe clínico utilizado en el Sistema Nacional de Salud (que tiene la ventaja de ser familiar a todos y de marcar un lugar para cada tipo de información, lo que facilita su búsqueda) te proponemos algunas sugerencias

- 1) Divídelo en apartados que puedes señalar con las correspondientes siglas (**MC**: motivo de consulta, **EA**: enfermedad actual, **PP**: personalidad previa, **B**: Biografía, **AP**: antecedentes personales, **AF**: antecedentes familiares, **EC**: exploración clínica, **OE**: otras exploraciones, **T**: tratamiento, **D**: diagnóstico)
- 2) Adjunta un árbol familiar del paciente
- 3) Añade algo sobre el proceso mismo de obtención de la información anterior, el clima emocional y tus sentimientos y reacciones

gia de tratamiento, previendo la modalidad, intensidad y duración del mismo y los problemas que más probablemente encontraremos durante su desarrollo.

El procedimiento aquí expuesto se ha desarrollado con fines didácticos para ser utilizado en las sesiones de supervisión colectiva en el curso de formación de especialistas en psicoterapia desarrollado desde 1997 por los autores. En estas sesiones uno de los alumnos presenta la información obtenida del paciente, en bruto, según un esquema que sigue las directrices del informe estandar utilizado en el Sistema Nacional de Salud español. El expositor entrega el caso por escrito, cumplimentando la información estándar según las instrucciones que se proponen en el **cuadro 1**.

El proceso de formulación

El proceso de formulación se concibe como resultado de la realización de una serie de pasos que tratan de emular el proceso de organización de la información realizado, a veces de modo semiautomático y no consciente, por el terapeuta experto. De él deriva el **plan de tratamiento** y la propuesta de **contrato** con cuya negociación termina la fase de evaluación.

El **cuadro 2** esquematiza este proceso. En las líneas siguientes desarrollaremos su contenido en detalle:

Cuadro 2: Guía para la formulación

- 1.- ¿Cuál es la queja? **motivo de consulta**
- 2.- ¿Cómo se ha producido la consulta? **análisis de la demanda**
- 3.- ¿Cuál es el problema (o problemas)? **listado de problemas, fenómenos**
- 4.- ¿Cómo, cuando y con quién se pone(n) de manifiesto? **precipitantes,**
- 5.- ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? **estados mentales, defensas, modelos de relación**
- 6.- ¿Por qué se perpetúa(n)? **perpetuantes, refuerzos, ganancias neuróticas y secundarias**
- 7.- ¿Cómo se originó históricamente? **desarrollo, biografía, perspectiva transgeneracional**
- 8.- ¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento? **vulnerabilidad, déficits**
- 9.- ¿Qué puede facilitar el cambio? **recursos, fortalezas, oportunidades**
- 10.- ¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta? **realismo, límites**
- 11.- ¿Cuáles son los objetivos planteables para la terapia? **definición operativa**
- 12.- ¿Cuáles son los medios de que vamos a valernos para conseguir cada uno de ellos? **factores terapéuticos, estrategias, técnicas**
- 13.- ¿Qué curso de la terapia prevemos? **pronóstico**
- 14.- ¿Qué dificultades prevemos?
- 15.- ¿Qué contrato proponemos? **contrato**

1. ¿Cuál es la queja?

Se trata de esclarecer que es lo que el paciente presenta como motivo de su demanda de ayuda. Se intenta reflejar la óptica del paciente. En ocasiones, al terminar el proceso de evaluación, la queja del paciente puede no coincidir con el problema que, a los ojos del terapeuta debe ser considerado central para el tratamiento.

Matilde es una mujer de 47 años que acudió al centro de trabajo de uno de los alumnos de nuestro curso por haberse trasladado de ciudad la terapeuta que trató con antidepresivos y psicoterapia dinámica durante un año, un anterior episodio depresivo sufrido a la muerte de su padre hace 7 años. Según refiere desde hace 8 meses se ha producido un importante deterioro en tres áreas de su actividad. En primer lugar expone dificultades en su progresión profesional como profesora universitaria donde ha tenido problemas con sus superiores “por no saber ponerse en su sitio” ya que tiene méritos para ascender y para investigar que no ha sabido hacer valer. Por otra parte se ha producido el final de una relación de pareja (con un hombre 10 años más joven que ella, que ha encontrado una nueva compañera a la que se ha llevado a vivir a una casa de campo propiedad de la paciente, quien no encuentra el modo de desalojarlos de allí). Por fin Matilde se queja de que “tiene que colaborar” económicamente con un hermano (alcohólico abstinentes desde que se le diagnosticó una encefalopatía de Wernicke) que, a la muerte del padre hace 7 años, heredó un negocio familiar que estuvo llevando con otro hermano (heroínómano y enfermo de sida) que murió de sobredosis hace 4 meses, y que está siempre al borde de la quiebra, requiriendo de Matilde un dinero que nunca devuelve. Además la paciente convive en su domicilio actual (situado en un pequeño pueblo alejado al campus, lo que dificulta sus relaciones interpersonales) con su madre anciana y enferma, que exige una cantidad importante de cuidados y, además, según Matilde “se entromete” en el modo en que Matilde organiza su vida. La paciente, que ha sido bebedora social importante (mas de 80 gramos de alcohol al día) durante épocas anteriores de su vida, ha reiniciado en el actual episodio un consumo abusivo de alcohol en solitario que dificulta su desempeño laboral y sus relaciones interpersonales.

*En el trabajo realizado en el grupo de supervisión se señalaron como quejas o motivo de la consulta 1) la ansiedad, 2) la tristeza y pérdida de interés y 3) los sentimientos de minusvalía. El consumo abusivo de alcohol (que la ha hecho aparecer intoxicada en la consulta) será señalado, posteriormente en el proceso de formulación, como un **problema** cuyo abordaje fue considerado por el supervisando como prioritario e incluso como requisito previo para cualquier abordaje terapéutico. Pero, el consumo de alcohol NO es parte de la queja o del motivo de consulta de la paciente, y esto es importante considerarlo así, porque el proceso por el que habrá que hacerlo aparecer a los ojos de la paciente como un problema es diferente del que hubiera debido de seguirse si ella hubiera solicitado la ayuda preocupada por él.*

En cualquier caso el que la queja considerada para la formulación deba reflejar la óptica del paciente no quiere decir que el evaluador deba conformarse con el modo con el que el paciente la expresa a su llegada a su consulta y su definición puede conllevar un cierto trabajo conjunto de construcción que debe llevarse a cabo durante la evaluación. Por ejemplo formulaciones excesivamente generales (“ser infeliz”, “no saber disfrutar de la

vida”, “sentirse mal”, “estar deprimido”...) no deben ser automáticamente aceptadas. La exploración (la transformación mediante la conversación terapéutica) de estas expresiones generales suele abrir la posibilidad de formulaciones más concretas. Para la formulación debemos considerar tanto la primera expresión como la obtenida en el proceso de evaluación en la discusión de la misma.

Rosario una mujer de 24 años derivada a un centro de salud mental por su médico de atención primaria al que acudió llorando a pedir tratamiento, manifiesta que busca ayuda porque “está harta de todo” y cuesta trabajo que ofrezca una descripción más detallada de su estado. La evaluación por el psiquiatra puso de manifiesto que, desde que la pareja con la que convivía desde hace tres años en un piso que estaban pagando gracias a un sobre-esfuerzo laboral de Rosario, la dejó por una mujer que ella consideraba físicamente más atractiva que ella y de mayor nivel sociocultural, Rosario sentía que por mucho que se esforzara nunca sería una mujer atractiva, evitaba implicarse afectivamente con alguien por temor a ser decepcionada y consideraba que la actividad laboral a la que se había dedicado carecía de sentido. “Estar harta de todo” se convierte así en 1) soledad y tristeza por 2) “sentirse desprovista de atractivo”, 3) evitar las relaciones íntimas por temor al rechazo y 4) pérdida de motivación para el trabajo. Se trata de aspectos que son claramente percibidos por la paciente en el momento de solicitar la consulta y que no han sido expresados así porque ésta considera que en realidad no son sino concreciones del hecho (“estar harta de todo”) que ya ha referido. Sin embargo al evaluador este desglosamiento de la queja le ayudará a rastrear los problemas implicados en ella.

2. *¿Cómo se ha producido la consulta?*

El análisis de la demanda pone de relieve una cantidad importante de información sobre el modo que tiene el paciente de contemplar sus problemas, los procedimientos que habitualmente utiliza para afrontarlos, su red de apoyos y las expectativas respecto al tratamiento. A este respecto es útil disponer de un esquema general para el análisis de la demanda estructurado en forma de preguntas.

La primera de estas preguntas, que ha sido señalada por algunos autores como pregunta central para la evaluación previa a psicoterapia breve (Budman y Gurman, 1988) es: “**¿Por qué ahora?**”. Esta pregunta tiene la ventaja de poder hacernos ver, en ocasiones, la demanda como resultado de una crisis que desafía el modo de funcionamiento habitual del paciente desbordando o haciendo inútiles sus procedimientos habituales para resolver problemas o señalando quiebras en la provisión de aportes psicosociales o de recompensas que le han permitido subsistir sin ayuda hasta el momento (Caplan, 1964).

No era fácil tipificar el desencadenante del ánimo triste y los atracones que empezó a desarrollar Úrsula en lo que ella calificaba como “el mejor momento de su vida”. Precisa-

mente cuando terminó brillantemente sus estudios y obtuvo la plaza de funcionario que siempre pretendió en las primeras oposiciones a las que se presentó. Había sido muy bien recibida por sus compañeros y había decidido seguir viviendo en casa de sus padres, con los que tenía una excelente relación, en la que se encontraba muy a gusto. Lo que Úrsula había perdido con su condición de estudiante era el hecho de ser periódicamente calificada y poder mostrar resultados positivos ante sus padres, lo que a la vez le proporcionaba la sensación de estar “ganando” el cariño que recibía de ellos. Esta apreciación permitió centrar desde el inicio la terapia en el modo en el que Úrsula construía su autoestima (y no intentar, por ejemplo, rastrear dificultades instrumentales, que no existían, para el desarrollo de su nuevo rol de funcionario).

La segunda cuestión concierne a quién es el **sujeto** y quién es el **objeto** de la demanda. Hay problemas (pensemos, por ejemplo en los trastornos psicóticos, en los de la conducta alimentaria o en otros trastornos del comportamiento en adolescentes o en las adicciones) en los que la demanda es impulsada, e, incluso, sostenida por una persona diferente de la designada como paciente. Las preguntas sobre a quién se le ocurrió solicitar ayuda, cómo se lo comunicaron y cómo reaccionaron ante tal idea las personas próximas nos informan a este respecto. Esta información nos permite orientarnos acerca del reparto de responsabilidades y la autonomía relativa del grupo al que pertenece la persona designada como paciente y de cuales son las ideas que cada uno de sus miembros se hacen del problema y de los medios elegidos para resolverlo. No es lo mismo que una persona con problemas relacionados con el alcohol acuda a consulta preocupada porque siente que la bebida está interfiriendo con la posibilidad de desarrollar actividades gratificantes que porque su cónyuge le ha puesto como condición para no iniciar un proceso de divorcio, el someterse a tratamiento.

Nos interesa conocer también la **cadena de acontecimientos** que han precedido a la formulación de la demanda. ésta nos da información sobre los procedimientos utilizados para la detección y resolución de problemas y del lugar que ocupa en su mundo la solicitud de ayuda de que estamos siendo objeto.

Javier consultó en el Centro de Salud Mental por presentar alucinaciones auditivas e ideas delirantes de influencia. Cuando le comunicó a su madre que creía que le estaban transmitiendo ideas desde una base militar próxima a su domicilio, esta se lo comentó a su madre (la abuela de Javier), que decidió llevarse al párroco. Fue éste el que aconsejó que consultaran con un médico

Concha, una mujer casada hace cuatro meses, fue restringiendo sus salidas de casa después de sufrir una crisis de ansiedad. Cuando se sintió incapaz de proveerse de las cosas necesarias para sobrevivir, se trasladó a casa de su madre en otra ciudad del área metropolitana de Madrid mientras su marido seguía viviendo en el piso. Fue, tres meses después, cuando su padre le dijo que no estaba dispuesto a hacerse cargo de sus gastos, cuando se decidió a contar su problema al médico de atención primaria.

Es fundamental explorar **las expectativas** del paciente respecto al tratamiento. Una pregunta del tipo de: “¿Cómo espera usted que nuestro trabajo pueda ayudarle?” no debería faltar en ningún proceso de evaluación. El paciente que espera un procedimiento mágico para un alivio sintomático sin estar dispuesto a cuestionar nada sobre su modo de ser o de actuar o el que, por el contrario, espera una transformación radical que elimine todos sus motivos de malestar, plantean problemas específicos para la terapia que deben ser anticipados por el terapeuta. A veces la discusión de las expectativas es un requisito previo al abordaje de ningún otro problema. Las creencias y prejuicios sobre el propio proceso psicoterapéutico deben ser también exploradas. Hay pacientes que pensando que, por ejemplo, la depresión es una manifestación de una afección cerebral, consideraran trivial o entrometido el interés del terapeuta por aspectos de su vida. Hay también pacientes que creen que la psicoterapia debe desarrollarse según los moldes expuestos en la intervención del psiquiatra de la película *Recuerda* de Hitchcock, pacientes que esperan *consejos* y pacientes que consideran que van a afrontar un proceso casi interminable de rememoración de acontecimientos remotos.

3. *¿Cuál es el problema (o problemas)?*

Los pacientes acuden a nosotros con una **queja**. La queja nos remite, casi siempre a algo que el paciente vive como una **desgracia**. Una desgracia no es necesariamente un **problema**. Lo que define a un problema como tal es el hecho de ser susceptible de una **solución** (lo que no es una característica de las desgracias). Alguien decía que una rata separada de su alimento por un laberinto enfrentaba un problema. Una mosca encerrada en una botella tapada, no. La mosca afronta una desgracia³. La clave del proceso de formulación (y de la psicoterapia en general) reside en el replanteamiento de las desgracias como problemas. Haber perdido un cónyuge es una desgracia. Sentir que ser capaz de experimentar afecto por otra persona sería traicionar al muerto, es un problema. Como lo es considerarse incapaz de llevar a cabo las tareas que éste hacía antes por uno.

El planteamiento de los problemas es la operación básica sobre la que se cimenta la posibilidad de construir un plan de ayuda. De hecho un plan tal puede expresarse en términos de objetivos a conseguir frente a cada problema planteado y actividades pensadas para lograrlos. El **cuadro 3** presenta un ejemplo de un plan de seguimiento y cuidados para un paciente psicótico crónico en un centro de salud mental planteado en estos términos.

3. La mosca puede tener que afrontar muchos problemas en esa situación. Pero el problema no es, desde luego, encontrar la salida (que no existe).

(ejemplo)

APELLIDOS, NOMBRE _____ Período _____ Hoja n1 _____ N° H^a C: _____

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	AGEN	EVALUACIÓN
1.) Persiste actividad alucinatoria causándole gran inquietud.	1.) Suprimirla o desactivizarla.	1.) Modificar medicación neurroléptica	PSQ	15 días
2.) Acude continuamente a la urgencia del hospital pidiendo ingreso cuando hay un conflicto familiar.	2.1. Disminuir el uso de la urgencia hospitalaria, evitando que el médico general lo ingrese. 2.2. Propiciar el uso del SSM en las situaciones de crisis.	2.1. Incluir anotación para el médico de guardia en la historia del hospital. 2.2. Ofertar a cambio un contacto fácil con su tutor en los SSM en esas situaciones.	TUT. TUT.	Semanal en la reunión con UHB.
	2.3. Facilitar contactos no relacionados con situaciones críticas.	2.3.1. Incluirlo en grupo de apoyo quincenal. 2.3.2. Cita semanal con su tutor	PSIC TUT.	Mensualmente 12 m
3.) Acude siempre con la madre, que monopoliza la entrevista.	3.1. Que entre solo a la entrevista (o/y luego entre la madre). 3.2. Que venga algún día solo.	3.1 Entrevista con la madre sola. 3.2 Motivación en entrevista individual	TUT. TUT.	3 m 6 m
4.) Pérdida de habilidades sociales.	4.1. Recuperar las necesarias para su grado de vida social.	4.1 Grupo de actividades sociales.	CRPS	1 año
5.) Deterioro cognitivo.	5.1. Desarrollo de estrategias alternativas.	5.1 Grupo de rehabilitación cognitiva.	CRPS	1 año

Cuadro 3: Plan de seguimiento y cuidados

Los problemas han de estar planteados en términos tan concretos como sea posible y de forma que permita definir objetivos conducentes a hacerles frente.

Clara es una mujer de 39 años que acude a consulta tras una tentativa de suicidio en la que se embriagó para atreverse a tomar una caja de hipnóticos. Psicopatológicamente presenta un cuadro de ánimo triste, llanto fácil, pérdida de interés y de capacidad de disfrutar con actividades que antes le gustaban, insomnio de conciliación y, sobre todo, de mantenimiento y desesperanza intensa. Viene acompañada de una amiga que dice que conducirla hasta allí es la última cosa que está dispuesta a hacer por ella porque no le trae más que problemas. Aunque ni ella ni la amiga identifican desencadenantes en la primera entrevista se pone de manifiesto que ha decidido recientemente romper una relación sentimental que ha mantenido con un hombre casado, compañero de trabajo que se ha desarrollado con altibajos durante 20 años. Se han relacionado en secreto viéndose en momentos en los que el trabajo o las actividades del hombre lo permitían, por lo que ella ha vivido en un estado de perpetua disponibilidad para lo que ha huido de cuanto pudiera suponerle un compromiso al que tener que faltar, y ha faltado a muchos de los que no pudo evitar tener. Él ha expresado desde un principio su deseo de vivir con ella que, según le dice, ha ido posponiendo en un principio porque no quería hacer daño a su mujer y buscaba un momento propicio, luego en atención a la edad de los hijos o el mal momento económico; nunca le ha contado nada a su esposa. Clara convive con su madre muy anciana y necesitada de cuidados que es cada vez menos autónoma y que está afrontando este hecho intentando controlar cada vez más el comportamiento de Clara, pidiéndole cuentas de cada una de sus actividades y exigiéndole una dedicación completa a su cuidado. No tolera que Clara lleve otras personas a la casa en la que conviven lo que argumenta diciendo que la casa es de su propiedad. Clara fue una persona sin grandes dificultades para hacer amigas mientras estuvo estudiando. Luego las fue perdiendo en parte debido al diferente modo en que desarrollaron sus biografías (ellas se casaron y tuvieron hijos, Clara permaneció soltera) y, sobre todo, a las limitaciones impuestas por el modo en que se desarrollaron las dos relaciones (madre y amante) por las que Clara optó. La excepción es la que la acompaña a la consulta que, después del colegio, consiguió, gracias a Clara un trabajo en la misma empresa. La amiga conoce al amante, pero no sabe nada del tipo de relación que existe entre él y Clara. Clara ha evitado el contacto con ella por temor a ser descubierta. Ha tenido que recurrir a ella en momentos de desesperación, siempre con demandas urgentes y masivas para desaparecer, una vez superado el momento crítico, sin dar una explicación (tajantemente prohibida por el amante).

Clara afronta varios problemas que no vamos a intentar enumerar aquí. Uno de ellos (del que nos ocuparemos aunque, desde luego, no es el central) tiene que ver con lo que podríamos llamar su **soledad o aislamiento**. Así enunciado podríamos estar hablando de algo debido a una falta de habilidades o de interés por las relaciones o un miedo a quedar en ridículo por un déficit de autoestima, que están lejos de ser el problema de Clara. Para la formulación nos será más útil anotar como problemas algo así como **1) Ha roto con la única relación importante, voluntariamente buscada, que mantenía, 2) No dispone de sus relaciones antiguas porque las había abandonado para evitar su interferencia con la relación con el amante y con la madre, 3) Ha desarrollado una forma de pedir ayuda masiva y urgentemente a personas cuya relación no ha cultivado suficientemente para ello, lo que genera rechazo.**

Como señala Horowitz (1997) pueden constituir problemas lo que, en otros contextos llamamos 1) síntomas (relatados por el paciente: “sensación de falta de aire, sudores e impresión de ir a morir” en un paciente ansioso),

2) signos (puestos de manifiesto por nuestra observación: “discurso prolijo, falta de tonalidad afectiva y evasivo” en un paciente obsesivo), 3) problemas de la vida (por ejemplo: “dificultad para mantener las relaciones iniciadas por plantear demandas masivas”) o 4) temas de preocupación (“conflicto dependencia/independencia”).

Algunos autores (Sperry et al, 1992, Horowitz, 1997) encuentran útil tipificar los problemas como biológicos, psicológicos o sociales. No nos parece que tal distinción (por otra parte siempre bastante arbitraria) resulte especialmente útil salvo como recordatorio de algún área de exploración que, al principio, pueda habernos pasado desapercibidas.

4. *¿Cómo, cuando y con quién se pone(n) de manifiesto?*

Se trata de situar los problemas en un contexto. Para hacerlo hemos debido explorar cómo, cuándo y con quien se pone de manifiesto cada uno de los problemas que hemos identificado.

Katia es una niña de 9 años diagnosticada de epilepsia frontotemporal a la edad de 5 años. A principios de Julio nos llaman del servicio de pediatría donde ha ingresado con la sospecha de que, desde hace unos días presenta crisis que son psicógenas. Ha estado en tratamiento con anticonvulsivos prescritos por el servicio de neurología y se ha controlado su trastorno hasta la pasada primavera en que comenzó con crisis que, en algún momento, les parecieron de morfología no típica a los neurólogos que, de todas formas reajustaron la dosis de anticonvulsivos. Hace unos días las crisis se han reiniciado. Su morfología ha extrañado a los padres y al personal de enfermería que las ha visto en el hospital. Han cedido sin tratamiento en un primer ingreso hospitalario y se han reiniciado al ser dada de alta.

*Katia es hija única de dos profesionales prestigiosos en sus respectivos campos que, por motivos de trabajo, están muy poco tiempo en casa por lo que Katia pasa las tardes, a la salida del colegio, y bastantes noches en casa de sus abuelos. Las fechas de aparición de las crisis (que efectivamente resultaron ser conversivas) coinciden con el comienzo de las vacaciones escolares de Semana Santa y con las de Verano y el momento en el que Katia debe empezar a pasar el día entero en casa de los abuelos. En la primera entrevista lo primero que nos cuenta la madre llorando es que si la enfermedad de su hija así lo exige, está dispuesta a abandonar su carrera profesional (y que está pensando seriamente en ello). La enfermedad de la niña es el único tema en el que los abuelos no se encuentran competentes para hacerse cargo de ella y, por tanto, el único motivo por el que pueden reclamar la presencia de los padres. Identificar **las vacaciones** y, por tanto la convivencia de los abuelos y la ausencia de los padres como precipitantes del problema motivo de la interconsulta fue el primer paso para un abordaje útil del problema.*

Hay problemas cuyo inicio coincide con un determinado acontecimiento (coincidencia que puede haber pasado inadvertida para el paciente).

Así, cuando nos hicimos cargo de Samuel, que había sido atendido por un compañero por presentar un cuadro hipofisario gravísimo por el que le había sido concedida una incapacidad laboral permanente hacía dos años, pudimos poner de manifiesto que su primera consulta

a urgencias (en la que se le hace patente la posibilidad de morir repentinamente y se siente objeto por primera vez del maltrato y la incomprensión de los médicos que se va a convertir en el eje de su vida) se produjo 20 años antes, estando él aún en el hospital en los últimos momentos de la enfermedad de su madre que murió inmediatamente después, tras dos años de cáncer, diagnosticado, a su vez, justo en el momento de morir el padre de Samuel de una enfermedad de Parkinson que le había ido incapacitando y haciendo cada vez más dependiente de los cuidados de Samuel, que tuvo que dedicar a ello toda su adolescencia. Samuel –que estaba convencido de padecer un problema orgánico– negó la importancia de tal coincidencia temporal y el contrato de psicoterapia tuvo que construirse sobre otras bases. Pero, para el terapeuta, la hipótesis, de que la presente demanda tenía, de algún modo, que ver con su experiencia de aquellas muertes fue central para la construcción del plan terapéutico (este caso ha sido desarrollado con más detalle en González Suárez y Fernández Liria, 1996).

En otras ocasiones un problema recurrente se desencadena siempre ante determinados acontecimientos. Es frecuente encontrar personas que han respondido recurrentemente con cuadros depresivos ante situaciones de pérdida, con vómitos autoprovocados ante fracasos en el intento de mantener un nivel de autoexigencia o con crisis de ansiedad ante lo que experimentan como una sobreexigencia externa, por sólo referir algunos ejemplos prototípicos.

José Manuel acude a un centro de salud mental a principios de los años ochenta con diagnóstico de calambre del escribiente realizado por su médico de atención primaria, que ha tenido que reconocerle una incapacidad laboral transitoria porque, debido a su imposibilidad de escribir no puede realizar su trabajo. José Manuel es un varón de 34 años que nació en un pueblo andaluz en el que pasó su infancia casi sin estudiar ayudando a sus padres en el trabajo de la taberna de la que eran propietarios. La costumbre era anotar con una tiza las deudas de los clientes en la barra del bar. José Manuel nos contó a lo largo de la terapia la vergüenza que le suponía hacer las anotaciones con una letra que le parecía que iba a revelar su escasa escolarización, la admiración que le producía la caligrafía inglesa ejecutada con plumilla por el secretario del ayuntamiento y las horas que había pasado intentando imitarla. José Manuel emigró a Madrid a finales de los 60 con quince años de edad. Trabajó como mozo de almacén y, como era responsable y ordenado, fue ascendiendo hasta que, recientemente, le nombraron jefe de almacén, con lo que la mayor parte de su actividad pasó a consistir en firmar albaranes. José Manuel se había ocupado desde que llegó a Madrid de ocultar su origen humilde vistiendo siempre un traje de chaqueta immaculado, disimulando su acento andaluz, utilizando un lenguaje rebuscado y adhiriéndose a grupos ideológicos y religiosos de élite, en los que se destacaba por complacerse en un discurso especialmente clasista. Ahora temía que, de nuevo, su caligrafía, denunciara su origen y ello cuestionara su mérito para ocupar su actual posición.

Toda este cuadro pudo ser puesto de manifiesto al detectar que, en realidad, el agarrotamiento que le impedía escribir no se producía en cualquier situación y ya se había producido en algunas antes del actual episodio. José Manuel nunca había podido firmar las notas de su hijo (sus profesores le parecían personas capaces de detectar en el un pasado que había adornado hasta hacerlo irreconocible ante su hijo), podía firmar cheques (el cajero no le preocupaba) pero no solicitudes de crédito ante un banco (el director de la sucursal sí) y había podido escribir el papeleo que no salía del almacén (que no iba a ser leído más que por incultos obreros a los que despreciaba) pero no quería exponerse con los albaranes que iban a ser controlados directamente por los educados empresarios a cuyo mundo pretendía incorporarse.

Otras veces determinados problemas sólo ocurren frente a determinadas personas. La característica común es, a veces evidente (los hombres, los que compiten por determinados privilegios, las figuras de autoridad, los amantes...) y puede ser comunicada espontáneamente por el paciente. A veces, sin embargo el determinar las características comunes de las personas que desencadenan un determinado problema puede requerir una laboriosa exploración que puede ayudarnos a poner de manifiesto como se organiza para nuestro paciente una determinada constelación de significados que puede convertirse en objeto de la terapia.

Marta acudió a consulta con un cuadro depresivo-ansioso que se puso en relación con una pauta interpersonal en la que, por miedo a perder las relaciones que eran emocionalmente importantes para ella, en lugar de pedir a los demás lo que deseaba de ellos, intentaba actuar según lo que creía que éstos podían esperar de ella, lo que la hacía sentir frustrada y, a la larga, rabiosa y decepcionada con las personas a las que necesitaba y quería. Esto había sucedido con su madre, que había enviudado cuando ella tenía 5 años y a quien se le había hecho muy cuesta arriba sacarla adelante. Ocurría también en el trabajo con un jefe paternalista y exigente que tenía. No era difícil rastrear la misma pauta en el proceso de ruptura con su anterior novio. El comportamiento de Marta con su actual compañero, que también le estaba dando problemas, parecía responder a un patrón diferente en el lo que predominaba era su miedo a todo aquello que pudiera interpretarse como consolidación de una relación afectiva estable, en la que a ella le resonaba la experiencia de haber perdido abruptamente a un compañero que tuvo su madre después de enviudar en la que ella creyó haber encontrado el afecto y el apoyo paternos que necesitaba, pero que acabó dejando la casa sin despedirse de ella, una buena noche en la que tuvo una violenta discusión con la madre de Marta.

El modo en el que se desarrollan los problemas también es importante y a ello se dedica el siguiente apartado.

5. ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica?

La capacidad de identificar patrones de emociones ideas y comportamientos en la presentación de los problemas por los que los pacientes consultan, es básica para el ejercicio de la psicoterapia. La hipótesis central de este libro es que lo que los diferentes modelos teóricos que sustentan las distintas propuestas de intervención psicoterapéutica ofrecen es, precisamente, esquemas, constelaciones de elementos con que construir estos patrones. Las propuestas manualizadas de psicoterapia que se han desarrollado desde los años ochenta afrontan esta tarea explícitamente.

Los problemas de un paciente determinado podrán ser contemplados por un psicoterapeuta como mecanismos de defensa frente a la ansiedad provocada por determinados deseos inconscientes (que se ponen de manifiesto tan-

to en situaciones de su vida actual como en la relación con el terapeuta, y que se pueden rastrear en las relaciones primitivas del paciente con sus figuras parentales) (Malan, 1979) o, por otro, como efecto de pensamientos automáticos sostenidos en base a supuestos depresógenos, activados por determinadas experiencias (Beck et al, 1979). Los manuales más influidos por la óptica de las narrativas, como los de Luborsky (1984) o Strupp y Binder (1989), proponen definiciones operativas de los elementos a organizar (deseos, respuestas del yo, respuestas de los otros) y un patrón para su estructuración en forma de frase: “Yo deseo... de... pero... (por su parte) –respuesta del otro– y... (por la mía) –respuesta del yo”. Así:

“... Desearía poder pedir abiertamente a mi esposa que me mime, pero temo que si lo hago me desprecie (por mi falta de hombría) con lo que me hago el fuerte y me siento sólo y triste”.

Lo que esta operación pone a prueba es la capacidad del terapeuta de colaborar con el paciente para organizar el material inicialmente aportado por él en una secuencia provista de sentido. Aunque la moda sea recurrir a la cita de Gadamer, Derrida o Lyotard para referirse a este tipo de operación lo cierto es que puede entenderse como resultado de un elemento de análisis del discurso (Semejante a la que propone, por ejemplo Roland Barthes en *s/z* (1970)) y un elemento de extracción de significados del orden de la propuesta por Lázaro Carreter (1990) en su libro sobre comentario de textos.

Para cultivar esta capacidad inductiva, Beitman incluye en el entrenamiento de sus discípulos ejercicios de detección de posibles pautas sobre viñetas de la vida cotidiana que entrega por escrito. transcribimos una de ellas:

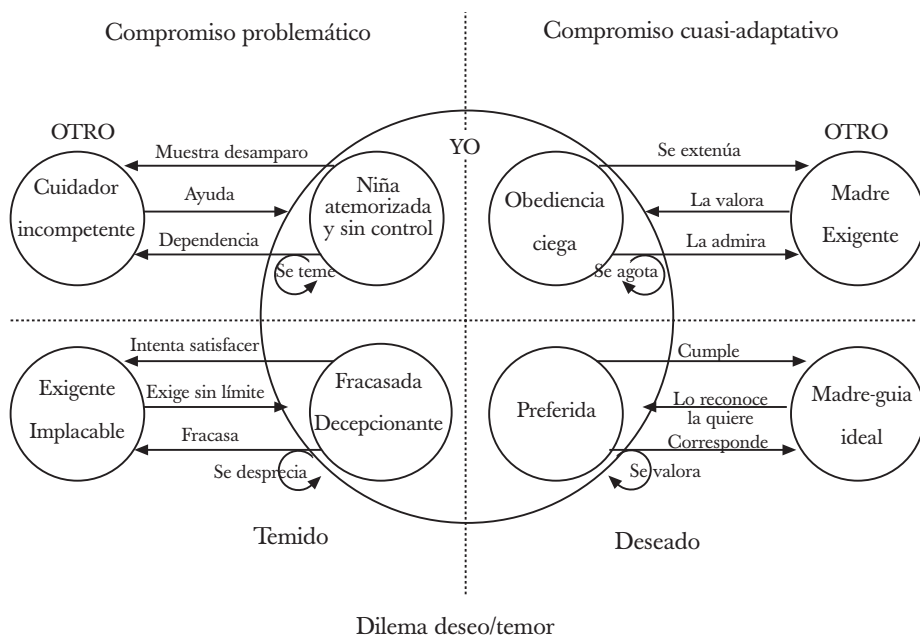
Un directivo de un banco de 33 años se encontraba muy estresado. Hacía varios días, una mujer que trabajaba con él le pareció disgustada y él pensó que era por algo que él había hecho. Estuvo rumiando sobre ese problema durante varios días. Luego descubrió que lo que tenía molesta a la compañera era que su hija estaba saliendo con un chico que a ella no le gustaba (Beitman y Yue, 1999).

En el entrenamiento de nuestros alumnos en formulación nosotros hemos intentado cultivar la capacidad de articulación en texto libre, acorde con el bagaje personal de cada terapeuta. Este texto libre, construido *a medida* del paciente (e inmediatamente “negociado” en la conversación con él) se corresponde de lo que Beitman (Beitman y Yue, 1999) denomina *pautas bien construidas*, que opone a las definiciones de pautas de primer nivel (por las que un paciente podría ser caracterizado, por ejemplo como narcisista o paranoide) o de las de segundo nivel, por las que lo sería en términos de los conceptos propios de un determinado modelo psicopatológico (como falta de habilidades sociales, negador o propenso al pensamiento dicotómico). El proceso de identificación de pautas a veces es muy simple porque las pautas problema

–y a veces las pautas alternativas– están casi presentes en la queja del paciente. Pero a veces, la narrativa de la queja está muy sólidamente constituida. En estas situaciones al terapeuta le puede ser útil la utilización de “moldes” para guiar su indagación. En nuestro trabajo como formadores nos ha sido útil el modelo propuesto por Horowitz (Horowitz, 1997) porque no remite a un especie de posición congelada en la que un conflicto, un déficit, un esquema o cualquier otro constructo estático ejerce su influencia sobre la vida del paciente sino que establece una secuencia temporal de organización de la narrativa que va a ser abordada en la intervención. Este esquema se resume en el apartado de construcción de pautas problema desde la perspectiva biográfica personal bajo los epígrafes *Modelos de Relación de Rol* y *Diagramas deseo-temor*: *Configuraciones de modelos de relación de rol*. A modo de ejemplo, el siguiente esquema desarrolla el diagrama deseo-temor de la paciente a la que hemos denominado Matilde en la página 115 de este capítulo.

De lo que en este punto se trata, es de disponer en una secuencia temporal comportamientos, emociones, pensamientos, conductas y modos de relación implicados en los problemas que hemos descrito en el paciente. El recurso a esquemas como los de Horowitz, Malan, Luborski o Strupp y Binder, sólo tiene la ventaja de organizar nuestra búsqueda y recordarnos donde cen-

FIGURA 2: DIAGRAMA DESEO-TEMOR DE MATILDE



trar la atención. Finalmente será útil la formulación de la secuencia que tenga la característica general de haber sido coconstruida con el paciente y ser reconocible por él. Y el proceso por el que se llega a hacer esto se parece más al de contar una historia que al de hacer una exploración médica.

6. *¿Por qué se perpetúa(n)?*

El comportamiento que lleva a las personas a requerir ayuda psicoterapéutica se podría caracterizar por la búsqueda de la gratificación o el alivio del sufrimiento a través de procedimientos que se resuelven en un sufrimiento mayor que el que pretenden evitar (véase al fóbico encerrado en su casa, o al obsesivo incapacitado por sus rituales). Freud así lo hizo. La pregunta que se le planteó a Freud y a los otros terapeutas que así lo han visto es ¿Qué es lo que hace que se mantenga un comportamiento que produce sufrimiento? Para resolver ese problema Freud hubo de recurrir a un concepto de **ganancia neurótica** que supone el reconocimiento de una cierta forma de satisfacción a través del síntoma. Una buena descripción de las secuencias de emociones, ideas, comportamientos y relaciones a las que nos referíamos en el apartado anterior debería dar cuenta de este tipo de *ganancia*. Freud se refirió, además, a otro tipo de ganancia que llamó **ganancia secundaria**. Esta se refiere a los beneficios que pueden asociarse, por ejemplo, a la condición de enfermo. Tales beneficios pueden actuar como perpetuantes del trastorno. Por ejemplo, un paciente que puede tener dificultades para pedir manifestaciones expresas de cariño o atención a necesidades que le cuesta expresar a las personas de su entorno, puede encontrarse con que es mimado por ellas o que se desviven por saber que necesita en el momento en que consideran que ha sido víctima de una enfermedad llamada depresión. Otro puede descubrir en el temor a ser víctima de una nueva crisis de ansiedad el único motivo que acepta para no exigirse a sí mismo trabajar hasta la extenuación o someterse a criterios perfeccionistas para evaluar los resultados de su actividad. Una mujer de 44 años profesional liberal, que llevaba años sin salir de su domicilio (en el que trabajaba haciendo desplazarse a él a los clientes y compañeros) comentaba (con ironía, pero lo comentaba) en la fase de terminación de un tratamiento.

¡Vaya negocio he hecho! Ahora tengo que llevar a los niños al colegio, hacer la compra, ir al banco, e ir a cenar con personas con las que, muchas veces, no me apetece... ¡Si lo llevo a saber me quedo con la agorafobia!

Tal y como es concebida por Freud la ganancia secundaria es tan inconsciente como la neurótica. Cuando existe una **ganancia consciente** (como si la paciente del ejemplo anterior volviera a aducir su miedo para eludir las

obligaciones que ahora había de compartir con el cónyuge) y deliberadamente buscada, entramos en el terreno del rentismo. Este factor debe valorarse muy especialmente cuando el trastorno motivo de consulta se asocia a algún tipo de compensación económica o exención de obligaciones laborales o sociales. Guillermo Rendueles (1992) ha hecho interesantes reflexiones sobre este tipo de problemas.

Frecuentemente los factores perpetuantes tienen que ver con una ganancia para el entorno. Los terapeutas sistémicos han prestado particular atención a situaciones en las que el trastorno de uno de los miembros de una familia permite mantener el equilibrio o las reglas de la familia como sistema.

Sonia es una paciente de 20 años que acudió a los servicios de salud mental, acompañada de sus padres, demandando atención por presentar un trastorno de la conducta alimentaria consistente en restricción de la dieta, ejercicio y vómitos autoprovocados. Los padres están intensamente preocupados por este comportamiento y, prácticamente, dedican su vida a intentar controlarlo, preparándole la comida, vigilándola, acompañándola a las cada vez menos actividades que Sonia realiza fuera de casa. En un momento en el que Sonia comienza a presentar episodios de disociación de la conciencia en los que no sólo restringe la comida, sino también la ingesta de agua, por lo que ingresa en el hospital, el psiquiatra que se hace cargo de la interconsulta decide prohibir las visitas. Los padres se atienen, después de algunos intentos de transgresión, a no entrar en el pasillo que da acceso a la habitación de Sonia, pero no vuelven a su casa y pasan los días y las noches en las salas de espera del hospital (aunque saben que sólo van a recibir información sobre su hija de boca del psiquiatra y a una determinada hora de la mañana los días laborables). En ese y en los sucesivos ingresos (que son cada vez más largos) se repite la misma pauta: el mutismo y el estado de disociación ceden a las pocas horas del ingreso; reinicia la ingesta agua y de alimentos casi desde el principio aceptando dieta normal y expresa su convicción de ser capaz de mantener esta actitud al alta; se acuerdan con la familia unas pautas de funcionamiento al alta que son inmediatamente transgredidas y la paciente reingresa en cuestión de horas nuevamente disociada y negándose a ingerir líquidos. En una ocasión se acuerda que al alta la paciente vaya durante una temporada a casa de una tía. Pero en el momento de ir a tomar esta medida la tía acude diciendo que, una vez oídas las advertencias y recomendaciones de la madre sobre lo que debería hacer para evitar que “suceda lo peor” y tener noticia de hasta qué punto la madre se iba a encargar personalmente de garantizar que las siguiera, no se atreve a asumir esa responsabilidad. Para lo que sirve ese episodio es para que se revele un secreto familiar celosamente guardado: el padre de la madre de Sonia era esquizofrénico y precisó de los cuidados de ésta. A su vez, el padre de Sonia, un hombre que acompaña pasiva pero inseparablemente a su mujer en sus actividades para controlar a su hija, tiene una historia de juego patológico por el que había estado en tratamiento y había sido objeto de una intensa vigilancia por parte de su mujer. Por regla general él, había aceptado sumisamente las recriminaciones de su mujer (sin por eso dejar el comportamiento problemático) pero, tras una larga evolución, había respondido a ellos perdiendo el control de su agresividad. La última ocasión que esto sucedió en presencia de Sonia salió a relucir un arma de fuego. El fin del trastorno del padre y el inicio del de Sonia coinciden en el tiempo. La madre nunca ha dejado de tener que preocuparse por un familiar enfermo mental y nunca ha faltado uno en la familia. Mientras la familia se vuelca en el control de un miembro que no sabe controlarse no debe enfrentar otras necesidades y conflictos que son, a sus ojos, más peligrosos.

Muchas veces lo que actúa como perpetuante de una situación no es tanto alguna ganancia obtenida por el paciente o por su entorno, sino algún déficit, a veces preexistente pero que no había tenido consecuencias prácticas hasta que no se produjo el desequilibrio provocado por la última crisis.

Cristina es una mujer de 32 años que acudió a consulta con un cuadro depresivo cuyo inicio coincide con el primer aniversario de la muerte de su esposo, un hombre 10 años mayor que ella del que había sido novia desde los 14 años y con el que se había casado a los 18. No tuvieron hijos y habían vivido viajando por motivos de los negocios de la familia de él (a la que nunca le gustó la relación entre ambos, nunca tuvo buenas relaciones con ella y la consideraba causa de la frustración de ciertas expectativas de la familia respecto a él). En el momento en el que él murió en un accidente de automóvil, ella llevaba años incómoda con su situación de dependencia y resentida porque el marido frustraba todos sus intentos de buscar actividades propias, pero no se había atrevido a plantearlo por temor a que él respondiera abandonándola. Inmediatamente después de la muerte de él, ella inició una conducta de promiscuidad de la que posteriormente se sentía muy culpable. Buena parte de la terapia versó sobre sus dificultades para aceptar sin culpa los sentimientos contradictorios que había albergado hacia su marido antes y después de su muerte. Pero llegado un momento se hizo patente que, en realidad, la muerte de su marido la había dejado sin una red de relaciones de apoyo suficiente para rehacer su vida y que, por su historia personal carecía de las habilidades necesarias para construirla buscando relaciones nuevas desde un papel diferente al de Lolita que había jugado con él. Esta soledad y falta de habilidades eran factores perpetuantes de un cuadro cuyo origen podía entenderse en otros términos (la ambivalencia respecto al marido).

7. ¿Cómo se originó históricamente?

La idea de que conocer los orígenes históricos de los problemas que hemos de abordar en la terapia es de importancia central (sino el objetivo principal de ésta) goza de una amplia tradición en la historia de la psicoterapia a pesar de que ya desde Freud sabemos que esta labor *arqueológica* no es imprescindible. Pero sí es cierto que la biografía del sujeto que padece estos problemas y la historia de su entorno significativo, son los referentes que, por regla general, arrojan más luz sobre los problemas que hemos de tratar.

Por ello en toda formulación han de referirse las posibles relaciones entre el desarrollo particular del sujeto y los problemas que presenta o las oportunidades con que cuenta para resolverlos.

Paloma ingresó en el servicio de endocrinología del hospital con un índice de masa corporal (IMC de 13) y el resto de los síntomas y signos de una desnutrición gravísima después de un periodo de meses en los que ella afirmaba que no podía decirse que no comiera, porque comía lechuga los martes. Paloma, que había sido desde niña una estudiante brillante, había obtenido también unos resultados excelentes en sus estudios de empresariales a pesar de que en los últimos momentos ya había empezado a costarle muchísimo centrar la atención en otra cosa que no fuera la comida. El apellido de Paloma era Obeso. Fue desde su nacimiento una niña más bien gorda. Tenía una miopía importante y había llevado unas gruesas lentes para corregirla desde muy pequeña. Poco antes de cumplir dos años sufrió una grave quemadura en un brazo sobre el que se derramó aceite hirviendo, por lo que hubo de sufrir diversas curas y se

le practicaron varios injertos. Quedó una cicatriz importante. Paloma narraba una infancia que, en sus palabras, había estado presidida “por el apellido, las gafas y la cicatriz”. Había aprendido que una persona –ella– podía reunir características, cuya permanencia no podía ser controlada voluntariamente por ella, que la hicieran difícil de querer y que los otros podían ser crueles y disfrutar haciéndole sufrir. Había aprendido también que sus logros dependían de lo que hacía y no de lo que era, que podía ser valorada por algo que conseguía con su esfuerzo y sacrificio (los buenos resultados en los estudios). Esta historia ayudó a trabajar en la terapia sobre cómo Paloma había llegado a plantearse que podía ganar valor a base de esfuerzo y sacrificio también en una de las áreas (la forma corporal) que se suponían inmodificables.

La biografía del sujeto susceptible de psicoterapia debe ser explorada sistemáticamente durante la fase de evaluación. Tal sistemática incluye la exploración sobre lo que en la familia se cuenta sobre la primera infancia, cómo era calificado de niño, la escolarización, el rendimiento académico, la socialización, los juegos, las relaciones con los hermanos y compañeros, las expectativas propias y de la familia, la adolescencia, la información, los valores y el inicio de la actividad sexual, el fin de la escolarización, la autonomización respecto de la familia de origen, la historia de relaciones sentimentales, la actividad laboral, la historia de la familia propia, la paternidad, la historia de pérdidas, las de situaciones críticas, la jubilación... Es importantísimo la indagación de fechas que permita establecer relaciones significativas.

En el caso de Samuel, expuesto en la página 121 de este mismo capítulo, la coincidencia temporal entre la primera consulta a urgencias (supuesto desencadenante del cuadro) y la muerte de la madre, no aparecía en el relato que él hacía, ya que, para él, eran dos hechos inconexos. Fue al pedirle fechas cuando surgió la pregunta: “Esto es más o menos cuando la muerte de su madre. ¿Fue antes o después?”, y cuando nos contó que bajó a la urgencia del hospital directamente desde la habitación en la que acababa de morir su madre.

La indagación de las fechas es aún más importante, requiere mayor exactitud y es más difícil de hacer cuando enfrentamos las bastante frecuentes *reacciones de aniversario*, en las que una determinada sintomatología se desarrolla, por ejemplo, a partir de la fecha en la que se cumple un determinado número de años de un acontecimiento (frecuentemente una pérdida o un hecho traumático). Bowen (1960) insistía a sus discípulos: “dejad hablar al calendario”.

Igualmente debe explorarse la existencia de regularidades o la historia de algunas peculiaridades presentes en una perspectiva transgeneracional. Cosas como “En la familia de mi madre siempre han sido las mujeres las que han tomado las decisiones”, o “Los Ortiz nunca consentimos que se haga eso en nuestra presencia”, “Mi abuela se pasó también toda la vida diciendo que tenía un dolor que nunca supimos en que consistía” pueden darnos cuenta del significado idiosincrásico que adquieren acontecimientos cuya importancia, de otro modo, pasaría desapercibida. La exploración de estos aspectos, que se lleva a cabo más fácilmente sobre un genograma construido con ese propósito, es parte imprescindible de toda evaluación eficaz de un posible paciente en psicoterapia.

8. *¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento?*

Con la información organizada hasta llegar a este punto podemos tener una idea de en qué consiste el problema, en qué condiciones se manifiesta y qué tiene de particular la situación que lo ha hecho aparecer. Lo que en este punto nos preguntamos es ¿Qué es lo que hizo que este sujeto en particular hiciera frente a esta experiencia este síntoma, cuando otra persona hubiera podido reaccionar de otro modo?

Se trata de explorar la existencia de factores que hacen a una persona especialmente **vulnerable** a determinadas experiencias que, debido a alguna característica propia de tal persona, adquieren, para ella, por ejemplo un significado especial. Una persona que ha tenido experiencias de pérdida de los padres y desamparo en la primera infancia puede sentirse más amenazada que otra que no las ha tenido ante la pérdida de cosas que son fuente de seguridad (el trabajo, la casa...). Una persona que ha experimentado pérdidas imprevistas sentirá más fácilmente como amenazantes señales de que algo no funciona correctamente.

El otro elemento que facilita la aparición o el mantenimiento de los trastornos es lo que se conoce como los **déficits**. Además de poder ser sorda, ciega o coja, una persona puede, por ejemplo, haber vivido en un medio superprotegido que no le ha exigido aprender las habilidades básicas necesarias para buscar amigos o vivir autónomamente. Puede no haber aprendido a requerir atención o a expresar sus necesidades de un modo compatible con el grupo social en el que debe moverse. Este tipo de déficits deben ser evaluados de antemano porque a veces se estrellan contra ellos estrategias de psicoterapia que deberían dar lugar a situaciones para las que los elementos que son deficitarios serían prerequisites. Y si la terapia es sobre todo una experiencia correctiva, no considerar estos factores nos hace correr el riesgo de proporcionar a nuestros pacientes una experiencia de fracaso. Buena parte del fracaso, por ejemplo, de los primeros programas de desinstitucionalización tienen que ver con la falta de consideración de este aspecto. Los modernos programas de rehabilitación psicosocial para pacientes graves y crónicos se construyen precisamente dando prioridad a esta consideración (Liberman, 1988; Rodríguez González ,1997).

9. *¿Qué puede facilitar el cambio?*

En medicina en general y en psiquiatría y en psicología clínica en particular, se tiende a considerar que hacer un diagnóstico consiste en determinar qué es lo que no funciona como sería deseable. Desde luego que un

diagnóstico debe incluir esto. Pero para lo que sirve un diagnóstico es para hacer de guía de una intervención terapéutica y esto requiere atención no sólo a cuales son las debilidades que determinan el problema que vamos a tratar, sino, también a cuales son los recursos y las fortalezas en las que podemos apoyarnos para resolverlo y cuales son las oportunidades que podemos aprovechar para eso. Este tipo de exploración es clásica en algunas intervenciones concretas como la psicoterapia de apoyo o la rehabilitación psicosocial. Pero, en realidad, toda intervención psicoterapéutica debe considerarla.

Un sujeto dado que presenta crisis de ansiedad puede haber hecho yoga en su juventud y esto puede recuperarse como un instrumento de control de la ansiedad. Un paciente con una auténtica dificultad para nombrar y expresar emociones, tiene en cambio una capacidad de reflexión lógica fuera de lo común que puede ser utilizada en el marco de una estrategia cognitivo conductual. El estilo negador y la utilización de la actividad laboral como elemento distanciador de la vida emocional de un paciente puede ser causa de ciertos problemas, pero puede ser un elemento a utilizar positivamente cuando nos es remitido por el servicio de oncología tras un fracaso de un segundo protocolo de quimioterapia. Una separación puede representar, además de una pérdida, la oportunidad de experimentar un sentimiento de autonomía que nunca antes pudo tenerse...

Una pregunta que no debe faltar en la evaluación de un paciente es: “¿qué es lo que, hasta este momento ha hecho usted para hacer frente al problema?”. La respuesta nos orientará sobre qué estrategias ya han fallado (para no repetir las). Pero nos dará también alguna idea sobre cuales han tenido algún éxito parcial y quizás nos de una pista sobre como mejorar sus resultados.

10. ¿Cuál es la actitud respecto al cambio del paciente?

Los pacientes pueden acudir a la consulta deseosos de deshacerse de un problema que viven como limitante pero más o menos dispuestos a implicarse personalmente en un trabajo para lograrlo o a cambiar otras cosas de su vida que pueden estar indisolublemente unidas al problema que se trata de resolver. Este aspecto de la presentación de un paciente ha sido tratado en la literatura psicoterapéutica como el de la **motivación** y, en buena parte de ella, se ha tratado para concluir que la presencia de esta característica (la motivación) era un requisito (un criterio *sine quam non* para la indicación) de la psicoterapia. Hay una serie de chistes sobre cuál es el número de profesionales de distintas ramas que son precisos para cambiar una bombilla. En ella resulta que –contra lo que suele suceder con otras profesiones– para cambiar

una bombilla basta con un sólo psicoterapeuta. Pero –continúa el chiste– la bombilla tiene que querer cambiar.

Sustantivizar de este modo la motivación para el cambio, puede ser una medida útil para seleccionar pacientes seguros para la práctica privada allí donde sobren los pacientes. Pero, en general no es de ninguna utilidad para practicar la psicoterapia. La motivación no es algo que se tiene o no. Ni siquiera es algo que se tenga en mayor o menor medida. Plantear este problema supone partir de una teoría del cambio. En el capítulo correspondiente exponemos las fases del proceso de cambio que plantean autores como Prochaska y DiClemente (1984). Se han llevado a cabo investigaciones que han puesto de manifiesto la relación entre el momento en el que un paciente se encuentra en este proceso y el grado de respuesta a un fármaco (Beitman et al, 1994).

11. ¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta?

Tanto las expectativas negativas como las desmesuradas influyen negativamente en el resultado de la psicoterapia. Las expectativas previas deben ser activamente exploradas, preguntando qué es lo que el paciente espera de la consulta y cómo se imaginaba que iba a ser el tratamiento. Las expectativas inadecuadas pueden deberse a problemas de información, como en el caso de quienes se imaginan el tratamiento a partir de lo visto en películas como *Recuerda*, *Alguien voló sobre el nido del cuco* o las de Woody Allen. Pero puede también poner de manifiesto pautas de relación o de pensamiento características del paciente. Es frecuente que los pacientes hipocondríacos comiencen esperando que la exploración minuciosa que hemos iniciado con ellos nos lleve a *descubrir* la verdadera naturaleza de su padecimiento (orgánico, por supuesto) o que los pacientes con trastorno límite de la personalidad idealicen al nuevo terapeuta como la persona capaz de darles todo lo que los anteriores les han negado. Puede haber pacientes que esperan que la intervención les va a hacer cambiar el carácter (cuando, por ejemplo sólo se plantea hacer desaparecer un cuadro depresivo o controlar unas crisis de ansiedad) o les va a hacer dejar de sufrir la incomodidad o el malestar que necesariamente conlleva la vida cotidiana.

Al final de la fase de evaluación no sólo se debe explicar al paciente cómo se va a trabajar en la terapia (ver el capítulo sobre el contrato) sino que se debe explorar activamente qué idea se ha formado de la propuesta que le hemos hecho. La práctica de preguntar cual es el resultado que espera de la terapia en el más probable, en el mejor y en el peor de los casos es útil no sólo para evaluar esto, sino también para servir de base a la evaluación conjunta del proceso en la fase de terminación.

12. ¿Cuáles son los objetivos planteables para la terapia?

Un análisis sistemático como el que hasta aquí venimos proponiendo puede poner de manifiesto problemas que no necesariamente van a ser objetivo de la terapia.

Rosa es una mujer de 54 años que acude a consulta conducida por un ahijado que considera que padece un cuadro depresivo grave. Efectivamente presenta ánimo triste, llanto fácil que no la consuela, inquietud psicomotriz, apatía, astenia, anhedonia, autorreproches continuos, rumiaciones, insomnio de mantenimiento e ideas de suicidio que dice no haber llevado a efecto “porque no valgo ni para eso”. Rosa dejó la empresa en la que había trabajado durante 10 años para montar un negocio en un lugar cercano a su casa que le permitiera cuidar a su madre durante una larga enfermedad que, finalmente, la condujo a la muerte. Tras la muerte de su madre continuó al frente del negocio hasta que, años más tarde, este quebró y la puso en una situación económica muy difícil. En este momento apareció el cuadro depresivo. Rosa es una mujer perfeccionista, autoexigente, con enormes dificultades para reconocer sus necesidades y pedir ayuda porque eso la haría sentir vulnerable. Estos rasgos se detectaron en la evaluación y el terapeuta llegó a la conclusión que habían sido fuente de problemas interpersonales recurrentes. Sin embargo el terapeuta decidió restringir el trabajo a la dificultad de elaborar un duelo en el que se implicaban sentimientos contradictorios con el objetivo de restaurar un funcionamiento previo que había sido aceptable hasta el momento de la ruina económica, no abordando estos rasgos de personalidad más que en la medida en que interfirieran en el proceso de duelo.

Los objetivos deben ser limitados y realistas; los objetivos excesivamente ambiciosos, en el mejor de los casos, acaban traducándose en decepciones y, en el peor, hacen que el paciente enfrente situaciones para las que no está capacitado.

Jorge es un paciente que hizo un primer brote esquizofrénico a los 22 años cuando estaba a punto de obtener un título de topógrafo. Respondió bien al tratamiento y consiguió terminar la carrera. Siempre había vivido con sus padres. Asistió a un programa de atención psicosocial intensivo. Presentó su curriculum en diversas empresas y fue contratado por una de ellas con lo que hubo de trasladarse a vivir solo a una localidad muy distante. Allí comenzó a decir que uno de los directivos de la empresa había instalado un sistema para observarle y hubo de ser ingresado en el servicio de psiquiatría de la zona. Volvió a su ciudad de origen y se recuperó sin problemas. Pudo trabajar en una empresa que estaba llevando a cabo una obra a la que podía acudir a diario desde casa de sus padres. Al terminar ésta la misma empresa lo destinó a 500 kilómetros de distancia. Sufrió un nuevo brote. En poco tiempo remitieron los síntomas, pero no quiso volver a trabajar. Cuando años después ha ido a presentarse a nuevas pruebas selectivas para optar a nuevos puestos de trabajo ha recaído. Probablemente la expectativa de que Jorge podía asumir a la vez las responsabilidades del trabajo, las de una vida autónoma, la convivencia con un extraño como compañero de piso y la soledad y falta de apoyo en una ciudad que no conocía, era excesiva, y contribuyó a que perdiera incluso el grado de autonomía ganado previamente.

Es importante que los objetivos estén formulados en términos operativos. “ser feliz”, “no ser tan obsesivo” o “dejar de maltratarse a sí mismo” no son objetivos útiles. Sí lo son formulaciones como “conseguir ir sola al super-

mercado cuando sea necesario”, “poder interesarse por determinada actividad que antes era gratificante sin que el recuerdo de la persona perdida lo impida”, “dejar de vomitar” o “no contar el número de veces que se lava las manos antes de comer”. Es más fácil que sepamos que tanto el paciente como nosotros entendemos lo mismo con objetivos formulados según este segundo modelo. Además con éstos es posible saber cuando los hemos alcanzado o hasta que punto los estamos alcanzando.

13. ¿Cuáles son los medios de que vamos a valernos para conseguir cada uno de ellos?

En la formulación debe especificarse cuales son las estrategias que van a seguirse para lograr cada uno de los objetivos propuestos. En un mismo paciente puede pensarse en controlar unos rituales con exposición con prevención de respuesta, modificar una dinámica familiar que actúa como perpetuante mediante una intervención familiar y actuar sobre el pensamiento obsesivo mediante una intervención orientada al *insight* y clomipramina. A veces es útil disponer esta información con un sistema semejante al propuesto en el cuadro 3.

El **cuadro 4** presenta el esquema del tratamiento llevado a cabo con incluido en el apartado 4 de este mismo capítulo como Samuel (González Suárez y Fernández Liria, 1996).

14. ¿Qué curso de la terapia prevemos?

La formulación debe contener una estimación pronóstica. El hacerla sirve precisamente para avisar al terapeuta de que algo no se ajusta a lo previsto cuando no se cumple. De otro modo es relativamente frecuente que se mantenga una estrategia equivocada mucho más tiempo del que hubiera sido necesario para comprobar que lo es. También es útil compartir esta estimación con el paciente. Permite ajustar expectativas y que el paciente colabore en esta labor de control del curso de la terapia

15. ¿Qué dificultades prevemos?

Con la información disponible debe plantearse cuales son las dificultades previsibles en la terapia. Tales dificultades provienen de varias fuentes.

La primera fuente de dificultades tiene que ver con la **naturaleza del problema**. Sabemos que hay determinados problemas asociados a determi-

Planteamiento y secuenciación de las intervenciones

Problemas	Objetivo	Abordaje	Base	Fase
1. Samuel se relaciona con los médicos, ensalzándolos primero, para incumplir sus prescripciones y denigrarlos después. Utiliza a unos especialistas para descalificar a otros.	1.1. Impedir que nos incluya en este juego para poder establecer una relación terapéutica. 1.2. Mostrar ésto como ejemplo de una pauta de relación constante ante personas que pueden prestarle una ayuda que él vive como humillante.	1.1. Evitar asumir el rol que sustenta el juego. 1.2. Análisis de los paralelismos entre ésta y otras situaciones en las que se ha desarrollado un juego semejante en su vida (y que, quizás, “justifiquen” su origen).	1.1. Sistémica (Walzlawick). 1.2. Psicoterapia dinámica cíclica (Wachtel).	1.1. Evaluación/ contrato. 1.2. Fase 2.
2. Es incapaz de sentir y narrar sus emociones más que a través de su correlato somático que él interpreta como síntoma de una enfermedad. Ha aprendido que los intentos de hablar de ésto por parte de los médicos acaban con un cuestionario de la “veracidad” de sus quejas somáticas, contra el que se defiende con ahínco.	2.1. Ayudarle a incrementar su capacidad de reconocer y nombrar sus sentimientos. 2.2. Caracterizar momentos de su historia por emociones vinculadas a ellos. 2.3. Mostrar sus síntomas como manifestaciones de emociones negadas.	2.1. y 2.2. Exploración conjunta de las emociones experimentadas en momentos en que éstas han sido especialmente intensas. 2.3. Exploración de emociones en situaciones actuales y exploración del paralelismo con otras situaciones previas en su vida.	2.1. y 2.2. Intepersonal (Klerman). 2.3. Psicoterapia dinámica cíclica (Wachtel).	2.1. y 2.2. Evaluación 2.3. Fase 3
3. Interpreta erróneamente muchas sensaciones corporales, lo que aumenta su preocupación hasta el extremo de impedirle prestar la atención necesaria para cualquier abordaje y justifica a sus ojos su pasividad (de enfermo).	3.1. Proporcionar un significado nuevo a sus sensaciones corporales que dé sentido a una actitud más activa ante ellos. 3.2. Modificar su actitud ante el cambio (que resultará de una actividad de Samuel, no de un descubrimiento médico).	3.1 y 3.2. Reestructuración cognitiva a través de psicoeducación más entrenamiento en relajación.	3.1. y 3.2. Cognitiva (Barsky)	Fase 1
4. Tiene pendiente la realización del trabajo de duelo por la muerte de sus padres.	4. Completar el trabajo de duelo.	4. Realizar en la terapia el trabajo diferido.	Interpersonal (Klerman)	Fase 3
5. Ha perdido las habilidades necesarias para afrontar diversas tareas sociales.	5. Recuperar dichas habilidades.	5. Entrenamiento en habilidades sociales.	Conductual	Fase 1
6. Existe un componente importante de ganancia secundaria por su incapacidad y el papel de enfermo.	6. Descentrar estos roles y recompensar otros más funcionales.	6. Actuación sobre el medio.	Conductual	Terminación

Cuadro 4: Tratamiento de Samuel

nadas categorías diagnósticas. Los pacientes de los que decimos que padecen un *trastorno borderline de la personalidad* tienden a alternar la idealización con el odio hacia el terapeuta, tienden a transgredir el encuadre y responden a las dificultades en la terapia con actuaciones. Los pacientes obsesivos tienen dificultades para implicarse afectivamente en la terapia, pueden resultar aburridos, pueden ser inútilmente complacientes con el terapeuta y pueden presentar bruscas e inesperadas irrupciones de ira si se sienten relegados o despreciados por él, cosa que puede suceder por detalles que pueden parecernos nimios. Los pacientes esquizofrénicos presentan sistemáticamente problemas de motivación y pueden entender de modo literal las metáforas que los terapeutas utilizamos con éxito en otros pacientes

Antonio un esquizofrénico de veintiocho años que había iniciado una terapia con un psicoterapeuta de orientación psicoanalítica. Acudió a nuestro centro diciendo, verdaderamente ofendido, que la abandonaba porque “mi psicoanalista me ha dicho que mi cabeza es una cebolla”. Cuando indagamos lo que había sucedido llegamos a la conclusión de que lo que el psicoanalista había hecho es decirle que para el trabajo del análisis podríamos imaginar que detrás de el sentido aparente de cada acto psíquico podríamos encontrar otro y aun detrás otro más, que se superponen como las capas de una cebolla.

Hay otros aspectos de la naturaleza del problema diferentes de las categorías diagnósticas que pueden hacernos esperar dificultades. Las personas que acuden por haber sufrido recientemente situaciones traumáticas pueden tener dificultades para trabajar con emociones en la consulta sin presentar problemas graves de contención. Las que presentan problemas asociados a situaciones de soledad pueden no encontrar relaciones interpersonales actuales que traer a la consulta para su análisis. Las de alta exigencia y baja autoestima pueden considerar el mismo hecho de pedir consulta como un fracaso.

La segunda fuente importante de dificultades en la terapia se refiera a la presencia en el paciente de **rasgos que dificultan las tareas** que deben llevarse a cabo en la terapia. Los pacientes que tienen dificultades graves para identificar y nombrar sus propias emociones se implican mal en terapias verbales que utilizan éstas como elemento central del trabajo. Los pacientes con una inteligencia o un nivel cultural bajo pueden tener dificultades para implicarse en tareas que presuponen un mayor nivel de una u otro. Los pacientes con dificultades de contención tienen dificultades para respetar el encuadre...

Hay rasgos del paciente que influyen, no en la tarea a desarrollar, sino **en la relación con el terapeuta** y constituyen una tercera fuente de problemas. Independientemente de cual sea el motivo de consulta los pacientes con ten-

dencia al *splitting* idealizan o denostan también al terapeuta, los que tienen dificultades para afrontar la separación presentan problemas para terminar el tratamiento (y, a veces, cada sesión), los más paranoides tienen dificultades para construir una relación de confianza. En general, al menos en alguna ocasión, los pacientes tienden a contemplar las acciones del terapeuta de acuerdo con las expectativas que se derivan de las pautas de conducta que les causan problemas también en otras relaciones. En definitiva en eso consisten los fenómenos transferenciales.

La última de las fuentes de problemas a los que vamos a referirnos es la propia **persona del terapeuta**. Por sus características, el paciente puede activar en el terapeuta pautas de relación que interfieran con el curso de la terapia. Esto puede suceder en base a características más menos evidentes. Hay terapeutas que por su historia personal pueden tener dificultades para mantener la objetividad con policías, sacerdotes o militares, los hay a quienes les puede costar mantener la distancia emocional necesaria ante mujeres que han sido maltratadas, hay otros que toleran mal a las personas que son muy autoritarias o muy exigentes o muy seductoras en sus estilos de relación y, por tanto, en la relación terapéutica. Este es el campo de lo que se han llamado reacciones contratransferenciales y el terapeuta debe desarrollar su sensibilidad para anticiparlas y prevenirlas y para identificarlas cuando aparecen, bien entendido que el terapeuta ideal no sería el que no tuviera este tipo de reacciones, sino el que, por saber reconocerlas, es capaz de aprovechar la información que le proporcionan en beneficio de la terapia. Así por ejemplo, un terapeuta con una historia personal de haber sido víctima de abusos, si es capaz de identificar y no actuar inconscientemente frente a sus sentimientos de alarma, puede tener especial sensibilidad para detectar pautas de comportamiento autoritario que pueden estar causando problemas interpersonales importantes a un paciente dado.

16. *¿Qué contrato proponemos?*

Como hemos expuesto en el apartado correspondiente no hay psicoterapia posible sin contrato. La formulación pretende ponernos en condiciones de que tratamiento vamos a intentar llevar a cabo y, por tanto, que contrato vamos a presentar al paciente. El cuadro 5 resume los componentes básicos de un contrato.

Cuadro 5: Contrato

1.- FOCO

Devolución

hipótesis del terapeuta (razonada)

estimación **pronóstica**

justificación de una **propuesta de tratamiento**

Acuerdo de una versión conjunta (terapeuta/paciente) del problema

2.- ENCUADRE

- individual/pareja/familiar/grupo
- lugar/posición
- frecuencia/duración de las visitas
- manejo de incidencias
 - retrasos
 - citas perdidas/canceladas
 - prolongación/derivación
 - urgencias/citas extra
- ilimitado (¿hasta cuándo?, ¿hasta conseguir qué?), por tiempo predeterminado (número de sesiones determinado, número de horas determinado)
- normas del paciente (asociación, tareas para casa...)
- normas del terapeuta (directividad, respuesta a preguntas, consejos...)

3.- OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Fases intermedias

Las fases intermedias son, generalmente las que más tiempo ocupan y en las que se considera que tiene lugar lo nuclear de la actividad psicoterapéutica. Entendemos que en ellas se llevan a cabo simultánea y entrecruzadamente, dos procesos: la **construcción de pautas problema** y el **cambio**. En las páginas siguientes nos referiremos sucesivamente a ellas. Abordaremos por separado las posibilidades de construcción de las pautas-problema desde la historia biográfica personal del paciente, sus pensamientos, su conducta, su sistema de relaciones y su sistema de creencias. Al hacerlo nos referiremos en la medida de lo necesario a las técnicas que se utilizan para hacerlo o para trabajar con las pautas así definidas. Las consideraciones generales sobre la técnica se desarrollarán, además, en un apartado específico.

Construcción de pautas-problema

1. *¿Qué es una pauta-problema?*

Una pauta-problema es una *narrativa* construida entre terapeuta y paciente, que describe la experiencia del paciente o pacientes como la *repetición* de un modo insatisfactorio de *relación* consigo mismo, o con los otros significativos, en el *contexto* de una cultura.

Pero para clarificar la definición de pauta-problema, vamos a repasar sus elementos. En primer lugar, como todo lo que ocurre en terapia, tal como

aquí la entendemos, es una narrativa, y lo es, porque supone la descripción, a través del lenguaje, de una experiencia: Lo ejemplificamos en una secuencia que ya apareció en el capítulo dedicado a la indicación de psicoterapia:

“Cada vez que usted entra en el despacho de su jefe, se siente muy ansiosa, sin aparente motivo, tal como recuerda que le ocurría, cuando su padre la llamaba para que hiciera algo en casa”.

La pauta-problema se construye a partir de la queja, pero es diferente a ella, si entendemos ésta como aquella que presenta el paciente o la paciente como motivo de su demanda de ayuda:

“Vengo a su consulta porque me siento terriblemente nerviosa cuando entro en el despacho de mi jefa. Es algo que ella me nota, y eso, me pone todavía más nerviosa”.

En ocasiones, como señalábamos en el capítulo dedicado a la formulación, la queja de la paciente puede no coincidir con el problema que, a juicio del terapeuta debe ser considerado central en el tratamiento. Así,

Un paciente con problemas relacionados con el alcohol puede acudir a consulta manifestando su preocupación por un problema de pareja. En otros casos la queja puede señalar la misma temática sobre la que se construirá la pauta, pero apuntar a una explicación distinta: por ejemplo, la paciente del ejemplo de más arriba puede decir: “Esto no tiene más explicación que mi constitución nerviosa de toda la vida. Si me da algo para calmar mis nervios cuando me ocurra eso, será suficiente”.

En segundo lugar, hablar de pauta incluye las ideas de forma y repetición. Por el hecho de describir una pauta, se resalta una experiencia particular de la realidad frente a otras e, implícitamente, incluye pistas para posibles ensayos de conductas, pensamientos, emociones y relaciones alternativos al que la paciente trae al tratamiento. Es decir, la descripción de la experiencia le da a ésta una “forma” en el mundo particular de la paciente. Se pasa de una narrativa “*estoy nerviosa*” a otra del tipo “*cundo entro en el despacho de mi jefa me pongo nerviosa*” y se resalta esa experiencia colocándola en un contexto de espacio y tiempo.

Pero hablar de “pauta” nos lleva también a la idea de repetición. Podemos decir que no es una pauta aquello que no se repite a través del tiempo. En la narrativa que describe la pauta-problema, pueden cambiar los protagonistas, la trama, el escenario, porque lo que se repite, a través del tiempo, es el modo de relación entre ellos. En el ejemplo que estamos siguiendo, la paciente “*se siente nerviosa al entrar en el despacho de su jefa...*”, pero es una pauta que se repite desde otro escenario diferente en espacio y tiempo –su niñez y su casa familiar– con otros personajes –su padre en este caso– con una trama diferente cuando el padre la llamaba para pedirle que hiciera alguna cosa.

Lo que se mantiene a través de la conexión emocional, entre los dos episodios del ejemplo, el actual y el pasado, es la reacción ansiosa cuando la paciente (mujer y niña) enfrenta una relación de poder desigual con una figura afectivamente significativa para ella (su jefa o su padre).

Es la relación entre los elementos lo que se repite. Vamos a verlo en otro ejemplo:

Un hombre, Antonio, de 36 años consulta por impulsos de agresividad hacia otras personas que teme no poder controlar. Esa es su queja, que nos servirá junto con el resto de la información que nos aporta el paciente, para hacer la formulación. En sucesivas entrevistas, el paciente refiere haber crecido en una institución a cargo de cuidadoras, mujeres, donde el lema era “el que se queje, no cena”. Aprendió una pauta de comportamiento centrada en la inhibición de la rabia y la imposibilidad de exigir sus derechos. A través de la conversación terapéutica, podemos, con el paciente, construir una pauta-problema como ésta: “Ud. no se siente suficientemente valioso como para establecer una relación con su mujer en la que se sienta bien tratado. Esto le lleva a frenar continuamente la expresión de sus quejas o de aquello a lo que cree que tiene derecho. Sólo se permite expresarlo, en forma de impulsos agresivos, fuera de esa relación y sin conexión con sus sentimientos”. Cuando conoció a su mujer, le atrajo de ella su dulzura y capacidad de manifestar cariño. Fue ésta la primera relación en la que Antonio se sintió seguro y, progresivamente se fue convirtiendo en la relación más importante para él. Hace seis meses, su mujer empezó, con entusiasmo, un nuevo trabajo que la obligó a estar fuera de casa más horas. Además cuando llegaba a casa, se encerraba entre libros y ordenadores, perfeccionando su nivel de informática. Durante estos meses, Antonio ha intentado hablar con ella y preservar algún espacio de tiempo juntos, pero ella está irritable y malhumorada y no acepta ninguna de sus propuestas. Antonio se calla y se llena de rabia, porque él sabe que “quien se queja, no cena”. La protesta, que él siente como protesta legítima, ante su mujer, le lleva a temer la pérdida de una relación vital para él, que le aporta autoestima y seguridad. No protestar, e inhibir sus sentimientos de rabia, le lleva a sentirlos, como impulsos agresivos carentes de sentido, en un contexto mucho menos amenazante para él, el mundo de “los demás no significativos”. La terapeuta, le propuso tratar esta pauta-problema en el contexto de su relación de pareja. Revisar los sentimientos de Antonio, en presencia de su mujer y los de ésta, en presencia de él, ayudó a desbloquear la comunicación entre ambos, disminuir miedos, anclados en situaciones pasadas, y fortalecer la relación potenciando la intimidad y la comprensión.

La repetición de la pauta-problema se acompaña de la repetición de las soluciones buscadas para remontar la dificultad. Gold (1996a) pone el ejemplo de nuestra propia conducta en situaciones cotidianas como puede ser la de perder la cartera. Al darnos cuenta de su falta, empezamos la búsqueda por los sitios donde esperamos encontrarla con más probabilidad. Pero una vez hecho esto, iniciamos una vuelta repetitiva por la casa, donde miramos y remiramos en los mismos sitios una y otra vez, para comprobar que la cartera sigue sin estar ahí.

Las pautas-problema implican, también, una búsqueda repetitiva de soluciones en los mismos lugares, en las mismas elecciones, con las mismas representaciones de la experiencia sobre las cosas, con los mismos puntos de vis-

ta sobre las relaciones. A veces, como señalan Watzlawick (1974) y otros (Segal, 1991) la solución se convierte en sí misma en el problema. La solución intentada y fracasada es “más de lo mismo”. Supone, para la persona y para la familia, contar y contarse la misma historia una y otra vez.

Podemos utilizar un ejemplo corriente para ilustrar esta idea.

Un padre de un joven adolescente cree que el fracaso escolar de su hijo se debe a su actitud perezosa y vaga con los estudios y con la vida en general. Secretamente piensa que esta actitud ha sido consecuencia de la educación tan sobreprotectora de la madre, con la que él no está de acuerdo, pero que cree imposible de modificar. El chico cree que su padre está exclusivamente interesado por su trabajo y que el enfado de él al recibir sus notas, se debe a que lo considera más una molestia, que un motivo de preocupación. Esas son dos o, más bien, tres formas de ver el mundo y ver las relaciones: la del padre, la de la madre y la del hijo. El padre opta por actuar, de acuerdo con sus presupuestos, castigando al hijo. Primero no le dejará salir los fines de semana, después, decidirá que pase el verano estudiando interno en una academia, más adelante, le suprimirá su asignación para gastos del fin de semana. Cada una de estas soluciones, distintas aparentemente, suponen una escalada dentro del mismo campo de acción. Es decir, son “más de lo mismo”. El hijo puede, primero discutir con el padre, e incluso forzar enfrentamientos cada vez más violentos, luego puede intentar implicar a la madre como aliada en el conflicto, para después, dedicarse a beber alcohol desafortunadamente los fines de semana. Sus “soluciones”, como las del padre, están basadas en la misma forma de entender, y sentir, la relación con su padre y suponen, como las de éste, soluciones de “más de lo mismo”.

2. La pauta-problema se construye con el paciente

Pero la pauta-problema sobre la que terapeuta y paciente van a trabajar, no está ahí para ser descubierta. No existe fuera de la relación que la construye entre los dos. Es una narrativa que se conforma durante la conversación.

Es posible que el paciente del ejemplo anterior, al que hemos llamado Antonio, tratado por otro terapeuta, pudiera construir una pauta distinta y, por tanto, una solución distinta. Por ejemplo, hubiera podido detectar, con la terapeuta sus creencias irracionales y adentrarse con ella en una discusión acerca de la evidencia que las refuta. O hubiera podido, con otra terapeuta, remontarse a los supuestos orígenes históricos de la pauta y descubrir su ambivalente relación con las mujeres, materializada en su esposa y desplazada a otras personas. Quizá, por cualquiera de estas y otras vías, el paciente hubiera podido resolver su problema, en el mejor de los casos. Y eso ocurre, en nuestra opinión, porque entre terapeuta y paciente se construye un relato alternativo que encaja con la experiencia del paciente y, a través del cual, la rabia y la hostilidad dejan de ser necesarias.

Lo que queremos decir es que la pauta-problema, no es una “verdad” universal e inmutable que el paciente “lleva dentro” de sus engramas neuronales y que una terapeuta experta “puede extraer”, como si de un tumor se tratara. La historia de la psicoterapia está llena de desgraciados ejemplos de ese

tipo de pensamientos. Pensemos, por ejemplo, en la inducción de falsas memorias de abusos sexuales en la infancia, que tanto sufrimiento ha acarreado. O en la situación contraria: la necesidad de otra paciente de validar una experiencia de abuso sexual, que es impedida, una vez que recibe el diagnóstico de trastorno de personalidad borderline.

Una vez acordada la “pauta-problema”, a través de los relatos dominantes en la vida del paciente, la tarea siguiente es demostrarla a través de relatos consonantes con ella, como son los siguientes: *“sentirse agresivo y fuera de control sin motivos”, “haber sido criado en un contexto que enseñaba que él no era quien para protestar y donde se castigaba la queja”, “tener una relación con su mujer, vital para él y su estabilidad psíquica, en la que el paciente se autoprohíbe quejarse por un temor desmesurado a la pérdida”*. La terapeuta, a través de la conversación, va favoreciendo relaciones entre relatos alternativos, en este caso invitando a la mujer del paciente a compartir con éste sus puntos de vista. *En el ejemplo anterior, la terapeuta podría centrar la conversación en las capacidades actuales del paciente y el rango de alternativas de actuación de las que dispone, frente a la indefensión que sufrió de niño, sometido a una situación reconocida explícitamente como coercitiva.*

Es decir que, en el proceso psicoterapéutico, terapeuta y paciente:

- Definen los relatos dominantes en la vida del paciente, en los que está incluida la pauta-problema
- Señalan relatos consonantes en los que se repite la pauta-problema.
- Discuten relatos alternativos, que excluyen la pauta-problema.
- Ensayan esos relatos alternativos. Los ensayos tienen lugar tanto en la consulta como en la vida cotidiana, de modo que haya un efecto de generalización y de afianzamiento de las nuevas narrativas.
- Se despiden incluyendo la historia del tratamiento psicoterapéutico entre las nuevas narrativas del paciente.

En la práctica clínica la construcción conjunta de pautas-problema entre terapeuta y paciente, evoluciona desde las viejas narrativas que trae la paciente a terapia y se construye *desde* una posición que es la predominante para el paciente. El terapeuta sigue, por lo menos en un principio, esa posición, con la que se construye una pauta-problema inicial. Esa construcción de inicio es también, con frecuencia, la que va a predominar a lo largo del tratamiento. De una forma artificial, podríamos diferenciarlas como sigue:

- Construcción de la pauta *desde* la historia biográfica personal
- Construcción de la pauta *desde* la conducta
- Construcción de la pauta *desde* el pensamiento
- Construcción de la pauta *desde* el sistema de relaciones y creencias con los otros significativos.

Esas posiciones *desde* las que se construyen las pautas-problema, nos llevan a la utilización de conceptos y patrones que provienen fundamentalmente del campo psicodinámico, cognitivo, conductual y sistémico. En la práctica clínica, las pautas desde las distintas posiciones se entremezclan, se solapan y entrecruzan produciendo retroalimentaciones cuyo resultado no es previsible.

También con frecuencia, en el curso de las fases intermedias, el tratamiento que se inicia, como una pauta-problema que se construye desde la conducta, por ejemplo *la conducta de juego sin control*, va pasando a una pauta-problema centrada en las relaciones con los otros significativos, por ejemplo, *la relación con la pareja*, para, en un tercer tiempo del tratamiento, llegar a construirse una pauta-problema desde la historia biográfica personal, por ejemplo, en otro caso, revisando *la relación de excesiva exigencia que la madre del paciente mantenía con él*.

En otras ocasiones, utilizando el ejemplo anterior, la pauta-problema que se construyó desde la conducta de juego sin control, lleva a acordar un tratamiento centrado en el entrenamiento en técnicas de relajación y de prevención de las consecuencias de la conducta-problema. El paciente puede resolver su problema, ayudado por el terapeuta, sin que el tratamiento haya requerido la construcción de las otras pautas. Sin duda, es muy posible que la desaparición de la conducta de juego tenga una repercusión directa sobre la relación de pareja y que al mismo tiempo, o de modo consecutivo, se afecte positivamente la autoestima del paciente, y quizá la forma de considerar la relación con su madre y la evaluación tan crítica que el paciente ha hecho de sí mismo a lo largo de su vida. Es más que posible que eso pueda suceder así, pero puede suceder así, ayudado por la terapeuta y en el curso de un tratamiento o como cambios en cascada, fuera del ámbito terapéutico. En cada caso, el encuentro terapéutico es único.

A continuación vamos a presentar los conceptos y estrategias que utilizamos con más frecuencia, según la posición desde la que estamos construyendo la pauta-problema, y por tanto las futuras versiones de posibles soluciones.

Como será fácil de comprender lo que intentamos a continuación no es una revisión exhaustiva de conceptos psicoanalíticos, conductuales, cognitivos o sistémicos. Lo que se propone es un modelo de integración basado en conceptos y estrategias concretos y preferidos, no solo por nosotros, sino por muchos otros autores, y que provienen, en su origen, de los distintos modelos mencionados.

Muchos de los conceptos y estrategias a los que vamos a referirnos han sido concebidos desde una perspectiva relacional, como es el caso de los que proceden de planteamientos sistémicos o interpersonales. Aún en los casos de construcción de pautas desde la biografía, el pensamiento o la conducta, es decir en los que partimos de la consideración del sujeto individual, hemos

procurado introducir esta perspectiva. Es por ello que nos han sido más útiles aquellos desarrollos, por otra parte cada vez más frecuentes, que, dentro de las escuelas psicodinámicas, cognitivas o conductistas han adoptado esta óptica relacional, ya que entendemos que el ser humano debe ser considerado en un contexto relacional.

Como señala Gilligan (1991), si la salud psicológica consiste, de modo global, en estar en relación con uno mismo, con los otros y con el mundo, entonces los problemas psicológicos pueden ser considerados como crisis relacionales.

Sin embargo, y, dependiendo de la situación concreta, será más adecuado y preferible por terapeuta y paciente, enfatizar las narrativas desde la historia personal, desde el pensamiento y la conducta y/o desde el sistema de relaciones y creencias.

Es posible que algo así sucediera en otras manifestaciones culturales humanas, distintas a la psicoterapia, tales como el teatro. En el teatro, una de las aportaciones más reconocidas de Esquilo (siglo V antes de Cristo), el gran autor trágico, fue el “traer al teatro a un segundo actor” (Borges, 1996b) y así, “elevó de uno a dos el número de los actores”. Hasta entonces, un solo actor, el hipócrita, estaba en escena, acompañado por los doce individuos del coro. Recuerda Borges, autor que nos trae esta referencia, que “el drama era una de las ceremonias del culto y, como todo lo ritual, corrió, alguna vez el albur de ser invariable. Cuando Esquilo, sin anunciarlo previamente, quinientos años antes de nuestra era cristiana, trajo al escenario un segundo actor, dejó, con ello, paso al diálogo y a las indefinidas posibilidades de la reacción de unos caracteres sobre otros”.

Durante mucho tiempo, y en algunas corrientes de pensamiento más que en otras, el ser humano era contemplado como ese único actor, el hipócrita, que, en el mejor de los casos, iba acompañado por los miembros del coro, que le hacían de fondo. En la construcción de narrativas terapéuticas que aquí se propone, ya se construya la pauta-problema de un modo preferente desde la historia personal o desde el pensamiento y conducta o desde el sistema de relaciones de la persona que consulta, el segundo actor está siempre encima del escenario. Como participante activo y físicamente incorporado al proceso terapéutico, como ocurre en las terapias de pareja o de familia. Como parte de la identidad como ser humano cuando es una única persona la que consulta. Whitacker decía “no entiendo la persona sin la relación” (1989).

Desde el modelo de comprensión del ser humano y de los trastornos mentales que nosotros asumimos, el “segundo actor” forma parte inseparable de lo que somos como personas, ya sea ocupando el rol de terapeuta o el de paciente.

A continuación se proponen una serie de preguntas que podemos estar en condiciones de contestar, junto con la paciente, en este periodo del proceso psicoterapéutico que son las fases intermedias. Estas preguntas sirven como guía para la construcción de la pauta-problema desde la historia biográfica, desde el pensamiento y la conducta o desde el sistema de relaciones y creencias. Después de la indicación de psicoterapia, de la formulación del caso y establecimiento de objetivos y contrato psicoterapéutico, nos preguntamos:

1. ¿Cuándo es preferible construir la pauta desde una posición determinada, de las tres señaladas?
2. ¿Qué conceptos y habilidades será preferible utilizar para hacerlo?
3. ¿Qué papel desempeña el terapeuta en cada una de esas posiciones?
4. ¿Cuál es el formato de terapia propuesto para cada una de ellas?

Pautas construidas desde la historia biográfica personal

1. ¿Cuándo es preferible construir una pauta-problema desde la historia biográfica personal?

1.1. *Cuando, en la demanda, el relato dominante del paciente implica su historia biográfica o el significado personal de acontecimientos de la misma, en la visión general del mundo que la sustenta, o en el problema concreto por el que se produce la consulta, o en las consecuencias de éste, o en el planteamiento de posibles soluciones.*

Rosa es una mujer de 46 años que acude por un problema de trastorno del estado de ánimo y conductas bulímicas que han determinado una obesidad con repercusiones importantes sobre su salud y vida de relación. Cuando intentamos recoger el genograma de rutina la paciente dice “Ya empezamos” y nos cuenta que su madre quedó embarazada de ella cuando tenía 16 años en una intolerante ciudad del protectorado español de Marruecos, como consecuencia de una relación con un soldado que desapareció. Su abuelo materno murió a los dos años dejándola con su madre abuela y bisabuela en una situación socioeconómica muy mala. Con la descolonización hubieron de venir a la Península donde su madre quedó de nuevo embarazada de otro hombre que y también la abandonó y, poco después, de un tercero con el que se casó pero al que dijo que Rosa (que tenía 8 años) era su hermana. La madre de Rosa dejó a ésta con su abuela y bisabuela, sin medios económicos y se fue a vivir con su marido y las otras dos hijas a otra ciudad. Rosa consiguió salir adelante y actualmente está casada y tiene dos hijas. Consulta ahora porque ha empezado a presentar episodios de ingesta incontrolada de alimentos que están repercutiendo en su obesidad. Pone la aparición de estos episodios en relación con el hecho de que le han ofrecido ahora un piso del Estado, en virtud de una sentencia judicial tras muchos años de pleito. Deberían habérselo dado a su abuela cuando vinieron de Marruecos pero ella, analfabeta,

no supo reclamarlo en el plazo correspondiente. Con este motivo las hermanas de Rosa han reaparecido y reclaman su parte como herederas. Rosa ha decidido renunciar a su parte y se encuentra deprimida y con un aumento de sus conductas bulímicas.

1.2. Cuando el terapeuta y el paciente pueden construir relatos consonantes, que conecten experiencias del paciente en el pasado, sus relaciones significativas actuales y la propia relación terapéutica

Jorge es un atareado directivo de una gran empresa que expresa como uno de los motivos de consulta sus dificultades para hacer valer sus intereses ante su jefe y ante su esposa, por temor a que estos se enfaden con él y le retiren su aprecio. Esto le ha llevado en ocasiones a sentirse aplastado entre los dos, que le exigen cosas contradictorias. En la primera entrevista, al recoger su biografía, nos cuenta que su madre, que era quien ejercía el poder en la familia, se jactaba de ser capaz de anticipar y satisfacer las necesidades de sus hijos. Pero si uno de los hijos varones expresaba alguna necesidad que ella no había previsto, le recriminaba interpretándolo como una “falta de virilidad” imperdonable. Cuando Jorge acudió a su segunda cita con su terapeuta, le recibió tres cuartos de hora tarde porque habíamos tenido que atender una urgencia. Al entrar le pedimos disculpas e iniciamos una explicación y él se apresuró a interrumpirnos diciendo que no tenía importancia, que él no tenía prisa y que la había venido bien descansar en la sala de espera. Preguntándonos conjuntamente por qué había hecho esta intervención pudimos establecer el paralelismo entre las tres experiencias y sentar como uno de los objetivos de la terapia la exploración de comportamientos que en situaciones pasadas fueron adaptativos, pero hoy se desencadenaban ante situaciones para las que ya no lo son, incluida la relación con el terapeuta.

1.3. Cuando la terapeuta y la paciente pueden construir relatos alternativos al problema según los cuales experiencias del pasado consonantes con las actuales cobran un significado diferente permitiendo así resignificar elementos de experiencias futuras

Rocío, una profesora titular de historia de 37 años, acudió a consulta tras haber experimentado varias crisis de ansiedad en momentos que tenían como característica representar jalones en su carrera para optar a ser catedrático. Rocío, el segundo de cuyos hijos tenía 20 meses, sentía que era una inútil y una vaga porque, en ocasiones, tendía a preguntarse si, en realidad, tenía tanto interés en ser catedrático. “Y lo peor es que uso a mis hijos como coartada”. Rocío nos contó que desde niña, cuando presentaba las notas a su padre este le pedía explicaciones, aparentemente decepcionado, ante cada calificación que no fuera sobresaliente (que era la más frecuente entre las posibles notas de Rocío). Cuando a final de curso Rocío presentaba sus, habitualmente magníficas, calificaciones, su padre le preguntaba si alguien había sacado mejores notas en alguna de las materias. Rocío aprendió que debería trabajar para ser la primera para, así, conseguir el aprecio que necesitaba y no sentirse despreciable. ¿Podría ahora Rocío pensar que estaba sufriendo los efectos de haber tenido un padre demasiado exigente y que el haberse pasado la vida intentando satisfacerle le había hecho convertirse también en excesivamente exigente consigo misma y le había impedido aprender a preguntarse que es lo que quería ella en cada momento en lugar de que es lo que su padre –o el “deber” a que éste aludía– le pedían? ¿Realmente quería Rocío dedicar este momento de su vida a intentar ser catedrático?

1.4. En lo que Prochaska (1984) llamó *pacientes precontempladores*. Esto es, aquellos que aún no se han planteado siquiera la necesidad de hacer algo para cambiar alguna cosa en su vida

En estos casos la exploración y la definición de modos recurrentes de comportamiento que conllevan consecuencias indeseadas puede convertirse en alimentador de la motivación para plantearse el cambio.

Nuria es una profesora de universidad que acudió a consulta, acompañada de un compañero de trabajo presa de un “ataque de nervios”. Ambos estaban muy sorprendidos de que a una mujer “tan inteligente, tan controlada y tan dueña de sí” como ella le pudiera haber sucedido algo así. Nuria –que era una farmacóloga dedicada a la investigación– pedía un ansiolítico. Pedí por el interfono que nos trajeran uno. Nuria llevaba sólo unos meses en su actual puesto de trabajo. Se había trasladado a él desde otro que conllevaba más prestigio y responsabilidad, por motivos de conveniencia geográfica. Me contó que, en este puesto, su responsabilidad era menor que en el anterior sobre el papel, pero que ella se sentía obligada a trabajar mucho más porque al jefe, le gustaba investigar y le acababa pidiendo a ella las tareas que ningún otro miembro del equipo quería hacer. Nuria se sentía en deuda con el jefe porque éste había optado por ella en lugar de por un compañero de más edad (y, por tanto con más años experiencia, aunque con menos currículo investigador y menos publicaciones) en el proceso de selección por el que accedió a la plaza. Cuando le preguntamos, Nuria pudo identificar al menos otras dos situaciones en las que se había sentido obligada a esforzarse más de lo que hubiera querido para satisfacer lo que le parecía que le pedían personas con las que se había sentido en deuda (en estos casos en relaciones sentimentales). De hecho, buena parte de su comportamiento solitario y huraño buscaba de un modo casi consciente evitar llegar a sentirse en deuda con alguien. Identificó también algunas relaciones en las que había podido aceptar ayuda o favores precisamente porque sabía que no le iban a pedir contrapartidas (con una hermana, con un amigo varón, homosexual). Cuando nos trajeron el ansiolítico Nuria me contaba, en un mar de lágrimas, lo que le había costado tomar la decisión de salir de su casa. En aquella época, su padre, además de haberle exigido lo indecible en términos de rendimiento académico y de disciplina, no cesaba de repetirle que estaba de prestado y de someterla a toda clase de humillaciones y abusos que justificaba “porque vivís a mi costa” y “porque no os dais cuenta de lo que he hecho por vosotras”.

2. ¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta desde la historia biográfica personal?

2.1 El concepto de defensa

Uno de los conceptos claves de las aproximaciones psicodinámicas a la psicoterapia consiste en entender el comportamiento problema, el síntoma, como un conjunto de operaciones que el sujeto pone inconscientemente en marcha para defenderse de la ansiedad o la tensión interna. Para ser efectiva

la defensa debe servir para evitar que el impulso o conflicto que motiva la angustia se haga consciente. Pero de algún modo debe también proporcionar algún modo de satisfacción de ese impulso o solución de ese conflicto. Esta doble servidumbre, que ha llevado a decir que el síntoma es una *formación de compromiso* (entre estas dos funciones que debe cumplir en la economía psíquica) es la que hace posible que en la terapia, mediante la interpretación, pueda ser puesto de manifiesto primero el carácter defensivo del síntoma y, después la naturaleza del deseo o conflicto que la provoca.

*Por su educación, para Raúl, un varón de 28 años, sería intolerable (produciría angustia) reconocer la envidia y la hostilidad que le produce que su antiguo compañero de estudios haya alcanzado un importante éxito en su carrera política. Llamamos **proyección** al mecanismo por el que Raúl supondrá que es su amigo el que siempre ha actuado movido por la envidia y ahora va a aprovechar su situación de privilegio para perjudicarlo. De este modo Raúl no experimenta la ansiedad de verse a sí mismo como un envidioso (función defensiva del síntoma). Pero a la vez puede permitirse la hostilidad frente a su amigo (función expresiva del síntoma) que ahora queda justificada por la supuesta necesidad de defenderse de sus hipotéticos ataques.*

*Rodrigo, un estudiante de 14 años, consideraría inaceptables (además de imposibles de ser correspondidos) sus sentimientos amorosos hacia su profesora de ciencias naturales y nunca seguiría su impulso de comunicárselos. En lugar de ello se ha presentado voluntario para organizar el herbolario de la clase y dedica a ello una parte importante de su tiempo libre. Llamamos **sublimación** a este mecanismo que permitirá a Rodrigo no tener que reconocer –y menos que comunicar– sus sentimientos (función defensiva de la defensa) y, a la vez, le permitirá estar un tiempo extra con su amada y le proporcionará un medio para agradecerla y hacerle agradable a sus ojos (función expresiva del síntoma).*

El **cuadro 1** recoge una relación de mecanismos de defensa frecuentemente descritos en la teoría psicoanalítica. No nos detendremos en ellos por considerarlos suficientemente conocidos y por creer que tales relaciones, aunque pueden ser sugerentes y, por tanto, útiles desde un punto de vista didáctico, pueden también inducir una búsqueda de patrones rígidamente conformados que puede llevar a formulaciones alejadas de la experiencia del paciente.

2.2. *Transferencia y contratransferencia*

Utilizaremos el término de origen psicoanalítico *transferencia* para referirnos al proceso por el que el paciente experimenta su relación con el terapeuta en los términos de su pauta-problema y actúa con respecto a él según estos términos.

Flora temía desde el inicio de la terapia, que el relato de sus problemas –que ella vivía como la exposición de sus necesidades– hiciera que el terapeuta la despreciara y la rechazara. Esa había sido, efectivamente la respuesta de su padre cada vez que ella había intentado hacerle partícipe de las dificultades que estaba teniendo para adaptarse a las exigencias del colegio en el que se

Cuadro 1: Mecanismos de defensa

Represión

Exclusión de la conciencia de recuerdos, sentimientos o impulsos problemáticos

Desplazamiento

Atribución a un objeto potencialmente menos peligroso de los sentimientos correspondientes a otro

Negación

Retirada de la atención de ideas o situaciones potencialmente peligrosos

Regresión

Funcionamiento según esquemas correspondientes a una etapa de desarrollo anterior

Formación reactiva

Exageración de un estado emocional para facilitar la represión del contrario

Aislamiento afectivo

Represión de los sentimientos correspondientes con una idea determinada

Anulación retroactiva

Hacer como los pensamientos, palabras, gestos o actos pasados no hubieran ocurrido

Proyección

Atribución de los propios impulsos a otro

Introyección

Incorporación a uno mismo de cualidades de otro

Vuelta hacia la propia persona

Aplicación a uno mismo de un impulso hacia otro

Transformación en lo contrario

Conversión de una pulsión en lo contrario (al pasar de la actividad a la pasividad)

Sublimación

Derivación de la pulsión hacia un fin no sexual

Idealización

Atribución de perfección a las cualidades de un objeto

Identificación con el agresor

Imitación física o moral de la figura agresora o asunción de la agresión

Racionalización

Explicación coherente desde el punto de vista lógico o aceptable desde el moral de una actitud, acto, idea, sentimiento cuyos motivos verdaderos permanecen inconscientes.

Escisión

Separación de las imágenes positiva y negativa del yo o de los otros

Omnipotencia

Visión exagerada del propio poder o capacidad

escolarizó en un idioma y una cultura diferentes de la materna (su padre era embajador). El temor a que otras personas reaccionaran como él le había dificultado pedir ayuda hasta la fecha. El temor a que lo hiciera el terapeuta estaba haciendo que los datos de la historia fueran surgiendo con muchísimo trabajo, hasta que este paralelismo pudo ser hablado en la terapia.

De acuerdo con las lecturas más relacionales de estos conceptos por autores contemporáneos como Luborsky (1984), Strupp y Binder (1989) o Wachtel (1977, 1993, 1997), aunque tales pautas se hayan conformado en la biografía del sujeto y, probablemente, en fases muy tempranas de la misma, para el manejo de los fenómenos transferenciales en la terapia, no será imprescindible remitirlos a su hipotético origen infantil en la relación con las figuras parentales.

Los fenómenos transferenciales pueden ser origen de problemas en la terapia muy difíciles de manejar si no se consideran como tales y, de hecho, los terapeutas de orientaciones muy alejadas de la psicoanalítica como los cognitivos o conductistas han tenido que acabar desarrollando conceptos que les permitan dar cuenta de ellos.

Pero, a la vez, estos fenómenos proporcionan una oportunidad única de trabajar en la consulta la pauta-problema con toda su carga afectiva, no falseada por el recuerdo y en unas condiciones en las que el terapeuta tiene un acceso privilegiado al conocimiento de las circunstancias a las que el paciente la remite (puesto que aquí se trata de sus propias intenciones o emociones). También da ocasión de proporcionar una experiencia diferente (lo que Alexander y French (1946) llamaron *experiencia emocional correctiva*) al responder el terapeuta a las acciones del paciente de un modo diferente al que normalmente induce en las personas con las que se relaciona en su vida cotidiana.

El motivo aducido por María (una secretaria de 39 años) para su primera consulta fue solicitar un hipnótico para un insomnio de mantenimiento. Su forma de presentarlo hizo sospechar al terapeuta que ocurrían más cosas y la conversación puso trabajosamente de manifiesto un cuadro depresivo grave de larga evolución con una autoestima bajísima que la había llevado a una situación de gran aislamiento y, ocasionalmente, episodios delirantes dismorfofóbicos o de celos. María quedó huérfana de padre a los 12 años. Su madre sacó adelante a cinco hijos valiéndose del apoyo prestado por una congregación religiosa liderada por un sacerdote que llegó a convertirse en contertulio y comensal habitual de la familia. Cuando María tenía 17 años comenzó en secreto una relación con este sacerdote que entonces tenía 30 años de edad. En un momento en el que éste estaba fuera de la ciudad por unos meses (probablemente por un problema de conciencia), María conoció a su actual marido. Quedó embarazada. El sacerdote amenazó a María por dejarle. La familia se enteró de todo y decidió retirar la palabra a María, mientras que continuó sosteniendo que el sacerdote (a quien consideraban una víctima de la seducción de María) era un santo. María sólo podía volver a su casa humillada y tras asegurarse de que el sacerdote no estaba en ella. La reacción de la familia del marido también fue terrible. Se negaron a ir a la boda y no la dejaron entrar en su casa en 20 años. María construyó una relación amorosa satisfactoria con su marido, pero impuso a la pareja una vida de aislamiento. Sólo en ocasiones tal aislamiento no fue suficiente y María hizo cua-

dros de celos (“no podía soportar ni siquiera que viera la TV, pensando que podría ver allí cómo son otras mujeres, imagínese cenar con otra pareja”) o de dismorfofobia en los que se encontraba horrible (“además de idiota”). La situación de relativo equilibrio se vio quebrada por dos acontecimientos. El primero fue el crecimiento de los hijos, que supuso una amenaza al aislamiento de la pareja (y una reviviscencia de los problemas de María en la persona de su hija mayor que, para desesperación de María, cada vez le hacía más preguntas sobre ella). El segundo –y fundamental– fue que, debido a un accidente que dejó gravemente incapacitado a un hermano del marido, la pareja reanudó la relación con la familia de éste. Lo primero que encontró María al entrar en la casa, es que, en el anaquel en el que se exponían las fotos de las bodas de los seis hermanos estaba la de la suya. Pero ella tenía la cabeza cortada. El marido de María hizo, con el apoyo de ésta, todo lo posible para ayudar a su familia en aquel trance. Ellos, sobre todo la madre, hicieron como si ignoraran la presencia de María y, cuando no fue posible le repitieron a ella y a su marido que la consideraban “una puta” y que le “había arruinado” a él la vida.

Ya en el relato de esta historia, María parecía no terminar de creerse que el terapeuta entendiera exactamente lo que estaba diciendo. “No me entiende... No, no me entiende, lo que le digo es que yo me acostaba con él...”. “No sé si me entiende...”. Era María la que no entendía que la reacción del terapeuta, o de cualquier otra persona, pudiera ser diferente de la de su madre o su suegra. Lo aprendió allí. Tal vez eso le permitió dar salida por primera vez en su vida al verdadero secreto que le había servido para dar silenciosamente la razón a quienes en su propia familia o en la del marido tenían tan mala idea sobre ella: Justo en el momento de quedar embarazada, de descubrirse “todo”, y mientras el sacerdote y su actual marido se amenazaban mutuamente, María tuvo una breve relación con un profesor de su instituto. “Ya lo sabe... ¿Y ahora que? Ahora ya sabe como soy ¿Y ahora aún piensa que vale la pena hacer algo por mí?”. Nuestra actitud genuina ante el conocimiento del secreto –el no comportarnos como, por su historia personal, ella esperaba que lo hiciéramos– ayudó más a María de lo que hubieran podido cien interpretaciones. Y, desde luego, hizo posible una relación terapéutica –que fue larga y complicada– pero que no venía acompañada de buenos augurios.

Nótese que hablamos de *fenómenos transferenciales*. No nos referimos a lo que Freud llamó *neurosis de transferencia* en la que, según él había de actualizarse todo el ser neurótico del paciente que de este modo podía ser abordado *in vivo* y no, en palabras de Freud “en ausencia o en efígie” a partir de su mero relato por el paciente. Creemos que los fenómenos transferenciales representan una oportunidad pero, a diferencia de lo postulado por el psicoanálisis en su acepción más clásica, no nos parece que la situación terapéutica deba conformarse de modo que potencie el desarrollo de esa *neurosis de transferencia* por la que la relación terapéutica se convierte provisionalmente en el referente fundamental de lo que ocurre en la vida del paciente.

Utilizaremos el término *contratransferencia* para referirnos al proceso por el cual el terapeuta experimenta su relación con el paciente en términos de sus propias pautas idiosincráticas y se siente impulsado a responder en términos de las mismas y no en consideración de su papel como psicoterapeuta. Se trata de algo que, inevitablemente ocurre en la práctica de la psicoterapia. La formación de los psicoterapeutas no se orienta, por tanto, a conseguir que

tales fenómenos no ocurran, sino a sensibilizarlos para que, cuando ocurran sean capaces de reconocerlos. Con un terapeuta sensibilizado para reconocer sus reacciones (con una buena capacidad de autoobservación) los fenómenos contratransferenciales pueden ser de gran utilidad en la detección de los efectos interpersonales del comportamiento o las actitudes del paciente. La supervisión, la terapia personal y los ejercicios estructurados orientados a este fin son instrumentos útiles para la sensibilización de los terapeutas a estos fenómenos y para el ensayo de vías de manejo.

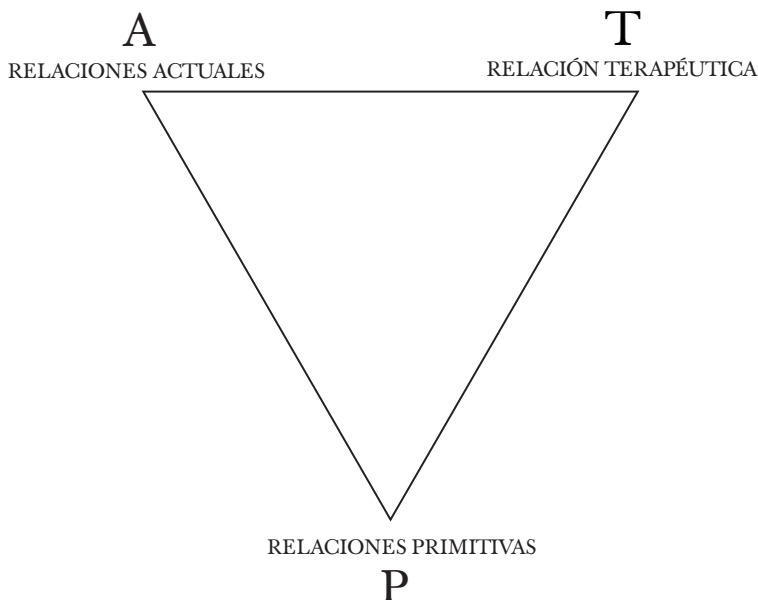
2.3. *Triángulos del conflicto y de las personas*

David Malan (1979) recuperó para la moderna psicoterapia breve de orientación dinámica la idea de los dos triángulos sobre los que debe transcurrir la interpretación. Otros psicoterapeutas dinámicos breves, como Sifneos (1987, 1992) o Habib Davanloo (1980, 1990) lo han convertido también en el instrumento técnico organizador de sus propuestas de psicoterapia. Nosotros lo hemos encontrado, por su simplicidad y sistematicidad, de particular utilidad para construir pautas-problema referidas a la historia biográfica del paciente. La idea que sustenta el uso de este utilísimo instrumento para la construcción de pautas, es que los síntomas neuróticos o conductas mal adaptadas resultan de la utilización disfuncional de diversos mecanismos de defensa puestos en marcha para evitar el dolor o el conflicto psíquico o para controlar impulsos inaceptables. Como explicábamos en el apartado anterior, los síntomas así formados son interpretables en la medida en la que, a la vez que una función defensiva, cumplen una función expresiva.

Este proceso de activación del síntoma puede ser representado como un triángulo, al que llamaremos **triángulo del conflicto** en cuyos vértices hemos representado 1) la **defensa** (D) que da lugar al síntoma, 2) la **ansiedad** (A) que la motiva y, en el vértice inferior (lo que quiere representar su carácter de menor accesibilidad para la conciencia) 3) el **sentimiento o impulso** (I) inconsciente, inaceptable, que despierta la ansiedad.

Ricardo es un hombre de 32 años que busca tratamiento tras haber golpeado a su pareja. A lo largo de su vida esta situación se ha repetido otras tres veces forzando la ruptura de las relaciones anteriores. Según cuenta, el objetivo más importante en su vida es conseguir construir una familia y quiere evitar que la conducta agresiva anterior se repita. Espontáneamente relata ser hijo de una madre soltera que se dedicaba a la prostitución y que le abandonó y maltrató físicamente en numerosas ocasiones, acusándole de ser él el culpable de su prostitución. Inició tratamiento con una terapeuta mujer con la que desde un principio estableció una relación oscilante entre la dependencia, actitud de desvalimiento y la irritación y el incumplimiento de horarios y citas. En este caso el paciente utiliza el mecanismo de actuación a través de la agresión, como defensa ante la creciente angustia por los sentimientos suscita-

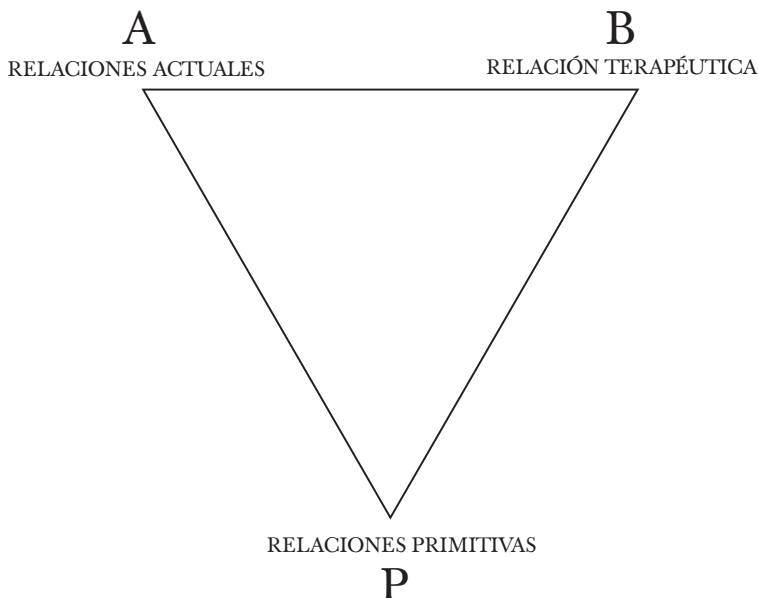
FIGURA 3: TRIÁNGULO DEL CONFLICTO



dos en la relación de pareja y que tienen que ver, tal como descubre en el curso de la terapia, con el miedo a exponerse al abandono, hecho que, paradójicamente, provoca con su conducta agresiva. Se cierra así el triángulo del conflicto que ha de manifestarse en los tres vértices del otro triángulo, el de las personas. El conflicto se manifestó, en el pasado, en la relación con su madre, en la actualidad en la relación con su pareja y, en la relación transferencial, con la terapeuta, a la que agrede con su conducta y cuya capacidad para mantener la relación y no abandonarle pone a prueba.

La interpretación consiste, en primer lugar, en hacer consciente esta relación entre estos tres elementos tramo por tramo. La relación entre la defensa y la ansiedad que la provoca (vínculo A-D), la relación entre el impulso y la ansiedad (vínculo I-A) y el modo en el que el impulso inconsciente se expresa en la defensa (vínculo I-D). Pero la interpretación consiste también en hacer patente como este proceso defensivo ocurre en los tres vértices de lo que llamamos el **triángulo de las personas**. Esto es como esta forma de provocarse defensivamente el síntoma que ocurre en las relaciones actuales del paciente (vértice A, de relaciones actuales) y que, probablemente, ha sido el que ha motivado la demanda de terapia, es el mismo que se ha activado (por la transferencia) en la relación con el terapeuta (vértice T, de transferencia) y el mismo que ocurría en la infancia del paciente en su relación con sus figuras primitivas (vértice P, de primitiva o parental).

FIGURA 4: TRIÁNGULO DE LAS PERSONAS



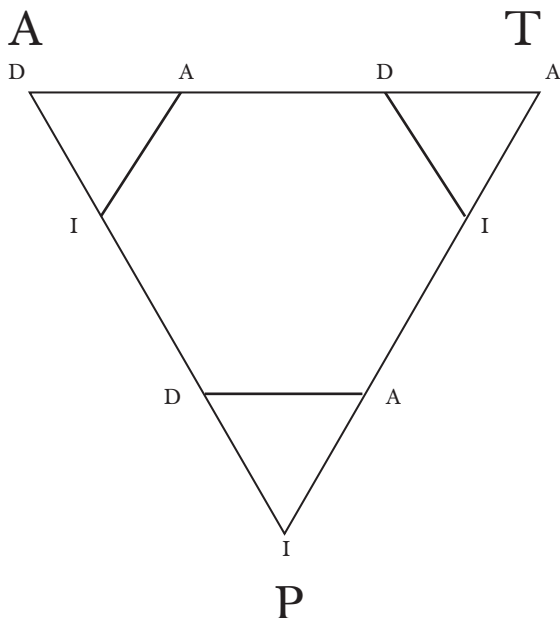
Después de haber recorrido pacientemente los vínculos entre cada par de vértices del triángulo del conflicto en cada uno de los vértices del triángulo de las personas, una interpretación completa podría resumirse así

... Me parece que, por lo que hemos estado hablando hasta ahora, podríamos decir que lo que sucede es que precisamente cuando usted siente más deseos de acercarse afectivamente a alguien que es importante para usted (I), por miedo a ser rechazado (A) evita la proximidad y se muestra sarcástico (D), con lo que al final se encuentra sólo y decepcionado. Hemos visto repetirse este modo de conducirse en varias ocasiones: con la compañera de trabajo que le ofreció la entrada para el concierto del jueves (O), con su hermano al salir del entierro de su padre (O) o con el compañero que había planeado la excursión a la que usted quería ir. De hecho es lo mismo que sucedió el otro día aquí en la consulta cuando le pregunté que es lo que imaginaba que podía hacer yo por usted (I). Es como si de algún modo usted se encontrara en estas situaciones como se debió sentir ante su madre en aquellas situaciones que me ha contado en las que si usted le pedía atención, ella le hacía callar, le llamaba quejica y caprichoso y le castigaba por molestar con sus preocupaciones a los mayores (P).

El proceso se representaría mejor con una figura que incluyera un triángulo del conflicto en cada uno de los vértices del triángulo de las personas.

Se trata de un eficaz **molde** sobre el que construir una narrativa que de cuenta de los comportamientos problema y los ponga en relación con la historia personal del paciente de un modo sistemático y útil para el trabajo psi-

FIGURA 5: TRIÁNGULO DEL CONFLICTO EN CADA VÉRTICE DEL TRIÁNGULO DE LAS PERSONAS



coterapéutico. Generalmente el establecimiento de cada uno de los lazos que configuran los lados de cada uno de los triángulos (el lado A-D, el lado P-T) resulta de un proceso conversacional y, consiguientemente emocional, complejo que consume, entre otras cosas, tiempo. Sin embargo a fines didácticos consideraremos que lo que los psicoanalistas llaman una interpretación completa es una narrativa alternativa que podría resumirse en una aseveración que podría expresarse en algún momento de la terapia y que vendría a ser como la siguiente:

... Así que según hemos visto lo que sucede es que, precisamente cuando desearía pedir algo a alguien que vive como un superior (I), por temor a que la expresión de debilidad que supondría tener que pedir ayuda le haga desmerecer a sus ojos (A) se calla y actúa como si no necesitara nada (D). Hemos visto que esto es lo que le llevó a actuar como lo hizo con su jefe la semana pasado y con su suegra el domingo (O). Es también lo que hizo que se comportara como lo hizo conmigo cuando tratamos de su cambio de cita (T). Y que básicamente es el mismo esquema que funcionaba con su padre cuando tenía que aguantar la marcha con los pies destrozados por temor a que le repitiera que quejarse era de maricones y que no volvería a salir con usted (P).

En este ejemplo el **impulso** de pedir algo a una persona que el paciente considera un superior va asociado a la **ansiedad** que provoca el miedo a desmerecerle. Ante esta ansiedad el paciente desarrolla la estrategia defensiva de no pedir lo que desea y actuar como si no necesitara nada (esto dibuja el triángulo del conflicto). Este triángulo se ha puesto de manifiesto en los tres vértices del triángulo de las personas: 1) con los otros (O) con los que mantiene sus relaciones actuales como su jefe y su suegra, 2) con el terapeuta (T) y 3) era el mismo que funcionaba con su padre (P).

2.4. *Tema nuclear del conflicto relacional (TNCR)*

Lester Luborsky (1984, 1988), representa, probablemente el intento más importante de fundamentar en la investigación los conceptos y la práctica de la psicoterapia psicoanalítica. La primera dificultad con la que este intento se encontraba era que las teorías psicoanalíticas se referían, por regla general, a fenómenos no observables y, por tanto, a los que resulta difícil aplicar los principios de la investigación. La hipótesis sobre la que Luborsky sostuvo la posibilidad de superar este obstáculo es la siguiente: Para el psicoanálisis los síntomas son resultado de **conflictos intrapsíquicos** que son inconscientes, no observables, y que se mantienen así por la existencia de una **resistencia**. Pero estos conflictos, precisamente por la **capacidad de transferencia** que se les atribuye en la teoría psicoanalítica, se expresan, necesariamente en problemas relacionales (que sí son observables y que, a través de la conversación con el terapeuta, pueden ser expresados por el paciente en la entrevista).

De acuerdo con este autor, el problema del paciente (su pauta-problema en nuestra terminología) puede ser narrada en términos de **tema nuclear del conflicto relacional** (TNCR cuyas siglas en inglés son CCRT) –la traducción relacional de este conflicto inconsciente– que puede ser expresado en **una frase** con 2 componentes:

- (1) una afirmación sobre los **deseos o intenciones del paciente (D)**.
- (2) una afirmación sobre las **consecuencias** en términos de **respuesta de los otros (RO)** y **respuesta del yo (RY)**, en la que, a su vez, distinguimos un componente conductual y un componente emocional.

El resultado podría expresarse con una frase del tipo de “yo quiero de....., pero..... (por su parte), y..... (por la mía)”.

Montse acudió a consulta por presentar un cuadro depresivo que no había respondido al tratamiento farmacológico prescrito por el médico de atención primaria. Tras una larga entrevista de evaluación se pudo establecer que en ese momento Montse estaba poniendo en juego

con su jefe una interacción que se había repetido a lo largo de su vida con otras personas y que pudimos concretar como que cuando sentía una intensa necesidad que debía ser satisfecha por el otro en cuestión y hubiera deseado pedir que la satisficieran (D), por temor a que el otro pudiera sufrir o enfurecerse por su petición (RO), oculta sus deseos plegándose a los deseos de los demás (RY, componente conductual) y se siente frustrada, insatisfecha e irritada consigo misma (RY, componente emocional).

En este caso tendríamos

D: Expresar sus necesidades y pedir que se las satisfagan

RO: Sentirse molesto o enfadado por la petición

RY: 1) Ocultar sus deseos y plegarse a los de los demás (componente conductual)
2) Sentirse frustrada, insatisfecha e irritada consigo misma (componente emocional)

O, formulado como una frase:

“Yo querría expresar mis necesidades a mis seres queridos y pedir que me ayuden a satisfacerlas (D), pero temo que ellos se sientan molestos o enfadados por una petición semejante (RO), y oculto mis deseos y me someto a los de los demás (RY: componente conductual), con lo que me siento frustrada, insatisfecha e irritada conmigo misma (RY: componente emocional)”.

Nótese que llamamos **respuesta del otro (RO)** a la que el paciente anticipa en su fantasía, que puede no tener nada que ver con la respuesta más probable en el caso de que éste expresara su deseo. Pero es precisamente esa inadecuación de la narrativa del paciente en su situación interpersonal actual la que le confiere el carácter problemático y lo que la convierte en interesante para la terapia.

De hecho el jefe de la Montse del ejemplo anterior, no sólo comprendió sus deseos de ocupar un puesto de más responsabilidad en la empresa, sino que le expresó su extrañeza porque no lo hubiera pedido antes y le confesó que no se lo había pedido por miedo a que al hacerlo Montse (que tenía dos hijos) se sintiera más exigida de lo que estaba dispuesta a aceptar y abandonara la empresa.

Desde luego en ocasiones la *respuesta del otro (RO)* esperada se corresponde con la probable. En ese caso el trabajo terapéutico explorará *respuestas del yo (RY)* alternativas.

Dolores había renunciado a cualquier manifestación de capacidad de tener una opinión propia o a anteponer a otra la satisfacción de una necesidad suya (D) por temor a que su padre primero, y su marido alcohólico después, la interpretaran como una muestra de rebeldía y la golpearan (RO). Por ese motivo les daba automáticamente la razón y se plegaba a sus deseos (RY, componente conductual) y se sentía humillada y sin valor (RY, componente emocional).

Un constructo como el de TNCR nos permite no sólo determinar la forma que tendrá la narrativa que configurará la pauta-problema sino, incluso el modo en el que se lo expresaremos al paciente. Por ejemplo, en el caso anterior el terapeuta podría decir algo como

... Bien, Montse, hemos hablado de un montón de cosas importantes durante estas dos sesiones. Pero me gustaría que nos centráramos en una que me ha llamado la atención y que creo que se repite una y otra vez y que me parece que puede tener que ver con ese estado emocional en el que se encuentra. Fíjese: Es como si usted buscara relaciones (me ha hablado de su jefe ahora, pero también de su novio y de su padre...) en la que usted pudiera expresar claramente sus necesidades y pedir ayuda para satisfacerlas (D), pero Ud. teme si lo hace otros puedan sentirse molestos o enfadarse con usted (RO), de modo que se calla sus deseos, hace lo que los otros quieren (RY conductual) y se siente frustrada, insatisfecha e irritada con Ud. misma (RY afectiva). Y yo creo que esta dinámica explica en parte por qué usted se queja de anteponer a cualquiera a usted misma y de no conseguir que nadie se haga cargo de sus necesidades.

El TNCR se construye deductivamente extrayendo lo que tienen en común un número importante de **episodios relacionales (ER)** que han aparecido en la conversación entre paciente y terapeuta. Cada uno de estos episodios relacionales ha de contener los elementos claves del tema (D, RY, RO). Ante una narrativa que sugiere la existencia de uno de los elementos de un episodio relacional, el terapeuta dirigirá la conversación de modo que puedan aparecer los otros.

Por ejemplo,

PACIENTE: He estado mucho mejor esta semana... Ayer, sin embargo, vi a mi hermana y acabé con un berrinche horrible...

TERAPEUTA: ¿Qué pasó?

PACIENTE: Ya le he contado cómo es ella. Va a lo suyo.

TERAPEUTA: (no es lo que me está contando, pero pudo haber un episodio relacional que parece que tuvo una importante repercusión emocional) Pero ¿qué es lo que sucedió ayer exactamente?

PACIENTE: Consiguí amargarme la tarde. No sé ni por qué me lo tomo así, si ya la conozco.

TERAPEUTA: Pero dígame que es lo que ocurrió.

PACIENTE: No ocurrió nada. Simplemente que me cargan a mí con todo y ni siquiera me lo agradecen. Y encima parece que son ellos los simpáticos y los que quedan bien y yo quedo como un ogro.

TERAPEUTA: (la intuición le dice que pudo haber un episodio relacional, pero sigue sin aparecer ninguno de los elementos que lo constituyen) Sigo sin hacerme una idea muy exacta. Y me parece que es algo que ha sido importante para usted y que puede servirnos para la terapia... ¿Podría contarme la escena con detalle?

PACIENTE: Vino a casa con sus hijos, para ver a mi madre, que como ya le he contado, desde que hace un año perdió la vista, vive en mi casa. Le trajeron un regalo y mi madre se puso muy contenta. Yo estaba en la cocina preparando los aperitivos y las medicinas de mamá mientras ellos charlaban y se reían... Estaba rabiando... Me decía a mi misma: ¿A qué no son capaces de venir aquí a ayudarme ni siquiera ahora que están aquí en casa?

TERAPEUTA: (esto podría ser un deseo: compartir la carga de cuidar a la madre enferma) *¿A usted le hubiera gustado que fueran a la cocina a ayudarla?*

PACIENTE: Desde luego. Por lo menos me hubiera gustado que se enteraran de que estaba trabajando mientras ellos se divertían. Me gustaría que reconocieran que, en realidad me estoy haciendo yo sola cargo de mi madre.

TERAPEUTA: (¿Qué impide a esta paciente realizar este deseo? ¿Una respuesta del otro?) *¿Qué hubiera pasado si usted les hubiera pedido ayuda?*

PACIENTE: Me hubieran llamado aguafiestas y egoísta. Además, en realidad yo necesitaba poca ayuda porque como sé como son, había estado el día anterior preparando boquerones en vinagre y, dos horas antes, haciendo canapés.

TERAPEUTA: (Eso parece una respuesta del otro) *¿Quiere decir que pensó que no valía la pena pedir ayuda porque si lo hubiera hecho la hubieran llamado aguafiestas y egoísta?*

PACIENTE: Exactamente.

TERAPEUTA: (Buscando una respuesta del Yo) *¿Y qué hace usted cuando no pide la ayuda que le gustaría recibir porque piensa que si lo hace la van a rechazar?*

PACIENTE: Me callo y me pongo a hacer yo sola todo el trabajo

TERAPEUTA: (esto es el componente conductual de la respuesta del yo, pero ¿Y el componente emocional?) *¿Y cómo se siente entonces?*

PACIENTE: Me siento cabreada, ...y explotada... y sola

TERAPEUTA: Por algo así me dijo que había decidido venir aquí. ¿No?

En una entrevista normal pueden identificarse entre 5 y 10 *episodios relacionales* (ER). Sin embargo hay pacientes a los que cuesta relatar *episodios relacionales* ER. En ese caso el terapeuta puede intentar facilitarlos activamente (Book 1997)

“¿Podría contarme una o dos interacciones recientes entre Ud. y otra persona en las que se haya quedado sintiéndose insatisfechos?”.

“Y en su niñez ¿Recuerda interacciones en la que ocurriera lo mismo?”.

En el modelo de terapia propuesto por Luborsky (cuyo manual (Luborsky 1984) incluye un formato breve, de 16 sesiones magníficamente remanualizado en Book 1997) los TNRC se constituyen a partir de una serie de episodios relacionales que comparten temática.

El trabajo con el TNCR en las fases intermedias de la terapia consiste en mostrar su ubicuidad y en hacerlo circular por los tres vértices del triángulo de las personas.

Se trata de un procedimiento amigable de construir narrativas que tiene como ventaja hacerlo en los términos exactos utilizados por el paciente y prescindir de tecnicismos pero que, a la vez, es altamente sistemático y útil para guiar la labor exploratoria y la construcción de historias durante las sesiones.

Otros psicoterapeutas psicodinámicos que han realizado investigación han desarrollado métodos muy semejantes. El caso más notable (que también debe mucho a Paul Wachtel (1977, 1987, 1993)) es el de Strupp y Binder (1989). Estos autores (responsables de los ambiciosos proyectos de investiga-

ción de la Universidad de Vanderbilt) resumen su idea sobre los trastornos mentales en estos términos *“los problemas de los pacientes son consecuencia de unas relaciones interpersonales inadecuadas que pueden formalizarse en forma de una **narración** que implica acciones humanas, inmersas en un contexto de transacciones interpersonales, organizadas en un patrón psicodinámico cíclico, que ha sido una fuente de problemas, que se repite a lo largo de la vida, y que, en la actualidad, es origen de dificultades”*.

Como en el caso de Luborsky este patrón se resume en una historia que, en este caso, organiza los siguientes elementos: 1) Problema que se presenta, 2) Actos de uno mismo, 3) Expectativas de reacción de los otros, 4) Reacciones observadas en los otros y 5) Introyección (trato que se da el paciente a si mismo).

Para estos autores la terapia persigue **facilitar una experiencia vital constructiva** que (a través del conjunto de transacciones interpersonales que constituyen las terapias) produzca una mejoría en el auto-concepto del paciente y en la calidad de sus relaciones interpersonales. La relación terapéutica se considera como *“un laboratorio para estudiar **in vivo** las dificultades que el paciente tiene en su vida, así como el medio de corregirlas”*. No nos detendremos en ella en detalle por considerar que es muy semejante a la de Luborsky y que es fácilmente accesible en el manual (Strupp y Binder, 1989) del que existe una traducción al castellano.

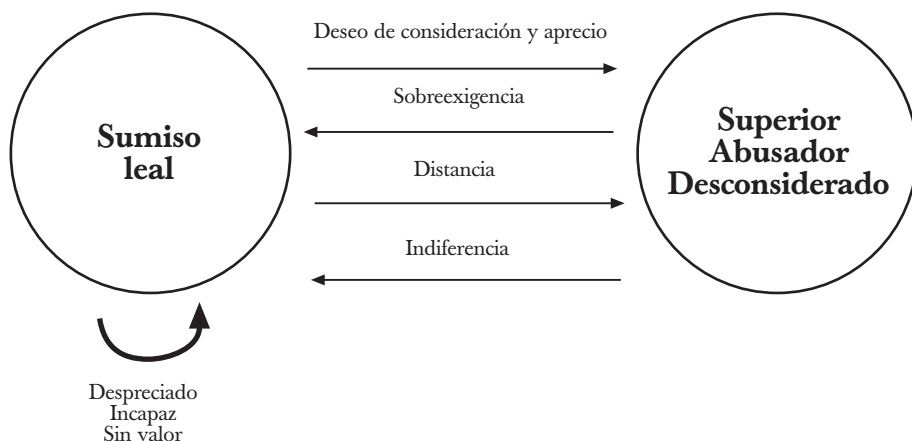
2.5. Modelos de relación de roles

Horowitz intenta entender los comportamientos problemáticos del paciente en términos de *modelos de relación de roles* que considera esquemas mentales que incluyen emociones y guiones para las transacciones. Los ingredientes de tales modelos son

- 1) roles del *self*
- 2) roles del otro
- 3) intenciones y acciones (que incluyen expresión de emociones)
 - a. que inician una secuencia de transacciones
 - b. que ocurren en respuesta o reacción
 - c. que pueden cobrar naturaleza de acciones que se llevan a cabo realmente o ser sólo pensadas o fantaseadas
- 4) una evaluación crítica de esa acción o intención

Así, por ejemplo, el sujeto que desearía ganar consideración y aprecio por parte de sus jefes o personas a las que él confiere autoridad, pero teme que si lo manifiesta, estos le sobrexijan, con lo cual se muestra distante por lo que lo que recibe a cambio es la indiferencia de los otros y se siente incapaz de hacerse valer, podría representarse por el siguiente esquema

FIGURA 6: MODELO DE RELACIÓN DE ROLES



Donde

- 1) rol del *self*: **Sumiso, leal**
- 2) rol del otro: **Superior abusador y desconsiderado**
- 3) intenciones y acciones (que incluyen expresión de emociones)
 - a. que inician una secuencia de transacciones: **deseo de consideración y aprecio**
 - b. que ocurren en respuesta o reacción
 - fantaseado (por parte del superior): **sobreexigencia**
 - real (por su parte): **distancia**
 - real (por parte del superior): **indiferencia**
- 4) una evaluación crítica de esa acción o intención: **se siente despreciado, incapaz y sin valor**

Eso podría ser expresado también con una frase del tipo “**Yo (que soy...) actuó de la siguiente manera: ... con esta persona y ella (que es...) actúa conmigo así: ... con lo que me siento...**”. En el caso del ejemplo “Yo, que soy leal y sumiso, deseo consideración y aprecio por parte de mi jefe, que es un abusador desconsiderado por lo que temo que si lo percibe me exigirá más de lo que puedo darle, así que lo que hago es mantenerme distante, con lo que él no me presta atención y yo me siento despreciado, incapaz y sin valor”.

Este podría ser uno de los esquemas de relación que, de algún modo han sido adquiridos por el sujeto, y cuya activación en determinadas situaciones

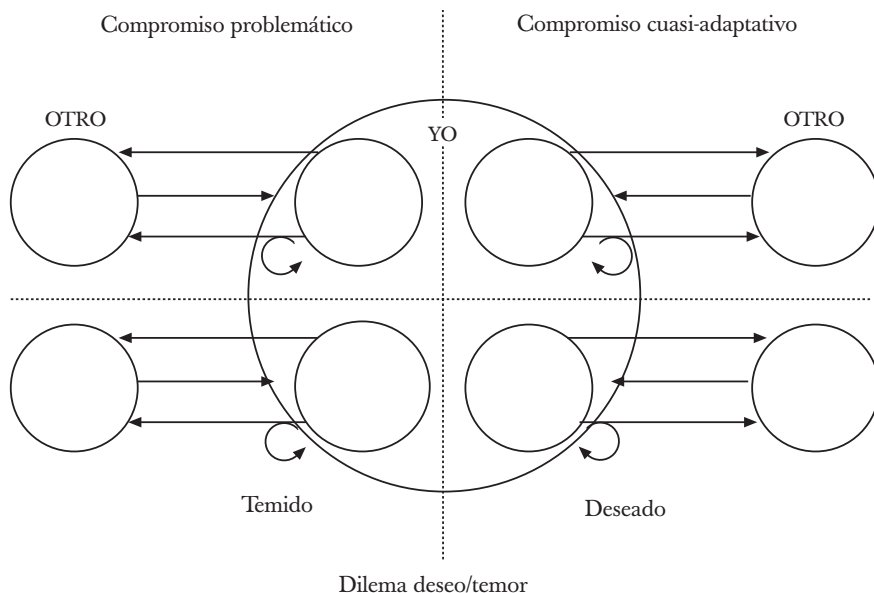
produciría problemas. Horowitz llama esquema de trabajo a aquel esquema del repertorio de esquemas de un paciente que ha sido activado por la situación actual (Horowitz 1986). Tales esquemas problemáticos pueden ser traídos a la consulta en los recuerdos y fantasías del pasado con las figuras significativas del paciente (como sus padres), en relatos de situaciones con otras personas de su vida presente o pueden aparecer activados en las relaciones con el terapeuta.

2.6. Diagramas deseo-temor: Configuraciones de modelos de relación de roles

Estos modelos de relación de roles de los que habla Horowitz (1986), se organizan en *configuraciones de modelos de relación de roles* que son modelos de motivación y de significados sobre uno mismo en relación con los otros. Tales configuraciones establecen pautas de deslizamiento entre varios modelos de relación de roles, en los que un determinado sujeto que no puede acceder a un modelo **deseado**, para protegerse de uno **temido**, adopta uno que constituye un **compromiso cuasi-adaptativo**, que cuando no puede sostenerse da paso a un **compromiso problemático**. Horowitz expresa este **dilema deseo-temor** en forma de un diagrama como el de la figura 7.

En la figura 1, en el capítulo de la formulación hemos expuesto el diagrama deseo-temor de la paciente a la que hemos llamado Matilde (página 125).

FIGURA 7: DIAGRAMA DESEO/TEMOR



2.7. *Problemas interpersonales*

Algunas de las propuestas psicoterapéuticas de los últimos años más que proporcionar un sistema para construir con el paciente la narrativa idiosincrásica sobre la que se articula su problema, se han estructurado sobre el repertorio de narrativas que más frecuentemente se asocian a determinado tipo de problemas. Hacerlo así tiene una cantidad de ventajas no desdeñables. Permite proponer tipos estándar de tratamiento aplicables a condiciones más o menos frecuentes, definibles operativamente (como la depresión). Permite comparar los resultados obtenidos por este procedimiento con los de otros procedimientos utilizados con el mismo fin (como la mediación antidepresiva). Permite que terapeutas sin una formación muy extensa puedan llevar a cabo el procedimiento de un modo fiable tras un proceso de formación específica muy accesible. El más popular de los procedimientos así articulados en los últimos años es el de la Terapia Interpersonal de la Depresión (Klerman Rousanville, Chevron, Neu & Weissman, 1984; Klerman & Weissman, 1993) originalmente desarrollado por Klerman y colaboradores y posteriormente extendido a otras aplicaciones por diversos seguidores (Klerman & Weissman, 1993; Markowitz 1998).

Indudablemente, este modo de actuar tiene sus inconvenientes. En primer lugar está el riesgo de inducir la idea de que se puede hacer psicoterapia siguiendo las instrucciones de un especie de *libro de cocina* (En realidad tampoco se cocina bien así). La psicoterapia es un proceso conversacional que ocurre entre dos personas, y es artificial y pretencioso suponer que una de ellas (aunque actúe en calidad de experto en algo) tenga la posibilidad de ajustarlo a un guión prescrito. Además este tipo de terapias se plantean sobre una determinada condición bien definida (generalmente por un diagnóstico) lo que puede inducir también la idea de que los rótulos diagnósticos representan una buena guía para planificar intervenciones psicoterapéuticas. No creemos que haga falta comentar los resultados de esta forma de proceder sobre la creatividad.

En esta terapia se supone que los trastornos depresivos (y los otros para los que se ha utilizado el método como, por ejemplo, la bulimia (Fairburn, 1993; Fairburn, Jones, Pevler, Carr, Solomon, O'Connor, Burton & Hope, 1991). pueden ser abordados desde cuatro narrativas, acerca de las cuales han editado manuales que permiten guiar la conversación. Esas narrativas básicas son las correspondientes a lo que ellos llaman **áreas problema** 1) Duelo, 2) Disputas interpersonales, 3) transiciones de rol y 4) déficits interpersonales. El manual de Klerman y Weissman proporciona instrucciones detalladas sobre cómo trabajar para construir estas narrativas partiendo de la queja inicial y cómo guiar la conversación sobre cada uno de estos temas.

Nosotros hemos utilizado mucho este manual en el entrenamiento de principiantes y creemos que es un instrumento utilísimo. Las sugerencias del manual son precisas y de gran utilidad clínica.

Una propuesta de intervención que bebe en las mismas fuentes que la anterior es la que realiza Worden (1991) en su manual de aconsejamiento y terapia en situaciones de duelo. En él supone que la persona que atraviesa tales situaciones debe realizar una serie de tareas como es 1) tomar conciencia de la pérdida, 2) entrar en contacto con las emociones que esta conlleva, 3) aprender a desenvolverse prácticamente en la vida sin lo perdido y 4) recuperar lo perdido de modo que su recuerdo no impida obtener otras satisfacciones. El manual de aconsejamiento proporciona pautas para guiar la conversación con personas que están atravesando situaciones de duelo normales. La propuesta de terapia se refiere a personas que no han conseguido terminar de un modo satisfactorio una o varias de esas tareas.

Una propuesta semejante a la de Klerman y cols, la realizan Budman y Gurman (1988) al definir los 5 focos que consideran susceptibles de ser tratados con su psicoterapia breve Interpersonal-Evolutivo-Existencial: 1) pérdidas, 2) disincronías evolutivas, 3) conflictos interpersonales, 4) presentación de síntomas y 5) trastornos de la personalidad.

2.8. Problemas existenciales

Lo que a nuestro modo de ver caracteriza a los terapeutas existenciales no es la utilización de unos instrumentos determinados, sino una actitud, la actitud fenomenológica, con la que, indudablemente tiene que ver la que inspira este libro, pero en la que no vamos a detenernos ahora y a la que no vamos a referirnos en estos términos. Algunos psicoterapeutas existencialistas (entre los que destaca el americano de origen ruso Irvin Yalom (1980) plantean la posibilidad de entender los problemas que los pacientes traen a consulta de un modo psicodinámico, semejante al que planteábamos con Malan al hablar del triángulo del conflicto en el que los comportamientos problemáticos aparecerían como defensas frente a la angustia. Lo que diferencia a estos psicodinámicos de los de orientación psicoanalítica es que, estos consideran que la fuente de esa angustia frente a la que se organiza la defensa no son conflictos inconscientes o impulsos inaceptables por la censura endopsíquica, sino alguna de las **preocupaciones esenciales** del hombre tal y como las definió Victor Frank (1946): 1) la muerte, 2) la libertad, 3) el aislamiento y 4) la falta de sentido de la existencia. La idea que subyace al trabajo de estos terapeutas es que la toma de conciencia de estas preocupaciones tiene un efecto liberador ("la idea de la muerte nos libera de la muer-

te”). Hay determinados tipos de trabajo, como el de los pacientes terminales, a los que estos terapeutas se han dedicado con frecuencia y en los que sus sugerencias son útiles para guiar conversaciones siempre muy difíciles.

2.9. *El concepto de resistencia*

El concepto de resistencia, como una fuerza que se opone al deseo declarado del paciente de colaborar en la terapia para mejorar⁴, es central para el desarrollo de las terapias de origen psicoanalítico y por eso lo hemos incluido en este apartado, aunque se vuelve sobre él en otro lugar de este libro. Es un concepto que tiene la ventaja de servir para llamar la atención sobre fenómenos que son clínicamente relevantes y para articular estrategias para manejarlos.

Nosotros no lo utilizamos porque parece que hace referencia a algún tipo de fuerza que estaría escondida en algún lugar en el interior del paciente, esperando a manifestarse. Para nosotros la resistencia es una maniobra discursiva más. En cualquier caso las actuaciones del paciente que parecen oponerse a su deseo declarado de cambiar aparecen en la terapia (faltar a una cita, no realizar las tareas para casa, divagar cuando se siente confrontado con un tema de particular resonancia afectiva...). Aunque nos referimos a estos fenómenos en otros apartados, si tuviéramos que sistematizar las posibles formas de proceder ante ellos podríamos hacer las siguientes cosas

1) Ignorarlos y continuar como si no hubieran ocurrido (pensando que ya pasarán): es una de las pocas cosas que la investigación de proceso y la experiencia clínica asocian de modo claro con malos resultados

2) Señalarlos y trabajar su aparición como una manifestación de la pauta disfuncional que se está tratando en la terapia o de una nueva que ha hecho aparición desencadenada por material que ha aparecido en la terapia.

TERAPEUTA: ¿Ha traído la tarea que acordamos en la sesión anterior?

PACIENTE: No he tenido tiempo de hacerla.

TERAPEUTA: ¿No ha tenido tiempo? ¿Ha sucedido algo especial esta semana? (Algo que no debe olvidarse es que, aunque pueda doler al narcisismo de los terapeutas, efectivamente en la vida de los pacientes hay más cosas que la terapia y que éstas pueden justificar determinados acontecimientos. Como el mismo Freud reconocía: “A veces un puro es un puro”).

PACIENTE: No; como siempre. Mucho trabajo, la familia...

TERAPEUTA: Nada entonces que no previéramos cuando quedamos en que haría esa tarea...

4. En realidad Freud utiliza el término de un modo mas amplio para referirse a la fuerza que se opone a que lo inconsciente se haga consciente. Nos referimos aquí al uso mas restringido, que actualmente hacen del término los terapeutas psicodinámicos (Ursano, Sonnenberg, Lazar, 1991).

PACIENTE: Es verdad...

TERAPEUTA: De todas formas, debe haber sucedido algo con lo que no contábamos... ¿Cuál era la tarea?

PACIENTE: ... Esto... no lo recuerdo exactamente... Me parece...

TERAPEUTA: ¿No lo recuerda? ¿Olvida con frecuencia las cosas que acordamos en la terapia?

PACIENTE: Todo lo contrario, ya le he dicho otras veces que...

TERAPEUTA: ¡Ya, ya...! Entonces es que efectivamente debe estar pasando algo especial ¿De verdad no puede recordar en que consistía?

PACIENTE: Había quedado en anotar las cosas que había querido decirle a mi mujer pero me callaba por miedo...

TERAPEUTA: Y ¿ha sucedido algo así en alguna ocasión esta semana?

PACIENTE: Lo de siempre, no sé... El mismo martes (el día de la sesión anterior) por la noche... Al salir del concierto, yo quería estar con ella... Ella se fue a buscar a una compañera de trabajo que vio salir por la otra puerta... Es una compañera suya que es una auténtica pesada y estuvimos hablando de tonterías hasta las mil... Pasó lo de siempre, yo no dije nada... Al llegar a casa hasta pensé lo que iba a apuntar, estuve incluso imaginando lo que me diría usted... Lo dejé para el día siguiente porque estaba muy cansado...

TERAPEUTA: ¿Y qué pensó que le diría?

PACIENTE: Pensé que le iba a parecer un imbécil y que me iba a decir “¿Pero no hemos hablado esto mil veces? ¿Tan difícil es pararse a pensar que es lo que quiere y pedirlo por esa boquita a ver que pasa...?”

TERAPEUTA: En definitiva le pareció que si cumplía con la tarea yo iba a hacer que usted se enfrentara a cual es su modo de comportarse y que eso le iba a hacer sentir mal, porque, aunque por un lado sabe que a la larga le hace sufrir, por otro le evita enfrentar una situación que le da miedo: la de que la expresión de sus deseos pueda enfadar y hacer que, personas que usted quiere que le quieran, le retiren su cariño...

PACIENTE: Puede ser...

TERAPEUTA: Es como si algo en usted se opusiera al deseo de cambiar que le hizo venir a verme. Porque: ¿Recuerda qué hablamos de que hablar de esto en la terapia, aunque suponga pasarlo mal era necesario para poder dejar de pasarlo mal fuera?

3) Confrontarla

Habib Davanloo (1980, 1990) desarrolló un modo peculiar de manejar la resistencia consistente no en interpretarla sino en desafiarla suave pero persistentemente apoyándose en (en ocasiones reclamando explícitamente) la alianza terapéutica inconsciente, hasta producir lo que él llama el *desbloqueo del inconsciente* (Davanloo, 1990). Esto ha dado lugar a un estilo conversacional especial que es particularmente útil en pacientes muy inhibidos por sentimientos de rabia que no pueden aceptar.

TERAPEUTA: Y... ¿Cómo se sintió cuando se enteró de que su hermano, por fin, no iba a venir por Navidad?

PACIENTE: Supongo que mal

TERAPEUTA: ¿Supone? ¿Usted normalmente tiene que “suponer” como se siente? ¿O es algo que sucede sólo precisamente aquí en este momento y por lo que deberíamos preguntarnos?

PACIENTE: Quiero decir que cualquier persona que se hubiera tomado un trabajo para agradar a otra y luego se...

TERAPEUTA: Pero ¿Se da cuenta? Le he preguntado cómo se sintió y usted me está hablando de lo que le sucedería a "cualquier persona"... ¿Qué es lo que impide hablar directamente de usted?

PACIENTE: Bueno... A veces a todos nos cuesta encontrar las palabras, como dice ese tío de la tele...

TERAPEUTA: Ahora me está hablando de "todos" y de un "tío de la tele". Debe resultarle muy difícil expresar lo que sintió.

PACIENTE: A veces uno no sabe exactamente lo que siente

*TERAPEUTA: ¿Quiere decir que **usted**, a veces, no sabe lo que siente?*

PACIENTE: Es lo que he dicho.

TERAPEUTA: Pero lo ha dicho diciendo que "a veces, uno..." y para que podamos trabajar juntos aquí es necesario que sepamos lo más exactamente posible a que nos referimos cada uno, y, sobre todo, en que medida nos implicamos en lo que decimos... De otro modo estaríamos diciendo cosas más o menos ingeniosas o más o menos verdaderas, pero no las cosas que le pueden valer a usted... De otro modo, sencillamente, yo no le podría ayudar (algo así es lo que Davanloo llama hacer una llamada a la alianza de trabajo inconsciente). Por eso trato de ayudarle a que sea concreto haciéndole ver cuando se va por las ramas... Por eso me pregunto qué es lo que hace tan difícil que hable de aquel sentimiento... Me acaba de decir que a veces tiene sentimientos de los que no se acaba de enterar...

PACIENTE: Más o menos

TERAPEUTA: Y, ahora, en este momento... ¿Qué es lo que siente?

PACIENTE: Nada especial...

TERAPEUTA: ¿Usted cree que se puede no sentir nada?

*PACIENTE: He dicho nada **especial***

TERAPEUTA: Entonces ¿Qué?

PACIENTE: ... No se...

TERAPEUTA: Pero se está usted moviendo en la silla...

PACIENTE: Bueno es que no es muy cómoda...

TERAPEUTA: ¿La silla? Ha empezado usted a moverse cuando le he preguntado por su sentimiento...

PACIENTE: Si quiere decir eso, desde luego también es incómodo sentirse observado y juzgado continuamente...

TERAPEUTA: Yo no quiero decir más que a usted le cuesta reconocer y hablar de ciertos sentimientos y para nuestro trabajo nos va a ser útil saber de cuales y por qué. Pero ahora ha podido decirme que se siente incómodo y que le parece que lo estoy juzgando...

PACIENTE: ¡Desde luego!

TERAPEUTA: Piensa, entonces, que le estoy juzgando...y está incómodo ¿Y qué siente, exactamente, cuando piensa que lo estoy juzgando?

PACIENTE: (Con un movimiento brusco) ¡Mierda!... Lo que yo...

TERAPEUTA: ¿Podríamos decir que ahora está cabreado?

PACIENTE: Bueno es que...

TERAPEUTA: ¿Pero, ahora, se siente cabreado?

PACIENTE: Si

TERAPEUTA: ¿Cabreado conmigo?

PACIENTE: Supongo que sí

TERAPEUTA: ¿Otra vez supone? ¿Qué es lo que le he hecho sentirse cabreado?

PACIENTE: Sí, sí, que usted me acosara a preguntas

TERAPEUTA: O sea, que está cabreado conmigo

PACIENTE: Pues sí

TERAPEUTA: ¿Muy cabreado?

PACIENTE: Sí, muy cabreado

TERAPEUTA: Y se siente acosado, acosado por mí, por eso está cabreado...

PACIENTE: Sí

TERAPEUTA: Bien. Y si se centra en ese sentimiento de cabreo ¿Qué le gustaría hacerme?

PACIENTE: ¿Qué quiere decir?

TERAPEUTA: A veces decimos "Me pillé un cabreo que lo hubiera...". ¿Qué me hubiera hecho usted?

PACIENTE: Desde luego le hubiera mandado a la mierda... y le hubiera dicho que yo no vengo aquí por gusto, y que me cuesta mucho trabajo contar lo que cuento, porque yo nunca he sabido hablar así de estas cosas, lo paso muy mal... (casi llorando)

TERAPEUTA: Está usted emocionado ahora

PACIENTE: Sí, es una tontería

TERAPEUTA: ¡Una tontería! ¿Cómo diría que se siente ahora, después de haber dicho esto? ¿Se siente igual que hace un rato?

PACIENTE: No; creo que estoy mejor...

TERAPEUTA: Mejor, pero ¿Cómo?

PACIENTE: Ahora estoy más tranquilo... Pero estoy triste

TERAPEUTA: Y ¿De quién tendrá pena?

PACIENTE: Supongo que de mí.

TERAPEUTA: Otra vez supone. Pero hemos aprendido un montón de cosas. Cuando se sentía observado y que lo iba a juzgar ocultaba sus sentimientos y divagaba... Se encuentra más tranquilo cuando ha conseguido comunicármelos. Ahora cuando tiene que hablar de otro sentimiento, vuelve a divagar o dice que es una tontería... ¿Puede tener esto algo que ver con que no haya hecho la tarea?

PACIENTE: Le estaba diciendo que hasta llegué a pensar lo que iba a escribir el martes. Entonces me vi ridículo trayéndole mis notitas con mis sentimientos, como una ursulina... ¡A veces pienso que usted no se toma en serio lo que me pasa, que piensa que son chiquilladas...!

TERAPEUTA: Muy interesante. ¿Ve como teníamos un buen motivo para tener la tarea sin hacer? ¿Se encuentra ahora con ánimos de discutirlo?

4) Aceptarlos y utilizarlos paradójicamente en la terapia mediante un giro conversacional

TERAPEUTA: ¡Bien! Elena no ha traído la tarea... ¿Y los demás?

PADRE, MADRE Y HERMANO DE ELENA: Sí

TERAPEUTA: ¿Qué creen que puede querer decir que una persona, tan responsable y con una capacidad de control como la de Elena, que ha sido capaz de perder 15 kilos en 4 meses, no haga su tarea?

HERMANO: ... Que va a lo suyo y que no quiere curarse...

TERAPEUTA: (Al padre) ¿Cómo cree que se sentirá Elena al oír decir esto a su hermano?

PADRE: Mal; se sentirá mal... Pero todos nos sentimos mal y cada uno está intentando hacer lo que puede para que podamos salir de este infierno, porque en casa, oiga usted, no se puede vivir mas que para la niña...

TERAPEUTA: ¿Quiere decir que es difícil que en casa puedan atenderse las necesidades de los otros miembros de la familia...?

MADRE: ¡Desde luego: ¡Es imposible! Mire usted: en mi casa sólo se habla de la comida de la niña, de la ropa de la niña, y de la niña, y de la niña...

TERAPEUTA: Y ustedes –claro– tendrían necesidad de hablar de otras cosas...

PADRE: ¡Claro!

TERAPEUTA: De problemas que no tienen nada que ver con la comida ni el peso de Elena..

MADRE: ¡Eso es!

TERAPEUTA: Cosas que tendrían que arreglar entre ustedes y que hace tiempo que, por este problema, tienen pendientes...

PADRE: Si

TERAPEUTA: Seguramente Elena sabe eso...

ELENA: (Con lágrimas en los ojos) ¡Claro que lo sé! ¡Pero ellos no se enteran, yo no puedo ni hablar ni pensar en otra cosa...!

TERAPEUTA: Lo has explicado muy bien. Sabes que en la familia hay otros problemas que llevan un año esperando siquiera para hablarse, pero tú no puedes hablar más que de comida... y lo sabes... pero no puedes...

ELENA: ¡Eso es!

TERAPEUTA: Y ¿Cómo te sientes cuando te das cuenta de eso?

ELENA: (Llorando) ¡Fatal! Se que les estoy amargando la vida también a ellos... ¡Y que me van a odiar! ¡Pero no puedo hacer otra cosa...! ¡Ni siquiera puedo pensar!

TERAPEUTA: Ni siquiera puedes pensar... Pero parece, Elena, que aún sin pensar has sido capaz de hacer algo para arreglar ese problema del que están hablando ahora tus familiares... Al no hacer tu tarea has proporcionado al resto de las personas de tu familia un espacio donde poder hablar de todas esas cosas de las que ha sido imposible hablar durante estos meses, y de hacerlo aquí, con nosotros, para poderlo hacer deprisa, sin cuidados innecesarios, porque nosotros vamos a cuidar que nadie salga dañado... Y de hacerlo de verdad, porque os vamos a ayudar a que nadie, llevado por la costumbre, acabe hablando de tu comida... Además, Elena, tú vas a poder escucharlo y vas a poder intervenir dando tu opinión, un poco desde fuera, porque hoy, gracias a la generosidad que te has ingeniado para demostrar, no vamos a hablar de t.i (al resto) ¿De que creen que estarían hablando si no tuvieran que hablar de la comida de Elena?

2.10. El concepto de interpretación

El término interpretación se refiere a desvelar un significado oculto para el sujeto pero, de algún modo, rastreable detrás del síntoma o comportamiento que es interpretado. En la tradición psicoanalítica hace referencia a una operación complicada que, en la versión más próxima a nuestros planteamientos significaría recorrer los vértices y los lados de cada uno de los dos triángulos (del conflicto y de las personas) a que hacíamos referencia más arriba. Nosotros no utilizamos el término en la medida en la que consideramos que presupone la existencia de un *verdadero* significado oculto tras el síntoma o fragmento de discurso a interpretar, cuando la operación que realizamos en psicoterapia, incluso cuando creemos interpretar en sentido “duro”,

nos parece que responde más bien a la idea de **comentario**, en el sentido de comentario de textos. Esto es: una operación por la que lo que hacemos es abrir un abanico de significados referibles a un texto que resultan evocadores para quien lo recibe, algo muy diferente del pretendido acceso a una verdad que promete el término *interpretación*.

2.11. *Desarrollo evolutivo*

Suele aceptarse que para referir los problemas a la historia biográfica personal es preciso manejar al menos un modelo de psicología evolutiva, sea cual sea. Probablemente los más utilizados son los propuestos por Freud o por las sucesivas escuelas psicoanalíticas. En realidad cualquiera de ellos puede servir. Nosotros encontramos de particular utilidad el propuesto por Erikson (1984). Erikson considera que la biografía de un ser humano puede entenderse como una sucesión de estadios que se corresponden con una determinada estructura psicológica y que se suceden a través de una serie de **crisis evolutivas**. Además tiene la virtud de extender su reflexión a toda la biografía hasta la vejez (de hecho en alguno de sus desarrollos empieza la exposición en inverso al cronológico, desde la vejez (Erikson 1984), en lugar de considerar que el desarrollo queda cerrado en un momento más o menos avanzado de la infancia o tras la adolescencia.

Un interesantísimo desarrollo en este sentido es el emprendido por Leiman (1995) y el grupo de terapeutas cognitivo-analítico de utilizar como marco de referencia la psicología evolutiva de base experimental de Vigostky

2.12. *La emoción en la óptica biográfica*

Algo que es importante destacar respecto a este tema es que lo que no supone ninguno de los autores que han trabajado en la definición de las pausas-problema en términos de la historia biográfica, es que lo importante para la terapia sea reconstruir los *hechos* acaecidos en la vida del paciente. La reconstrucción de tales hechos (que puede llevar una buena cantidad de trabajo en las sesiones) tiene interés sólo en la medida en la que es útil para traer a la consulta los *afectos* asociados a los mismos. Es la posibilidad de revivir, de reexperimentar esos afectos en unas condiciones diferentes –las que ofrece el proceso terapéutico– lo que puede estimular el cambio. A este proceso emocional lo llamaremos con Strupp y Binder (1989) *experiencia emocional constructiva*. Con este término recogemos el concepto de *experiencia emocional correctiva* de Alexander y French (1946) intentado evitar inducir la idea de que lo que se intenta es mitigar el efecto de un pasado de algún modo *desviado de la norma*.

Mariló, una muchacha de 23 años, atribuía el episodio depresivo por el que acudió a nuestra consulta a un acontecimiento aparentemente poco transcendente en el que se sentía culpable por no haber puesto en conocimiento del director del colegio que había encontrado a uno de los niños a los que cuidaba en el comedor, fumando. Tras una exploración se puso de manifiesto que el acontecimiento había actualizado el duelo por una hermana toxicómana que cuando estaba muy enferma había vuelto a la casa de sus padres –en la que aún vivía Mariló– con una hija pequeña. Mariló había albergado sentimientos contradictorios con respecto a ella y había tenido momentos de gran rabia que, en alguna ocasión había expresado. Probablemente la coexistencia de sentimientos de pena, culpa y rabia, había entorpecido el proceso de duelo en el momento de producirse la muerte. De hecho Mariló contaba que no pudo llorar. Durante la terapia Mariló, mientras recordaba los hechos pudo experimentar estos afectos. En un momento emocionalmente muy intenso le sobrevino el recuerdo de que, en realidad, esto lo había hablado con su hermana en uno de sus últimos días de lucidez y su hermana le había dicho que la perdonaba. Mariló decía “Lo había olvidado... Bueno, no. Yo creo que no lo había olvidado. Pero no lo sentía. Era como si el recuerdo no me produjera la felicidad que me produce ahora...”. No es el recuerdo, sino el sentimiento asociado al recuerdo experimentado en la terapia lo que permitió a Mariló dar por reescrita su historia con su hermana.

3. ¿Qué papel desempeña el terapeuta en la construcción de la pauta desde la historia biográfica personal?

3.1. Neutralidad vs abogacía

En la medida en la que en la psicoterapia psicoanalítica uno de los objetivos es que el paciente pueda revivir –por la transferencia– sus conflictos en la relación con el terapeuta, la técnica psicoanalítica procura que la imagen que el paciente tenga del terapeuta esté configurada al máximo por las fantasías que proyecta sobre él, y condicionada en la menor medida posible por elementos de la persona real del terapeuta. Se ha comparado el papel del terapeuta con el de una *pantalla en blanco* sobre la que el paciente proyecta su mundo interno. Esto ha configurado un rol bastante pasivo y un concepto de *neutralidad* asociado a esta pasividad. El analista actúa *sin memoria ni deseo* (en la afortunada expresión de Bion) y, de algún modo se limita a *escuchar* lo que emerge del inconsciente del paciente.

Esta actitud es incompatible con el modelo de psicoterapia que proponemos. En realidad es también incompatible con los modelos de psicoterapia de inspiración psicoanalítica más orientados a la práctica clínica en el sentido en que aquí la entendemos (Malan, 1979; Sifneos, 1987 y 1992; Davanloo, 1980 y 1990; Luborsky, 1984; Strupp & Binder, 1989; Wachtel, 1977, 1987; Horowitz, 1988; Horowitz, Marmar, Krupnick, 1984; Crits-Christoph, Barber, 1991). En ellos, la *neutralidad* se refiere al respeto a las opciones personales del paciente y la intención de no poner en juego en la medida de lo posible los

intereses y valores de la terapeuta. Como explicaremos después, aquí proponemos una relación igualitaria, no directiva y exploratoria que parte de una consideración de la terapeuta como abogada del paciente, esto es alguien cuya actitud es la de ayudar al paciente a defender sus intereses, no la de un mero levantador de actas de lo que ocurre en las sesiones. Esta relación implica una mayor actividad por parte de la terapeuta.

Cuando se trabaja construyendo la pauta-problema desde la historia biográfica del paciente es importante que los fenómenos que hemos llamado *transferenciales* (y que se dan, se reconozcan o no, se trabaje como se trabaje) aparezcan de modo que puedan ser cómodamente señalados y trabajados durante las sesiones. Esto requiere una estructura particular, que se garantiza con los principios de igualitarismo, no directividad y exploración antes enunciados. Pero, sobre todo, requiere una capacidad del terapeuta para moverse cómodamente y hablar con claridad de la situación interpersonal generada por ellos. Cuando un terapeuta prevé que el tipo de sentimientos o situaciones generadas por estos fenómenos le va a colocar en una situación de incomodidad que va a impedir hacerlo así o que puede bloquearlo, puede optar entre derivarlo a otro terapeuta o intentar trabajar con ese paciente utilizando otros marcos de referencia para construir las pautas (desde el pensamiento, la conducta o el sistema de relaciones y creencias). Esto sucede cuando por la historia personal del terapeuta o por su momento vital tiene dificultades para controlar su reacción ante determinadas situaciones o sentimientos. La terapia personal del terapeuta y la supervisión son los instrumentos de que disponemos, no para evitar que estos fenómenos se den, sino para conseguir que sean detectados con prontitud y no redunden en perjuicio del paciente.

3.2. Facilitador de la experiencia emocional constructiva

La psicoterapia es siempre, sobre todo, una experiencia emocional. Es, como venimos mostrando a lo largo de este texto una experiencia emocional que resulta de una actividad narrativa (ya hemos explicado que lo que constituye a la narrativa como género es, precisamente, la búsqueda de efectos emocionales a través de un relato). En este texto utilizaremos el término *experiencia emocional constructiva* (Strupp y Binder, 1989) en lugar del término clásico *experiencia emocional correctiva* de Alexander y French (1946) por considerar que induce menos a la idea de que lo que se intenta es mitigar el efecto de un pasado de algún modo *desviado de la norma*. Lo que interesa resaltar aquí es que el terapeuta debe mantener en todo momento en la cabeza la idea de que la historia es un instrumento y nos interesa menos la narración (el *informe*) que los efectos emocionales del mismo y que son estos efectos

emocionales los que alimentan la instauración de nuevos significados y no al revés. Es la inclusión de una nueva e intensa experiencia (la terapia) en la biografía del paciente lo que convierte en otra su historia biográfica personal.

Sin embargo, para que una actividad narrativa con efectos semejantes pueda tener efecto, es necesario que la terapia proporcione un marco donde el paciente sienta que puede abandonarse con seguridad a tal experiencia y a la correspondiente emergencia de sentimientos intensos y, a veces, dolorosos. Esta seguridad debe ser construida durante las fases iniciales. En el capítulo correspondiente a éstas se trata el cómo en los apartados sobre alianza terapéutica y contrato.

4. ¿Qué formato es preferible para trabajar con pautas definidas desde la historia biográfica personal?

La elección de una determinada óptica, no implica la de un formato determinado. Se puede trabajar desde la óptica biográfica utilizando formatos individuales, grupales o familiares (solos o en combinación), breves o largos y que incluyan o no el trabajo de *la transferencia*. Diremos algunas palabras sobre los criterios para elegir formato.

4.1. *Individual, familiar o grupal*

Este tipo de enfoque (basado en la definición de las pautas-problema sobre la historia biográfica personal) es el que ha privilegiado el uso de formatos individuales. El uso de formatos familiares o grupales y, sobre todo la complementación del trabajo individual con intervenciones de este tipo para trabajar desde la historia biográfica personal, está indicada cuando:

1. El paciente tiene dificultad para generar o narrar episodios en su vida de relación actual. Cuando esto sucede debido a la situación de soledad y aislamiento del paciente puede ser útil el **simultanear las sesiones individuales con sesiones de grupo** que pueden ser conducidas por el mismo u otro terapeuta. En estos casos las sesiones de grupo sirven para proporcionar la ocasión de que el paciente ponga en juego los esquemas de relación interpersonal que constituyen el problema con otras personas diferentes del terapeuta y ensaye nuevas posibilidades de relación. Lo que se busca es que sea en el grupo donde ocurran los acontecimientos que en la mayor parte de los casos ocurren en lo que hemos llamado con Malan vértice “o” del triángulo de las personas, esto es, en las relaciones con otras personas que ocurren mientras la terapia está teniendo lugar.

Roque acudió a consulta urgente a los 22 años, con una intensa angustia, con una vívida sensación de que algo tremendo iba a ocurrir y manifestando miedo a los rayos del sol. Roque había terminado hacía un año una carrera de grado medio que nunca había llegado a ejercer. Durante sus estudios había ingresado en un grupo religioso de militancia muy activa, que centralizó toda su vida de relación. Cuando, poco antes de terminar su carrera, rompió con ellos, no tenía otras relaciones a las que recurrir y comenzó una vida solitaria en la que leía escribía en casa o acudía a actividades culturales sólo. Durante este período de encierro se consolidaron temores a que su aspecto físico (se consideraba bajito y cabezón) y su falta de práctica en la búsqueda de relaciones, convirtieran cualquier intento de aproximarse a otras personas en una experiencia de ser ridiculizado. El cuadro psicótico motivo de la consulta urgente cedió rápidamente y en un par de semanas hacía crítica de toda su sintomatología. Roque inició terapia individual con una terapeuta y un grupo de psicoterapia con otro. La terapia se estructuró en un intento de buscar un sentido en su biografía a su dificultad para mostrarse a los demás y para confiar en que lo que mostrara de sí no iba a ser o ignorado (por falta de valor) o utilizado en su contra y lo que eso suponía en el momento de terminación de su condición de estudiante y adquisición de la capacidad (económica) de vida autónoma que ahora tenía que enfrentar. Roque tenía facilidad para pensar en esos términos y no fue difícil que contara historias sobre su infancia desde las que podía entenderse de que había estado protegiéndose con esa actitud. También estableció enseguida una relación con la terapeuta intensamente cargada de afectos en la que se actualizaron buena parte de sus modos de comportarse. Estos se actualizaron también en las personas de otros miembros del grupo (de hecho sus únicas relaciones fuera de la consulta durante bastante tiempo). El análisis de las situaciones que esto provocó tanto en el grupo como en las sesiones individuales permitió poner de manifiesto en que medida su conducta contribuía a provocar los hechos que él consideraba demostración de sus temores. Fue también en el marco seguro del grupo donde Roque pudo ensayar en primer lugar comportamientos alternativos en su relación con otras personas.

2. Existen conflictos crónicos en situación de *impasse* o estancamiento en el núcleo familiar que interfieren con las posibilidades de actuación fuera de las sesiones. En estos casos puede ser útil **simultanear las sesiones individuales con las de pareja o familia** para intentar poner tales conflictos en situación de *renegociación* y permitir actuaciones diferentes por parte del paciente.

3. Existen dinámicas familiares que se oponen a la instauración o a la consolidación de actuaciones alternativas en la vida actual del paciente. En estos casos también es preferible o **simultanear las sesiones individuales con las de pareja o familia** o, cuando esta alternativa preferible no es posible. tratar de **proporcionar un medio seguro en el que ensayar nuevos comportamientos simultaneando las sesiones individuales con terapia de grupo.**

4. El formato de familia o grupo es el más adecuado para conseguir algún objetivo complementario al de la terapia individual. Esto sucede, por ejemplo, cuando se pretende hacer un entrenamiento en habilidades sociales que permita el inicio de nuevas actividades en pacientes deprimidos con déficits psicosociales o en pacientes esquizoides, cuando se pre-

tende trabajar aspectos específicos de imagen corporal o educar sobre nutrición y comportamiento alimentario a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, cuando se pretende entrenar en relajación a pacientes con trastornos de ansiedad...

4.2. Terapias breves/indefinidas

En los últimos veinte años las psicoterapias dinámicas breves han dejado de ser consideradas un recurso excepcional susceptible de ser aplicado en rarísimos casos de escasa complejidad en los que se podía prescindir de la psicoterapia estándar, casi indefinida. Paulatinamente se les ha ido reconociendo un rango de indicaciones que primero coincidió y luego amplió el de la psicoterapia en general. Hoy son generalmente consideradas como la posibilidad de primera elección al pensar en ofrecer psicoterapia dinámica a un paciente. En otras palabras: hoy se considera que uno tiene que encontrar buenas razones para proponer a un paciente un proceso indefinido en lugar de uno recortado en el tiempo. Hoy ya sabemos que si algo es bueno, el doble (o diez veces mas) de los mismo no sólo no tiene por qué ser dos (o diez) veces mejor sino que puede llegar a ser mortalmente tóxico. En la literatura suelen considerarse breves terapias de entre 6 y 25 sesiones. Nosotros recomendamos (tal y como viene expresado en las fases iniciales) que, por regla general, se de al paciente una estimación de la duración previsible del tratamiento antes de “firmar” el contrato (Ver el apartado sobre *fases iniciales*).

4.3. Uso de la manifestación de la pauta en la relación con el terapeuta

El uso de la manifestación en la relación con el terapeuta de la pauta-problema que se pretende trabajar, se conoce en la literatura de orientación psicoanalítica como uso de la *transferencia* y de lo que Alexander y French (1946) llamaron *experiencia emocional correctiva* que nosotros, como Strupp y Binder (1989), preferimos llamar *experiencia emocional constructiva*. Nuestra posición respecto a ambos términos se expone en el apartado sobre transferencia que se recoge entre los conceptos útiles para la construcción de pautas desde la historia biográfica personal en este mismo capítulo.

Pautas construidas desde el pensamiento

1. ¿Cuándo es preferible construir una pauta-problema desde el pensamiento?

1.1. En los pacientes que se encuentran en el estadio de cambio que Prochaska llamó **contemplación**, esto es, pacientes que admiten la necesidad de cambiar, e incluso la posibilidad de hacerlo, pero que no han tomado la determinación de hacer algo para intentarlo. De hecho buena parte de la estrategia propuesta por Beck en su célebre manual (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) se orienta a conseguir que sus pacientes deprimidas pasen del estadio de contemplación al de preparación para la acción.

Elena, una mujer de 59 años, había vivido en el extranjero desde que se casó a los 19 con un hombre de negocios con el que disfrutó de una situación saneada en un país latinoamericano. Cuando su marido, en un mal momento económico, se jubiló, hubo de volver a España. La nueva situación supuso, 1) perder sus amistades y actividades de Latinoamérica, 2) adaptarse a un modo de vida mucho más modesto, 3) convivir durante todo el día con el marido (que en Latinoamérica, prácticamente, no pisaba la casa). Elena llegó a la consulta con un cuadro depresivo grave de dos años de evolución que no había respondido a los protocolos de depresión resistente, incluida hospitalización y terapia electroconvulsiva, que se le habían aplicado hasta el momento. En una trabajosísima conversación Elena contó a su terapeuta que no hacía “absolutamente nada” a lo largo del día, y que, aunque se había dejado traer a la consulta, estaba absolutamente convencida de que cualquier esfuerzo que realizara para intentar cambiar su situación, estaba destinado al fracaso porque se sentía incapaz de hacer absolutamente ninguna cosa y, caso de que, obligada consiguiera algo, sería

*incapaz de disfrutar de ello. El terapeuta le explicó que los síntomas relatados se correspondían con los de un cuadro depresivo y que le iba a proponer que organizaran su trabajo sobre dos ideas 1) que las cosas que sentimos y hacemos están condicionadas en muy buena medida por el modo en que percibimos y pensamos la realidad (le dio varios ejemplos⁵), y 2) que la depresión es un trastorno que se organiza acerca de un modo particular de percibir y pensar el mundo (le señaló su pesimismo y una serie de ejemplos de sobregeneralizaciones, personalización y otros errores cognitivos aparentes). La paciente expresó su acuerdo en general, pero afirmaba que en su caso se trataba de una incapacidad real. El terapeuta le propuso que se embarcaran juntos en un experimento para comprobar si, efectivamente, Elena tenía razón (este tipo de colaboración terapeuta-paciente en la que se basa la terapia de Beck (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) es a lo que éste llamó *empirismo colaborativo*). Elena no creía que eso sirviera para nada. El terapeuta le hizo reflexionar sobre qué podía perder con intentarlo. Finalmente acordaron un experimento muy sencillo consistente en que Elena debía realizar un registro de las actividades que realizaba a lo largo del día ("cualquier tipo de actividad, incluso las que se hacen sin darse cuenta: lavarse los dientes, calentar un café..."), junto a las cuales debería anotar un número del 1 al 10 que expresara hasta qué punto se sintió capaz de desempeñarlas (Dominio) y en qué medida pudo sentirse bien haciéndolas (Agrado). Tal tipo de registro se justifica como procedimiento de poner a prueba la realidad de un pensamiento ("ser incapaz de cualquier cosa, no disfrutar con nada") de saber si, de verdad, los hechos lo justificaban. El procedimiento tiene la virtud de establecer una forma de colaboración fundada en una esperanza de cambio, proporcionar una actividad (la confección del propio registro) que supone sacar a los pacientes de su inmovilidad inicial y proporcionar datos sobre los que trabajar en la sesión siguiente para sostener la idea de que son determinados pensamientos, que no se justifican por los hechos, los que condicionan las emociones y el comportamiento de la paciente. Elena quedó sorprendida de cuántas actividades realizaba y de en cuántas de ellas la puntuación que ella misma anotó era diferente de 0. Desde luego eso no mejoró su estado de ánimo, pero sirvió de base para consolidar una narrativa (la del pensamiento no justificado que condiciona el sentimiento y la conducta) desde la que fue posible trabajar para lograr un cambio. Fue el terapeuta el que quedó sorprendido cuando, más adelante, el día en que decidieron ir programando paulatinamente actividades que pudieran resultar agradables, Elena comenzó eligiendo "colocar una flor en un jarrón".*

Leonor, una chica de 17 años ingresó en el hospital con una desnutrición grave (IMC = 15.9), pero con un informe de su psiquiatra del centro de salud mental en el que ésta

-
5. Probablemente la mas eficaz es la historia que propone Beck (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) y que todos hemos empleado con mas o menos variaciones. Un ruido (un hecho real) en la planta baja de una casa aislada despierta a un hombre que duerme con su mujer en un dormitorio del piso de arriba. El hombre se despierta diciéndose: "un ladrón" (un pensamiento que da un significado al hecho del ruido). Siente miedo (una emoción), nota su corazón, como el sudor le moja el pijama y siente su corazón acelerado (una respuesta somática). Despierta sigilosamente a su mujer, abre la mesilla, saca una linterna y una pistola y se dispone a bajar a ver que sucede... (conducta). Si el hombre despertado por el mismo ruido se hubiera dicho "el gato ha vuelto a tirar la botella de la leche", su emoción (tranquilidad o, quizás, irritación), respuesta somática (somnia) y conducta (darse la vuelta en la cama y volver a dormirse) hubieran sido diferentes.

señalaba que el motivo del ingreso no era tanto el trastorno de la conducta alimentaria que había motivado sus dos ingresos anteriores (de hecho ella decía encontrarse muy delgada y querer ganar peso), como el cuadro obsesivo gravísimo que la tenía aterrizada e inmovilizada. Cuando entramos en su habitación estaba angustiadísima por haber tocado el brazo de un sillón que, minutos antes, la limpiadora había tocado con sus guantes (que “¡a saber lo que habrían tocado antes!”). En esa situación, decía, y mientras que no consiguiera lavarse hasta asegurarse de que no le iba a pasar nada, no consideraba que pudiera trabajar con el terapeuta para iniciar su tratamiento. El terapeuta le explicó que creía que su problema no era no encontrar seguridad, sino buscarla, y que, por eso, cuanto más intentaba utilizar sus estrategias peor se sentía. Leonor no creía que fuera verdad. El terapeuta le planteó someter lo que le había dicho a un experimento: “Trata de no pensar en un triciclo amarillo”. Cuando Leonor le expresó su sorpresa por el efecto de la prescripción el terapeuta la animó a tratar de no pensar en el guante de la limpiadora y sus posibles efectos. El terapeuta pudo acordar entonces con Leonor el inicio de un programa de exposición con prevención de respuesta.

1.2. En los pacientes con tendencia al uso del pensamiento como mecanismo de control. Pacientes que se preocupan por encontrar la lógica de sus actuaciones, que están acostumbrados a pensar en ella y cuya narrativa dominante supone que la conducta debe estar guiada por unos principios (de racionalidad...). Estos pacientes se prestan con facilidad a explorar cuáles son los pensamientos que orientan sus actuaciones (vividas como automáticas) y cuáles son los sentimientos que provocan. Se encuentran cómodos con instrumentos como los registros de tres y cuatro columnas de los que hablaremos a continuación.

Mauricio trabajaba como programador en una empresa de informática y decía no encontrar ningún acontecimiento en su vida que pudiera justificar la aparición de la ansiedad que, inopinadamente, comenzó a ponerse de manifiesto en forma de crisis de pánico que le convirtieron en un cliente asiduo de la urgencia de su hospital de referencia. Le angustiaba utilizar el alprazolam que le prescribió su médico de atención primaria porque sabía que podía generar adicción y decía que no quería resolver un problema creándose otro. Requirió del terapeuta exhaustivas explicaciones sobre la fisiopatología de la ansiedad. Aunque estaba casi seguro de que el terapeuta se equivocaba al respecto, aceptó discutir la posibilidad de que la aparición de ciertos pensamientos o emociones pudieran actuar como desencadenantes de las crisis. Solicitó toda suerte de información sobre el registro de cinco columnas que se le propuso y se aseguró de que el terapeuta y él se referían a algo semejante con términos como “idea”, “emoción”, “sensación” o “comportamiento”. Trajo su primer registro en un especie de cuadro en formato doble folio construido y cumplimentado con un ordenador. La discusión de esa y las siguientes entregas puso de manifiesto que las crisis se producían en situaciones que evocaban en él la posibilidad de que su competencia profesional pudiera ser puesta en duda. Aprendió rápidamente a identificar los pensamientos automáticos desencadenados por estas situaciones y las emociones que estos le suscitaban. Comenzó a traer a las sesiones esquemas en los que mostraba cómo se encadenaban y se relacionaban entre sí. Se despidió, al alta, ase-

gurando al terapeuta, que haría un programa informático que pudiera proporcionar ayuda por internet a personas con problemas semejantes a los suyos.

1.3. Cuando el terapeuta considera que el tipo de emociones o narrativas que la relación con ese paciente concreto va a activar van a incomodarle demasiado como para poder desempeñar sin problemas el papel de terapeuta. Esta es una buena ocasión también para plantearse si la situación es verdaderamente tan excepcional o conviene buscar supervisión o terapia personal. Porque entendemos que no deben de ser las limitaciones o capacidades del terapeuta las que predominen para hacer la construcción de la pauta.

La supervisora del terapeuta de Manuel tardó varias sesiones en averiguar por qué su supervisando, que había llevado a cabo tres tratamientos con terapia interpersonal de la depresión, se había atascado en este caso de trastorno depresivo que se puso en relación con la transición de rol que, en la vida de Manuel, estaba suponiendo dejar de ser un estudiante brillante para pasar a convertirse en un joven profesional con un empleo gracias al que podía dejar la casa de sus padres y pensar en irse a vivir con la que había sido su novia durante toda la carrera. Intentando extender la conversación de la supervisión sobre alguno de los puntos en los que el supervisando no había conseguido llevar a cabo lo que en la sesión anterior le había parecido clarísimo, se hizo evidente que esa era precisamente la situación por las que, él, en su segundo año de residencia, estaba atravesando con suma dificultad. La supervisora le propuso reorientar el caso intentando acordar una definición de la pauta a corregir en términos de la tendencia de Manuel a hacer predicciones injustificadamente pesimistas sobre sus desempeños y con un modo de trabajo centrado en la colaboración entre Manuel y su terapeuta para poner a prueba las anticipaciones que involuntariamente le venían a la cabeza.

2. ¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta desde el pensamiento?

2.1. Esquema, supuestos básicos, pensamientos automáticos, mecanismos defectuosos de procesamiento de la información

La psicoterapia basada en la construcción de las pautas disfuncionales en estos términos se debe, sobre todo al trabajo pionero de Aaron T. Beck (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979). Beck expresa la idea en la que se basa su trabajo y lo que hoy se conoce como *psicoterapia cognitivo-conductual* (Clark & Fairburn 1997) en los siguientes términos: “Los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que este tiene de estructurar su mundo. Sus “cogniciones” (fenómenos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores”. En definitiva se trata de entender la patología como resultado de formas distorsionadas de interpretar la realidad.

Se trata, desde luego de un punto de vista neopositivista (que supone que existe una forma *correcta* de ver la realidad) que no es muy congruente con la epistemología que sostiene este libro. En cambio no nos parece incongruente trabajar con esa estrategia. Si construir con el paciente una historia en la que su modo de ver el mundo se contrapone a otro, que se supone basado en los datos objetivos de la experiencia, le sirve para actuar de un modo que le evite el problema por el que consulta, no hay razón para no hacerlo. De hecho el propio Beck ha reconsiderado su punto de partida epistemológico inicial excesivamente ingenuo. En un trabajo firmado con Haaga (Haaga & Beck 1995) discuten las implicaciones de los trabajos experimentales que parecen indicar que no sólo no es cierto que las personas deprimidas perciban distorsionadamente la realidad sino que “a) los pensamientos negativos de las personas deprimidas reflejan realidades genuinamente negativas, b) las personas no depresivas muestran cogniciones ilusorias que, al parecer, refuerzan el bienestar psicológico y c) los depresivos pueden ser más realistas que los no depresivos, reflejando así un *realismo depresivo*”. Como bien señalan, reconocer esto no cuestiona para nada la validez de la terapia cognitiva (cuyo aval son, en definitiva los ensayos clínicos que demuestran su eficacia y no lo bien o mal fundamentado de sus presupuestos epistemológicos). Concluyen, en cambio que “la teoría cognitiva de la depresión es más viable si la incluimos en un encuadre constructivista que en uno realista”.

En el caso paradigmático de la depresión la definición de la pauta-problema se hace en términos de:

- (1) Pensamientos automáticos (triada depresiva)
- (2) Esquemas cognitivos (supuestos depresógenos)
- (3) Errores en el procesamiento de la información (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, maxi o minimización, personalización, pensamiento dicotómico).

Según este esquema la sintomatología depresiva (el afecto, el comportamiento y los síntomas orgánicos del paciente depresivo) estaría en relación con la presencia de tres patrones cognitivos que configuran lo que Beck llamó la **triada cognitiva**: 1) una visión negativa del paciente acerca de sí mismo (“*no valgo para nada*”), 2) una tendencia a atribuir sus experiencias desagradables a un fallo suyo (“*Mi marido me maltrata porque le he decepcionado*”) y 3) una visión negativa acerca del futuro (“*No tengo remedio*”). A estos patrones se ajustan los *pensamientos automáticos* que son desencadenados en el paciente por los acontecimientos de su entorno. El **cuadro 1** recoge algunos pensamientos automáticos frecuentes.

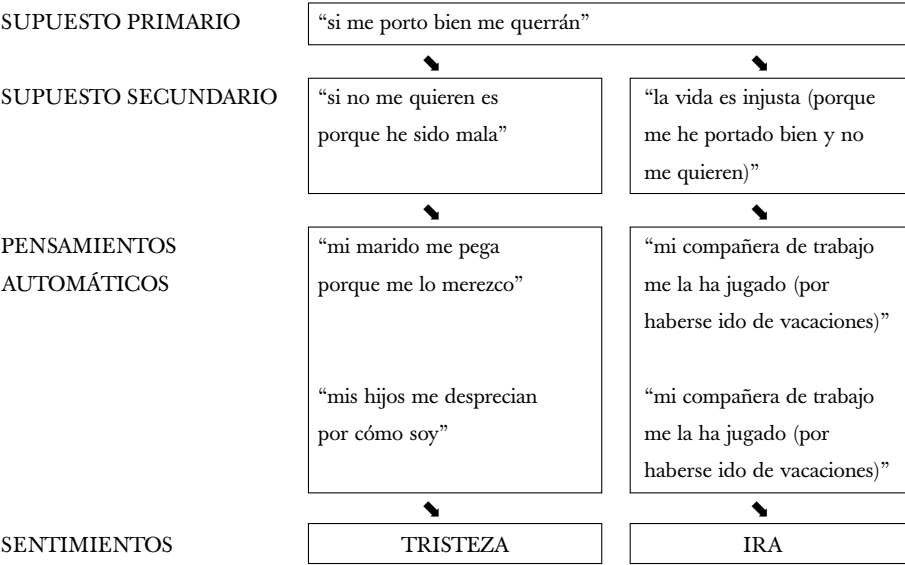
El segundo componente del modelo cognitivo de la depresión son los **supuestos depresógenos**. Lo que designa con este nombre son *esquemas cog-*

nítivos. Tales esquemas son la base para transformar los datos en cogniciones. Sirven para seleccionar, localizar, diferenciar y localizar los estímulos. Pueden permanecer inactivos y activarse en un momento dado por un determinado estímulo ambiental. Pueden organizarse a modo de racimos. De un supuesto primario como “*Si me porto bien me querrán*” se pueden derivar supuestos secundarios como “*si no me quieren es porque he sido mala*” o “*la vida es injusta (porque me he portado bien y no me quieren)*”. El **cuadro 1** recoge algunos supuestos depresógenos frecuentes. La **figura 8** ilustra esta organización.

Cuadro 1: Supuestos depresógenos y pensamientos automáticos

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS “Soy un inútil”, “Si me muestran me despreciarán”, “Tengo muy mala suerte”, “Pensarán que es por mi culpa”, “En realidad me lo merezco (algo malo)”, “No me merezco nada bueno”	
SUPUESTOS DEPRESÓGENOS “Para ser feliz debo tener éxito en todo lo que me proponga” “Para ser feliz debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones” “Si cometo un error, significa que soy un inepto” “No puedo vivir sin ti” “Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto” “Si me quieren es porque me esfuerzo” “Si me aprecian es porque no conocen mis debilidades (creen que no tengo)”	

FIGURA 8: MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN



Según la teoría de Beck, si los pensamientos automáticos y supuestos depresógenos se mantienen a pesar de su falta de ajuste a la realidad se debe a que la persona que los sufre, comete una serie de errores en el procesamiento de la información por los que los datos parecen confirmar los supuestos. Beck enumera una lista de ellos como: la *inferencia arbitraria* (“*He sacado un 7 en matemáticas, soy una mierda*”), *abstracción selectiva* (“*se me ha roto la punta del lápiz, luego todo me sale mal*”), *sobregeneralización* (“*siempre meto la pata*” –porque se ha equivocado una vez), *maxi o minimización* (“*es un desastre*” –llegar un minuto tarde a una cita; “*no tiene mérito*” – ganar el premio Nobel de literatura), *personalización* (“*nos tratan así de mal por mi aspecto impresentable*”), *pensamiento dicotómico* (“*las cosas tienen que ser perfectas o son un desastre*”). El **cuadro 2** recoge ejemplos de estos errores.

Cuadro 2: Errores en el procesamiento de la información

Inferencia arbitraria:

“Los leucocitos están por encima de lo normal: tengo cáncer”

“Ha pasado cerca y no me ha mirado: me desprecia”

Abstracción selectiva:

“No soy capaz ni de presentarme adecuadamente vestido” (El agente de salud que ha conseguido presentarse a su trabajo atravesando las ruinas en un momento de bombardeos)

“Ni siquiera he conseguido aprobar el álgebra” (el primogénito de 19 años que se hizo cargo del negocio familiar y de sus tres hermanos al morir sus padres en accidente de circulación hace 8 meses –ha aprobado tres asignaturas de primero de navales)

Sobregeneralización:

“¿Lo ves?: todo me sale mal” (Se le ha roto la punta del lápiz al rellenar el BDI)

“Todos me desprecian” (La chica con la que intentó bailar le ha dicho que ha venido al baile con su novio, que está en la barra pidiendo unas copas)

Maximización:

“Hice el ridículo mas espantoso” (dio un traspies al acercarse a saludar a una conocida)

“Es la ruina”

Minimización:

“Eso lo hubiera hecho cualquiera”

“Es un cumplido; me lo dice por pena, para que me anime”

Personalización:

“Si yo le hubiera advertido de que esa carretera es peligrosa...”

“Si hubiera sabido complacerle no se hubiera dado a la bebida”

Pensamiento dicotómico:

“Está otra vez asqueroso” (Le ha salpicado una gota al cristal que acaba de limpiar)

“Soy una madre espantosa” (Se ha enfadado con el hijo que prendió el sofá)

El modelo de trabajo que Beck propone consiste en la aplicación de la lógica y las reglas de evidencia (del método científico) para que el paciente compruebe el carácter *erróneo* de sus pensamientos y esquemas y los sustituya por otros. Esto se hace a través de un trabajo con el terapeuta que recibe el nombre de **empirismo colaborativo** y que consiste en que paciente y terapeuta colaboran en el diseño y evaluación de experimentos orientados a refutar los esquemas equivocados (los casos de Elena y Leonor de las páginas precedentes en este mismo capítulo, muestran este modo de actuar). Para llevar adelante estos experimentos se utilizan instrumentos que, a veces, son *prestados* de la modificación de conducta, como la programación de actividades, los registros de dominio y agrado (ver el caso de Elena), la asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva (ejecución imaginaria) o el entrenamiento en asertividad y rol-playing. Se utilizan también técnicas cognitivas como la explicación de la teoría sobre el trastorno a tratar, la detección de pensamientos automáticos, el examinar y someter a prueba los pensamientos automáticos, las técnicas de reatribución, la búsqueda de soluciones alternativas o el empleo del contador de pulsera. El estilo del terapeuta se basa en el uso de la *pregunta*. Se han realizado propuestas semejantes para el tratamiento de muchos trastornos y problemas (Clark & Fairburn 1997). En general se trata de psicoterapias normalizadas definidas como procedimientos activos directivos, estructurados y de tiempo limitado.

2.2. *Uso de registros*

El uso de *tareas para casa* y la utilización en ellas de *registros* en los que el paciente recoge hechos que, luego, serán compartidos con el terapeuta, se cuentan entre las estrategias que los terapeutas cognitivos han *tomado prestadas* de los conductistas (y nosotros de ambos). En realidad lo que es útil es diseñar en cada caso un tipo de registro que se adapte precisamente a las necesidades narrativas del trabajo terapéutico en cada momento de cada paciente. Cuando utilizamos este instrumento es frecuente que la papelera se vaya llenando de propuestas de esquema que van siendo rechazadas hasta que terapeuta y paciente conseguimos acordar uno que nos parece a ambas pertinente, completo y manejable (los registros demasiado complejos son una invitación a la no cumplimentación).

Beck popularizó lo que se conoce como registros de **cuatro** y de **cinco columnas** en los que se incluyen las columnas que se consideren pertinentes para cada caso de las que aparecen el **cuadro 3**. Beck utiliza los registros para determinar hasta que punto los hechos justifican los modos de percibirlos de los pacientes, pero tienen otras muchas virtudes. En primer lugar obligan a

Cuadro 3: **Registro de cinco columnas de un paciente depresivo**

Situación	Sentimiento	Pensamiento	Comportamiento	Pensamiento alternativo
<u>VIERNES 19:</u> 17:00: Llama mi madre diciendo que se aburre porque no le gusta la película de video que me ha pedido que le lleve esta mañana	Culpa	1) Mi obligación es satisfacer a mi madre 2) Soy una inútil, soy incapaz de darle un gusto a mi madre.	Dejo a mi hijo con unos vecinos y voy a darle conversación	1) Yo no soy responsable de que a mi madre no le gusten las películas que ella elige. 2) Mi madre no tiene un motivo para interrumpir la tarde que estoy pasando con mi hijo

realizar un esfuerzo para poner en palabras emociones, comportamientos e ideas y a acordar términos o expresiones con las que referirlos en la terapia. Muchas veces la falta de estos términos da cuenta de una ausencia incluso de los conceptos a los que hacen referencia, y este tipo de registros (a veces con alguna columna más que incluya *sensaciones* o *fantasías*) facilita la tarea de identificar emociones, diferenciarlas de las ideas o sensaciones, darles un nombre, aprender a incluirlas en las nuevas narrativas... Además los registros son un instrumento importante para entrenar la capacidad de autoobservación que tan importante es en la terapia. De hecho resultan útiles para este fin incluso en el entrenamiento de psicoterapeutas (aparte de que es conveniente que uno sepa que es lo que pasa cuando uno intenta llevar a cabo las tareas que con tanta facilidad encomendamos a nuestros pacientes).

2.3. *El ABCDE de Albert Ellis*

Si la línea abierta por Beck para la psicoterapia cognitiva se basa, sobre todo, en la contrastación con los hechos, a través de un trabajo con el terapeuta basado en el *empirismo colaborativo*, de las ideas –consideradas *incorrectas* que determinan los síntomas, la línea abierta por Ellis se basa, sobre todo, en la posibilidad de utilizar la *discusión* para poner de manifiesto el carácter *irracional* de estas creencias. En el **cuadro 4** se recogen algunas creencias irracionales que frecuentemente se encuentran en la base de problemas. En palabras de Ellis “Lo que podríamos llamar problemas psicológicos surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas en el punto A (acontecimientos o experiencias activantes)... también de reacciones emocionales insuficientes o excesivas a tales experiencias activantes... pueden comprender... patrones de comportamiento disfuncional” (es decir incluye elementos cognoscitivos, emotivos y conductuales) (Ellis y Abrahams 1978).

Para ello Ellis utiliza el acrónimo A-B-C-D-E, donde:

Cuadro 4: Algunas creencias irracionales

No debo meter la pata y si lo hago debo despreciarme

Debo parecer perfecto a los ojos de los demás

Debo estar seguro de que va a ocurrir lo que quiero y de que no van a ocurrir desgracias

Si no me porto como un héroe, soy despreciable

Ha de haber justicia y cada uno debe merecerse lo que le sucede

- A: experiencias activantes
- B: creencias conscientes o inconscientes (Beliefs)
- C: consecuencias o reacciones emocionales
- D: discutir, descubrir, debatir, discriminar (en la terapia)
- E: efecto de discutir las creencias

Podríamos entender el problema de Elena que fue derivada a un centro de salud mental por su médico de atención primaria en estos términos: La sensación de pesadez en el estómago subsecuente a la una comida copiosa (una experiencia activante: A), unido a sus creencias (B) de que B1) la percepción de los órganos internos debe ser necesariamente signo de enfermedad y B2) que cuando las enfermedades son descubiertas por medio de las percepciones del paciente (y no de sofisticados medios diagnósticos empleados por los médicos) es demasiado tarde para atajar su evolución fatal, se encuentra nerviosísima y desesperada y se presenta continuamente en la consulta acusándolo de incompetencia y de no ser capaz de detectar lo que verdaderamente le pasa (consecuencias emocionales y conductuales: C)

La terapia propicia esta discusión, descubrimiento, debate y discriminación de las creencias (punto D). Según Ellis, el cambio se produce a través de los efectos de esta discusión (punto E). A través de la terapia Ellis postula que puede llegar a construirse una personalidad *racional*. Ni que decir tiene que no compartimos este punto de vista.

En cambio no es difícil compartir su visión de la relación terapéutica como una relación de colaboración en la que el terapeuta actúa como sofista o como Sócrates haciendo desplegarse la racionalidad del paciente. A través de ella el terapeuta utiliza instrumentos como 1) la discusión socrática, 2) la asignación de tareas para casa (que pueden ser cognoscitivas, emotivas o en vivo). Así se configuran diversos formatos de psicoterapia, desde la intervención breve en atención primaria a la psicoterapia a largo plazo.

2.4. Autoinstrucciones

Meichenbaum (1977) desarrolló, inicialmente con niños, métodos de tratamiento de trastornos muy diversos, basados en la sustitución de los procedimientos no adaptativos de regulación verbal de la conducta por otros más adaptativos. El terapeuta adiestra al paciente a un especie de edición y modelado del diálogo interno que debería acompañar la ejecución de una tarea, de modo que, éste, vaya especificando el *criterio* a seguir para realizarla, el *plan* que la guiará y los *pasos* necesarios para llevarla a cabo. Este tipo de estrategias han sido utilizadas posteriormente en combinación con otras por terapeutas de distintas escuelas.

2.5. *Inoculación del estrés*

Se trata de una estrategia compleja, también desarrollada por Meichenbaum (1977) que estructura la intervención en tres fases. En la *fase educativa* se instruye al paciente sobre la naturaleza de las reacciones al estrés en las que se enfatiza en el papel de las verbalizaciones negativas que actúan incrementando el estrés. En la *fase práctica* se entrena al paciente en las habilidades necesarias para manejarse en las situaciones aversivas, mediante técnicas cognitivas y conductuales. En la *fase de aplicación* se trata de crear experimentalmente niveles crecientes de estrés que se supone que, como las vacunas, activan las defensas del paciente y producen una inmunización ante las situaciones que vaya a tener que afrontar en el futuro. Para ello se utilizan estímulos reales, artificiales (películas...) o la imaginación.

3. ¿Qué papel desempeña el terapeuta en la construcción de estas pautas?

3.1. *El empirismo colaborador*

Tal y como señalábamos más arriba, el modelo de trabajo que Beck propone consiste en la aplicación de la lógica y las reglas de evidencia (del método científico) para que el paciente compruebe el carácter *erróneo* de sus pensamientos y esquemas y los sustituya por otros. Esto se hace a través de un trabajo con el terapeuta que recibe el nombre de **empirismo colaborativo** y que consiste en que paciente y terapeuta colaboran en el diseño y evaluación de experimentos orientados a refutar los esquemas equivocados (los casos de Elena y Leonor de las páginas 179 y 180 muestran este modo de actuar). Para llevar adelante estos experimentos se utilizan instrumentos que, a veces, son *prestados* de la modificación de conducta, como la programación de actividades, los registros de dominio y agrado (ver el caso de Elena), la asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva (ejecución imaginaria) o el entrenamiento en asertividad y rol-playing. Se utilizan también técnicas cognitivas como la explicación de la teoría sobre el trastorno a tratar, la detección de pensamientos automáticos, el examinar y someter a prueba los pensamientos automáticos, las técnicas de reatribución, la búsqueda de soluciones alternativas o el empleo del contador de pulsera. El estilo del terapeuta se basa en el uso de la *pregunta*. Del terapeuta se solicitan 3 características: aceptación, empatía y autenticidad. Se han realizado propuestas semejantes para el tratamiento de muchos trastornos y problemas (Clark & Fairburn, 1997). En general se trata de psicoterapias normalizadas definidas como procedimientos activos directivos, estructurados y de tiempo limitado.

3.2. La actitud socrática

Como señalábamos más arriba, el elemento central de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis es la discusión en la terapia (en el “punto C”) de las creencias irracionales que se supone que provocan las consecuencias emocionales y conductuales (en el “punto C”) que constituyen los síntomas o problemas a resolver. Esto se realiza preguntando al paciente qué evidencia tiene de que las cosas son como él las plantea.

Consuelo es una mujer de 35 años que padece una mastopatía fibroquística que, frecuentemente ha dado lugar a bultos en la mama lo suficientemente importantes como para que el ginecólogo los punce y extraiga líquido. Unos días antes de acudir a consulta ha sucedido esto. El ginecólogo le ha dicho que por las características a la palpación y el aspecto en la mamografía casi con completa seguridad es lo de siempre, pero ha enviado el líquido que ha extraído de la punción a anatomía patológica que no dará los resultados de la biopsia hasta la semana que viene. Unos días antes de recibir los resultados Consuelo acudió tres veces a urgencias con intensa ansiedad. Algo semejante le había ocurrido, desencadenado por molestias banales en varias ocasiones a lo largo de su vida. En la conversación con el terapeuta al que fue derivada tras la tercera consulta urgente, expresó 1) que estaba convencida de que padecía cáncer, 2) que se sentía mortificada porque consideraba injusto que ella padeciera ahora esta enfermedad (repetía: “no me lo merezco, no me lo merezco...”), 3) que esto era catastrófico: lo peor que podía sucederle y 4) que ella no podía soportar una enfermedad y un tratamiento como ese (que conocía porque una amiga lo había padecido). El terapeuta le pidió que definiera con precisión estas cuatro afirmaciones y la animó a 1) explorar de qué pruebas disponía para cada una de ellas, 2) a demostrarlas, 3) a explicarle por qué supone que las cosas deben funcionar de acuerdo con las hipótesis implícitas en esas preocupaciones y 4) a explorar si tales hipótesis son verdaderas o falsas. Todo ello para cada uno de los supuestos expresados por Consuelo. Los efectos (en el “punto E”) de la terapia incluían el acuerdo de Consuelo en que: a) o sólo no tenía pruebas de que padeciera un cáncer sino que tenía indicios –y acabó teniendo la comprobación– de lo contrario; b) Las enfermedades constituyen una desgracia, pero no son justas o injustas y nadie se las merece ni se las deja de merecer, que pensar esto de esa manera, añade una nueva fuente –irracional– de sufrimiento al sufrimiento inevitable por el padecimiento de una enfermedad; c) que, si ese hubiera sido el caso, padecer un cáncer de mama sería sin duda una adversidad, pero no sería “catastrófico” ni “lo peor que podría sucederle”; d) que no tenía ninguna evidencia de que ella no pudiera soportar el tratamiento; y, además, e) aunque tuviera cáncer de mama y, aunque el tratamiento no funcionara y aunque, a causa de ello, muriera pronto, el saberlo ahora, si fuera capaz de no dejarse llevar por sus ideas irracionales no acabaría inmediatamente con ella y que se esforzaría por obtener el máximo disfrute del tiempo que le quedara por vivir.

La discusión socrática pretende utilizar, sobre todo, la pregunta para hacer aparecer algo –una verdad– que de algún modo ya está en el paciente. Eso no impide que el terapeuta, en ocasiones, no sea enérgico en la llamada a esa verdad del paciente que no consigue expresarse y pueda decir cosas como

(¡Ya lo ve! Es usted, usted solita... Amparo, y no los de alrededor, la que se está amargando la vida... Así que si quiere dejar de pasarlo mal tendrá que asumir esta responsabilidad y hacer algo, en lugar de lamentarse y echar las culpas fuera... Tendrá que esforzarse por dejar de engañarse con esas tonterías que usted piensa y que le hacen actuar como si fuera su enemiga...

4. ¿Qué formato es preferible para trabajar con pautas definidas desde el pensamiento?

4.1. Individual/grupal

Para la terapia cognitivo-conductual de la depresión, como para tantos otros modelos de psicoterapia no se han conseguido demostrar diferencias de eficacia entre los formatos individuales y grupales. Hay intervenciones de este tipo que se realizan predominantemente de modo grupal. Barsky y Geringer (1988), por ejemplo, han desarrollado un procedimiento para tratamiento de pacientes hipocondríacos, que nosotros hemos utilizado con variaciones y que se basa en un paquete psicoeducativo en el que se expone una concepción del trastorno como un problema de recepción de las señales normales sobre el estado del organismo y un entrenamiento en relajación como instrumento para modularlas que se realiza en grupos que pueden llevarse a cabo en atención primaria de salud. Paquetes psicoeducativos semejantes estructurados sobre una definición de la pauta disfuncional basada en el pensamiento, se han propuesto (y también hemos utilizado con variaciones mínimas) para trastornos de la conducta alimentaria (Davis, Dearing, Faulkner, Jasper, Olmsted, Rice, Rocker, 1992; Schmith & Treasure, 1993, 1997).

4.2. Autoayuda

La definición de las pautas de emociones y conductas que se pretenden cambiar como resultado de determinados patrones de pensamiento que pueden ser contrastados o discutidos ha proporcionado un molde útil sobre el que fundamentar una inmensa, y creciente, cantidad de literatura de autoayuda, pensada para complementar o, incluso, sustituir el trabajo psicoterapéutico. A este capítulo pertenecen libros como *Tus zonas erróneas* de WW Dyer (1976), *Venza sus obsesiones* de Foa y Wilson (1991) o *Changing for good* de Prochaska, Norcross y DiClemente (1994)

Pautas construidas desde la conducta

1. ¿Cuándo es preferible construir una pauta-problema desde la conducta?

1.1. *En pacientes predispuestos al cambio, que están decididos (o pueden decirse) a hacer algo para cambiar algo que les produce malestar en sus vidas*

David es un varón de 26 años que había experimentado dos años antes un ataque de pánico al ir a presentarse a un examen en los estudios universitarios que realizaba mientras desarrollaba su trabajo de auxiliar. En los meses siguientes los ataques se habían repetido cada vez que intentaba aproximarse a la universidad. El médico de atención primaria había pautado un tratamiento con benzodiacepinas e ISRS y hacía mucho que no experimentaba una nueva crisis. Pero, desde un principio, había evitado volver a la universidad (aunque su mujer le había matriculado). Posteriormente había comenzado a evitar otras situaciones como conducir e ir al cine. Cuando acudió a nuestra consulta venía diciendo que consideraba que era una pena echar a perder tres años de su vida (en realidad sólo le quedaban dos signaturas para terminar la carrera) por miedo y que estaba dispuesto a hacer lo que fuera por remediarlo. Quería que fuera antes de los exámenes de junio. A pesar de esta declaración se mostró renuente a exponerse, aún en la imaginación, a ir a la universidad. Decía que no creía que eso, que nos hizo asegurarle que había funcionado con otros pacientes, sirviera en su caso. Le propusimos comprobar que el procedimiento funcionaba con otro miedo (el de ir al cine) que parecía menos consistente. Aceptó. Programamos una exposición paulatina que le llevó, sucesivamente, a imaginar la situación en la consulta guiado por el terapeuta durante periodos crecientes de tiempo, a asistir a dos representaciones de teatro infantil (cortas y con luz sobre un patio de butacas ruidoso y ajetreado) en compañía de su mujer, a ir con ella a ese mismo cine a dos pro-

yecciones de largometrajes, a ir con ella a un cine del centro un sábado por la noche y, por fin a ir solo. Todo ello siempre con su loracepan en el bolsillo (que nunca llegó a utilizar). Después de este proceso aceptó comenzar uno semejante con la universidad. Para ello jerarquizó 12 situaciones progresivamente más temidas, comenzando por la de bajar del autobús en el campus y terminando por la de sentarse para realizar un examen.

Se examinó en junio. Se dispidió asegurando que intentaría, por el procedimiento aprendido, resolver su miedo a conducir.

1.2. En pacientes en los que, por cualquier motivo, parece más fácil modificar el entorno que actuar sobre sus narrativas con medios narrativos

Un caso paradigmático son los niños:

Raúl es un niño de 6 años que acude a consulta por haber desarrollado una enuresis secundaria tras el nacimiento de su hermana. Sus padres comenzaron a ir a comprobar si Raúl se ha hecho pis en el momento de la toma nocturna de su hermana y, cuando comprobaban que era así a llevarlo a la cama de ellos. Antes de acudir a consulta habían intentado controlar esta conducta, que atribuían a los celos, razonando con él y, cuando esto no dio resultado, riñéndole y dándole alguna bofetada con el resultado de que Raúl comenzó a responder con unas rabietas monumentales. La conducta cedió cuando se acordó con la familia que el padre pondría a Raúl a hacer pis cuando él se fuera a la cama (horas después que Raúl), que si la cama de Raúl aparecía mojada le cambiarían las sábanas, pero no lo llevarían a la cama, y que Raúl llevaría un cuaderno, que entregaría al terapeuta en cada visita, en el que cada página se correspondería con un día y que Raúl la pintaría de amarillo si se hacía pis y haría un dibujo de tema libre (lo hacía muy bien) si conseguía controlarse.

Puede suceder lo mismo cuando existen dificultades para la comunicación verbal:

Antonio es un muchacho sordomudo de 17 años que ingresó en la unidad de hospitalización por presentar graves trastornos de conducta en el curso de los cuales había agredido a sus padres y se había autoprovocado lesiones en la cabeza. Antonio no puede utilizar los mismos medios que los otros pacientes para conseguir atención por parte de la enfermería. No tarda en comprobar que, si se golpea la cabeza uno de los miembros del equipo acude a intentar evitarlo, se esfuerza en comunicarse con él, le ofrece cosas diversas (intentando averiguar qué le pasa) y lo acompaña durante un buen rato hasta que le parece que está tranquilo. Como estos ratos se van haciendo cada vez más largos, la enfermería opta por dejarle pasar al espacio tras el control en el que se reúnen a charlar o a tomar café cuando sus actividades se lo permiten. Una vez planteado en el equipo el problema se acuerda que Antonio recibirá atención individualizada por parte de la enfermería, al menos con una periodicidad mínima. Si se golpea la cabeza se le conducirá a una habitación diferente de la suya (que pretendemos que no se asocie a experiencias desagradables). La utilización de lo poco que conoce del lenguaje de signos, gestos o contactos corporales aceptables

(tocar un hombro...) para llamar la atención del personal sobre sus necesidades, recibirán respuesta inmediata (el atenderlas se considerará prioritario sobre otras tareas de la planta).

También sucede con los pacientes psicóticos, en los que este tipo de estrategias han configurado lo que hoy se conoce como *rehabilitación psicosocial* (definida por la intención de actuar no sobre las causas, sino sobre las consecuencias conductuales de los trastornos psicóticos:

Diego es un paciente que fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide a los 19 años. Se trasladó a la ciudad cuando tenía 26. Hasta entonces había vivido en una casa de campo, con su madre. Durante estos años su padre trabajaba durante la semana en una ciudad cercana, en la que pasaba la noche. Durante los fines de semana el padre volvía al pueblo, pero estaba poco en casa. Diego y su madre se trasladaron cuando, tras la muerte del padre, le ofrecieron a ella un trabajo en la ciudad. Diego fue remitido por su psiquiatra al Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de su área sanitaria. Allí se pudo averiguar que Diego había abandonado las tareas de autocuidado hasta tal extremo que no se consideraba capaz de vestirse sin la ayuda de su madre. No se recordaba la última vez que había tomado una ducha. Desconocía los fármacos que tomaba así como los motivos para ello y los efectos de cada uno. Carecía de relaciones sociales fuera de la de la madre. Cuando entraba en contacto con otras personas ignoraba las normas elementales de cortesía, tomaba lo que deseaba sin pedirlo, miraba fija e insistentemente a los ojos de su interlocutor sin mover un músculo de la cara y empleaba o un tono de voz demasiado bajo para ser audible o excesivamente elevado. En los ratos libres no hacía más que ver la televisión y fumar. El plan de rehabilitación de Diego comprendía la inclusión de Diego y de su madre en sendos grupos de psicoeducación en los que se les proporcionó información sobre el trastorno, sus consecuencias y el modo de afrontarlos. Diego fue incluido en un grupo de entrenamiento en habilidades de la vida diaria en el que se procuró la adquisición de las necesarias para que ganara autonomía respecto a la madre, y en un grupo de habilidades sociales en que se entrenaron las que se consideraron necesarias para que pudiera establecer y mantener relaciones nuevas al menos con otras personas que acudían al centro y posteriormente al Club Social del distrito. Con su monitor se diseñaron estrategias para mejorar sus capacidades de afrontamiento y autocontrol. Su tutor (case manager) en el Programa de Seguimiento y Cuidados para Pacientes Graves y Crónicos se encargó de garantizar la ejecución in vivo de las tareas impuestas por este plan, así como de darle opción a nuevas actividades de ocio y tiempo libre.

1.3. En situaciones en las que el medio terapéutico incluye un control estricto de las variables del entorno

Sucede por ejemplo en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que han tenido que ser ingresados en un hospital debido a su desnutrición. En estos casos diversos estímulos que pueden ser considerados como

atenuantes de la incomodidad de la hospitalización (la disposición de música, las visitas o las salidas de fin de semana) pueden ser ofertados contingentemente a la aparición de determinadas conductas (relacionadas, por ejemplo, con la ingesta de alimentos). Además de los distintos entornos que se definen como *medio terapéutico* (hospitales y centros de día, unidades de hospitalización, diversos tipos de *comunidades* terapéuticas...) estas técnicas son de aplicación en instituciones (colegios...) o en familias. En cualquier caso, la utilización de tales estrategias en estos contextos se ha de hacer de la base de que, efectivamente, se controlan las variables y todas las personas que pueden actuar como posibles fuentes de reforzadores actúan de acuerdo con lo establecido. Si en una familia no lo hiciera uno de los progenitores o un hermano, o en una unidad de hospitalización un auxiliar del turno de noche o los médicos de guardia, obtendríamos un resultado diferente del esperado.

1.4. En aquellos problemas en los que se ha demostrado que la utilización de estas técnicas asegura resultados mejores o más rápidos que otras

El caso más claro es el de los problemas relacionados con el miedo, sobre los que la exposición tiene una eficacia indudable. Varios de los ejemplos utilizados hasta aquí se refieren a las fobias. Lo mismo sucede con los fenómenos obsesivos en los que la exposición con prevención de respuesta puede ser utilizada en combinación con otros tipos de estrategia. Es difícil justificar el prescindir de estas estrategias en el tratamiento de los problemas relacionados con el control de impulsos o las adicciones.

2. ¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta desde la conducta?

2.1. Condicionamiento clásico

Es el paradigma de aprendizaje derivado de los trabajos de Pavlov a partir de su observación de que los perros en los que investigaba la secreción gástrica empezaban a salivar no ya cuando la comida entraba en contacto con la boca, sino antes, cuando oían los pasos de la persona que se la solía traer (o una campanilla cuyo sonido consiguió asociar a esa operación a fines experimentales). Según este paradigma las conductas que se nos presentan como problemáticas pueden ser entendidas como *respuestas condicionadas* a un estímulo dado. En el ejemplo de los perros de su laboratorio lo que ocurriría es que la salivación que sería inicialmente una *respuesta no condicionada* (RNC) al estímulo *no condicionado* (ENC) que supone la comida, acabaría, después del

experimento, apareciendo también como *respuesta condicionada* (RC) al *estímulo condicionado* (EC) en el que se había convertido el sonido de la campanilla. Podríamos resumir este ejemplo así

a) ANTES DEL CONDICIONAMIENTO

Comida (ENC) → Salivación (RNC)

Campanilla (EC) + comida (ENC) → salivación (RNC)

b) DESPUÉS DEL CONDICIONAMIENTO

Campanilla (EC) → salivación (RC)

El paradigma del condicionamiento clásico ha sido utilizado en clínica sobre todo a partir de los trabajos de Wolpe (1958) y Eysenck (1960) que basan sus propuestas en los trabajos de Pavlov a los que nos referíamos más arriba, y en los de otros psicólogos experimentales como Hull o Mowrer. Estos autores sentaron las bases de lo que se conoce como la **orientación conductista mediacional**. En ella se presta especial atención a ciertos constructos hipotéticos (variables mediacionales) como los de **miedo** o **ansiedad** que actuarían como procesos intermedios entre los estímulos y las respuestas. A esta escuela se deben las propuestas de diferentes **procedimientos para la reducción de la ansiedad** (o el **miedo**). Citaremos algunos, todos ellos basados en la exposición al estímulo ansiógeno (Mayor y Labrador, 1991).

2.1.1. Exposición progresiva: Desensibilización sistemática (DS)

La *desensibilización sistemática* originalmente fue concebida como una técnica basada en el **contracondicionamiento por inhibición recíproca**. Se trata de hacer aparecer como respuesta al estímulo que provoca la respuesta que se considera problemática (por ejemplo: la ansiedad o el miedo fóbico) una respuesta condicionada incompatible con ésta (típicamente la relajación). La técnica, tal y como fue propuesta por Wolpe se estructura en tres pasos:

- 1º Entrenamiento en una respuesta incompatible con la ansiedad (la **relajación**)
- 2º Establecimiento de una **jerarquía de miedos** (estímulos que producen ansiedad) cuantificados según una escala de unidades subjetivas de ansiedad (del 1 al 100, por ejemplo).
- 3º La **desensibilización propiamente dicha**. Se van presentando sucesivamente los estímulos que producen ansiedad (empezando por el que la produce en menor medida), en la imaginación, en vivo o sucesivamente de una y otra manera, de modo que no se pasa al estímulo jerárquicamente superior hasta que se ha conseguido que la presentación del anterior no provoque ansiedad.

La exposición programada a estímulos progresivamente calificados de más ansiógenos, acompañada o no de entrenamiento en una respuesta incompatible, como la relajación, constituye un elemento esencial del tratamiento de los problemas relacionados con el miedo. En las estrategias de tratamiento en las que esta aproximación no se programa, ocurre “espontáneamente” en la medida en la que el paciente la va ensayando por propia iniciativa en la medida en la que, como resultado de otras modificaciones en sus narrativas, se va sintiendo seguro para hacerla. La programación pactada puede acelerar este proceso, que a su vez, puede servir para consolidar otros cambios en la narrativa del paciente al proporcionar nuevos elementos para construirlas.

El caso de David, expuesto en el apartado anterior ilustra la utilización de la desensibilización sistemática en sentido estricto, sin uso de la inhibición recíproca. La terapia consiste en la creación de las condiciones en las que se da una exposición repetida al estímulo condicionado en las que éste no parece asociado al estímulo no condicionado lo que acaba por traducirse por la no provocación de la respuesta.

2.1.2. Exposición prolongada no progresiva: Implosión, inundación, exposición in vivo con prevención de respuesta

Estas técnicas pretenden la eliminación de las respuestas de ansiedad mediante la exposición a los estímulos ansiógenos de alta intensidad durante períodos de tiempo prolongados en ausencia de consecuencias dolorosas. Para ello es preciso crear unas condiciones en las que se impide la huida o la puesta en marcha de respuestas a las que se atribuye la disminución de ansiedad (como los rituales obsesivos). Las diferentes propuestas técnicas se distinguen por referirse a exposiciones *in vivo* (**exposición con prevención de respuesta**) o en la imaginación (**implosión e inundación**) o por incluir sólo elicitadores *externos* de la ansiedad (**inundación**) o también elicitadores *construidos dinámicamente* por el terapeuta (**implosión**) (Vila, 1991).

Marcia es una paciente de 14 años que ingresó en el servicio de Pediatría del hospital cuando los continuos rituales que realizaba para evitar contagiarse enfermedades o traer mala suerte a sus familiares resultaron insuficientes para contener su intensa ansiedad y la situación familiar se hizo insostenible. Cuando llegamos a evaluarla había desplegado ya una serie de dispositivos (paños planchados, servilletas de papel...) que impedían que su piel entrase en contacto con objetos que previamente hubieran podido ser tocados por el personal u otros enfermos del hospital. Cuando este contacto se producía accidentalmente (lo que inevitablemente ocurría con frecuencia) Marcia procedía a ducharse según un procedimiento alta-

mente sistemático que debía volver a comenzar si en algún momento tenía la duda de si, hasta entonces, había sido seguido con exactitud. Entonces debía secarse con una toalla recién planchada. Le explicamos a Marcia el fundamento racional del procedimiento a seguir y comenzamos las sesiones en las que mantenía, en nuestra presencia, las palmas de las manos en contacto con la superficie de la mesa sobre la que comía. Los resultados de estos ejercicios y la posterior inhibición del ritual de lavado, la sorprendieron de tal modo que un lunes nos sorprendió contándonos que, durante el fin de semana, había decidido por su cuenta exponerse al contacto de sus manos con la parte interior de el forro del asiento de una silla de su habitación que se había descosido y que le había parecido la representación más horrible de los posibles receptáculos de gérmenes. Según nos relató, al igual que en las sesiones guiadas por nosotros, después de un periodo de ansiedad intensa, había experimentado una disminución de la misma y, después, una intensa sensación de euforia.

A este mismo grupo pertenecen las técnicas que se utilizan en las obsesiones sin ritual como la **exposición** (en ocasiones ayudada con una grabación de las mismas en cinta de audio) y la **parada del pensamiento** en la que tras una exposición al pensamiento obsesivo se interrumpe éste con un estímulo distractor como, por ejemplo, un golpe en la muñeca con una banda de goma elástica colocada alrededor de la misma. Recientemente se han desarrollado técnicas de **realidad virtual** que permiten la exposición a imágenes corporales temidas para pacientes con trastorno de conducta alimentaria (Botella, Baños, Perpiñá y Ballester 1998, Botella, Baños, Perpiñá y García Palacios 1998, Perpiñá, Botella, Baños, Marco, Alcañiz y Quero, 1999). Tales técnicas de realidad virtual habían sido utilizadas con éxito anteriormente para tratamiento de trastornos fóbicos (Botella, Quero, Perpiñá, Baños, Alcañiz, Lozano y Rey 1998, Botella, Vila, Baños, Perpiñá y García Palacios, 1999).

2.2. Condicionamiento operante

Sobre este paradigma se han desarrollado los trabajos de Skinner (1953) y sus seguidores (Mayor y Labrador, 1991; Carrillo, 1991; Carrobles, 1989). La idea básica es que la conducta del individuo puede estar controlada por las consecuencias que tiene sobre el medio (carácter operante). Se llama *contingencia* a la particular relación que existe entre el comportamiento y sus consecuencias.

En este paradigma se contemplan cuatro tipos de condicionamiento: En primer lugar los dos tipos de *reforzamiento*, que aumentan la probabilidad de que se produzca una respuesta. Hay dos tipos de reforzamiento. Reforza-

miento positivo es la situación en la que la probabilidad de la conducta aumenta porque se vincula con la aparición de un estímulo reforzante (como la recompensa que se da a un niño enurético por no haber mojado la cama). Reforzamiento negativo es aquel condicionamiento en el que la probabilidad de la conducta aumenta por la desaparición de un estímulo aversivo (es el mecanismo que sostiene la evitación de los estímulos fóbicos o la búsqueda de sustancia en los toxicómanos que padecen graves síntomas de abstinencia). Por otra parte están los dos tipos de *castigo*, que disminuyen la probabilidad de aparición de una determinada conducta. El castigo positivo actúa por aplicación de una estimulación positiva. El castigo negativo por la desaparición de un estímulo aversivo.

Sobre tal base se estructura un procedimiento de uso de técnicas de condicionamiento operante que puede resumirse en los siguientes pasos:

- 1) Determinar cuáles son las conductas a cambiar o cuáles están ausentes cuando su presencia se consideraría conveniente.
- 2) Registrar con qué frecuencia ocurren (o deberían ocurrir)
- 3) Descubrir estímulos discriminativos que faciliten la aparición de conductas adecuadas, ausentes o deficientes y reforzadores que contribuyan a su fortalecimiento o mantenimiento.
- 4) Establecer procedimientos para el cambio conductual modificando las variables antecedentes o consecuentes implicadas.
- 5) Evaluar el cambio conductual.

Para ello existen una variedad de métodos operantes. Haremos referencia a algunos:

2.2.1. Técnicas para el establecimiento de conductas nuevas

2.2.1.1. Modelamiento

Consiste en el reforzamiento sistemático de sucesivas aproximaciones a la conducta deseada. Para llevarlo a cabo se comienza por identificar en el repertorio del sujeto conductas existentes que tengan alguna similitud con la conducta deseada. Se identifican entonces los estímulos antecedentes y consecuentes de dicho comportamiento. Se eligen reforzadores poderosos para ese sujeto y, con ellos, se refuerza, inicialmente, esta conducta. Se divide la conducta deseada en eslabones de conductas simples. Se refuerza diferencialmente cada una de ellas hasta llegar a la conducta objetivo.

2.2.1.2. Encadenamiento

Consiste en la implantación de cadenas complejas de respuestas, imponiendo un valor de refuerzo condicionado entre los diversos escalones de una

cadena. Para ello se descompone la cadena compleja de comportamientos a implantar en una secuencia compleja de estímulos y respuestas (E-R) más sencillos. Se aprenden cada una de aquellas de estas secuencias E-R que no están ya en el repertorio del sujeto, antes de encadenarlas. Se modelan los eslabones ausentes o que aparecen con escasa frecuencia. Se fortalece un eslabón al que se van añadiendo

2.2.2. Técnicas para incrementar nuevas conductas

2.2.2.1. Reforzamiento positivo

Consiste en presentar consecuencias positivas cuando se realiza una respuesta para aumentar su probabilidad de aparición.

2.2.2.2. Control estimular (control de contingencias)

Se trata de la presentación reiterada de estímulos discriminativos con el objeto de aumentar o disminuir la probabilidad de una conducta. Una vez identificados los estímulos antecedentes de las conductas adecuada e inadecuada se trata de retirar los de ésta y resaltar los de la adecuada o, si es preciso, establecer señales artificiales (que posteriormente se retirarán) para aquella. Una forma particular de aplicar esto la constituyen los *contratos de contingencia* en los que un grupo de personas (por ejemplo un grupo de adolescentes o una familia) se comprometen, a veces a través de un contrato escrito, a regular sus conductas con objeto de controlar el hostigamiento recíproco y disminuir la hostilidad.

2.2.3. Técnicas para reducir conductas inadecuadas

2.2.3.1. Castigo positivo

Consiste en la presentación de un estímulo aversivo contingentemente con la realización de una conducta, con el objetivo de conseguir la disminución de la frecuencia de esa conducta. Se debe utilizar un estímulo lo más intenso posible, de presentación brusca, no gradual, que se debe aplicar siempre después de la conducta a eliminar. Se debe utilizar siempre en conjunto con el reforzamiento de conductas deseables alternativas.

2.2.3.2. Coste de respuesta

Se trata de una técnica por la que reforzadores previamente logrados (por ejemplo mejoras en las condiciones de estancia en el hospital de un paciente ingresado por un trastorno de la conducta alimentaria) son retirados de forma contingente a la realización de una conducta (por ejemplo un episodio de vómito autoprovocado en el caso anteriormente propuesto) con el fin de disminuir la probabilidad de que ocurra.

2.2.3.3. *Extinción (retirada de atención)*

Consiste en la retirada de contingencias reforzantes de una conducta con objeto de disminuir la frecuencia de la misma. Como este grupo de técnicas se utiliza en combinación con reforzadores de conductas deseables alternativas. A un nivel *micro* es lo que el terapeuta hace cuando mediante la postura, la mirada o la frecuencia de las señales verbales de asentimiento o interés, procura que la conversación se centre en unos y no otros temas.

2.2.3.4. *Tiempo fuera*

Consiste en la retirada de oportunidades para obtener reforzamiento positivo (mediante el traslado del sujeto a un ambiente menos reforzante) contingentemente a una conducta, con el objeto de disminuirla. Se utiliza cuando no podemos controlar el ambiente aplicando la retirada de atención (por ejemplo, porque en el medio existen otras personas o reforzadores). Se utiliza en algunos contextos de *medio terapéutico*, como hospitales de día o comunidades terapéuticas.

2.2.3.5. *Sobrecorrección*

Consiste en la reparación de los daños o prejuicios resultantes de una conducta indeseable mediante la realización de otra, deseable.

2.3. *Entrenamiento en habilidades sociales*

Bajo este epígrafe se reúnen una serie de técnicas elaboradas a partir de los principios de la teoría del aprendizaje tal y como se concibe en la escuela del *aprendizaje social*, que sigue las ideas de Albert Bandura (1977). Las habilidades sociales se entienden en términos de conductas aprendidas que el individuo utiliza en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento de su entorno. Hay tres tipos de consecuencias reforzantes que pueden constituirse en objetivos de la interacción social. En primer lugar está el *reforzamiento social*: la interacción sirve para establecer, mantener o mejorar las relaciones interpersonales. En segundo lugar la interacción puede servir para lograr un objetivo extrínseco a ella (como lograr empleo, vivienda o una pensión). Por último la conducta puede emitirse para impedir que la acción de otros nos bloquee el acceso a ciertos reforzadores (como cuando se defienden los propios derechos).

La inhabilidad social puede provenir, no sólo de un déficit en el repertorio de conductas, sino, por ejemplo, por objetivos que resultan inadecuados. Esto sucede, por ejemplo, cuando se da una exclusividad de los objetivos sociales de modo que la búsqueda de reforzadores en este campo hace inca-

paz a una persona de conductas de oposición, o cuando el sujeto se mueve exclusivamente por objetivos extrínsecos o por el afán de oponerse o imponerse a los otros. Otros casos de inhabilidad por inadecuación de los objetivos serían los de objetivos vagos o cambiantes o aquellos en los que se buscan simultáneamente objetivos incompatibles entre sí.

La aplicación de los programas de entrenamiento en habilidades sociales se realiza según una secuencia de intervención. En ellos se utilizan instrucciones y modelado para hacer demostraciones de conductas deseables, ensayo conductual para que el sujeto practique estas conductas, retroalimentación y refuerzo para modelar y perfeccionar las conductas emitidas y medidas para garantizar el mantenimiento y la generalización de lo aprendido.

Uno de estos programas puede perseguir uno o varios de los siguientes objetivos: 1) la modificación del esquema corporal o de aquellos elementos de la presencia física que se consideren relevantes (aspectos motores: mirada, postura, gestos...), 2) El aumento del tipo y número de situaciones sociales y de las personas con las que interactúa o 3) El cambio de comportamientos concretos que se consideran deficitarios: incremento o disminución de su respuesta discriminativa, control de respuestas emocionales, control de conductas de evitación o modelado, ensayo conductual y retroalimentación de actividades como hablar en público, hacer una crítica, expresar una necesidad, expresar una emoción...

3. ¿Qué papel desempeña el terapeuta en la construcción de las pautas definidas desde la conducta?

En el trabajo con este tipo de pautas el terapeuta actúa como un experto en aprendizaje, que aplica sus conocimientos sobre las leyes generales que lo presiden al caso particular de su paciente. Los terapeutas conductistas, por ello, han prestado relativamente poca atención a la relación terapéutica en cuanto tal. Ello no quiere decir que no la utilicen. Si el terapeuta pretende convertirse, por ejemplo, en una fuente de recompensa, debe existir una relación valorada, se conceptúe o no en términos de *alianza de trabajo*.

4. ¿Qué formato es preferible para trabajar con pautas definidas desde la conducta?

En la medida en la que las estrategias y técnicas que constituyen, conjuntamente, lo que se conoce como modificación de conducta, pretenden ser

aplicaciones de leyes generales del aprendizaje, son fácilmente aplicables a entornos terapéuticos diferentes como la terapia individual, de pareja, familia, grupo o medio terapéutico. Muchas de las estrategias y técnicas utilizadas en terapias basadas en otras mentalidades psicoterapéuticas pueden ser entendidas en estos términos. Dollard y Miller (1950) o Paul Wachtel (1977, 1993, 1997) han dedicado interesantes trabajos a mostrarlo.

Construcción de pautas-problema desde el sistema de relaciones y creencias

1. ¿Cuándo es preferible construir la pauta-problema desde el sistema de relaciones y creencias?

1.1. *Cuando el relato dominante implica en la visión del mundo o el problema concreto o sus consecuencias, o en el planteamiento de posibles soluciones, a los otros significativos:*

“Mi marido y mi hijo no dejan de discutir, en lo único que se pusieron de acuerdo fue en turnarse para estar conmigo y asegurarse de que no vuelvo a hacer una tontería”, decía una paciente, diagnosticada de depresión mayor, después de una tercera tentativa autolítica mediante ingesta voluntaria de tranquilizantes.

1.2. *Cuando el terapeuta y el paciente/s pueden construir y estar de acuerdo en relatos consonantes, actuales, pasados o futuros que implican a la familia u otros significativos:*

Un relato consonante, con el relato dominante de la mujer del ejemplo anterior es: *“mi marido siempre ha sido muy dominante, yo he tenido que hacer lo que él creía que era lo mejor. Nunca me pareció bien su forma de educar a nuestros hijos, sin hablar, sin diálogo, solo con ordeno y mando. Yo no me atrevía a protestar, siempre he sido muy indecisa...”*. En otra narrativa que incluye otro relato consonante con la pauta-problema descrita, la misma paciente decía: *“si sigo viendo a mi hijo llegar borracho a casa, temo perder el control y hacerle daño a él y a mí. Yo le di la vida, yo se la puedo quitar...”*.

1.3. Cuando la terapeuta y la familia pueden construir relatos alternativos al problema, en los que cada uno de los miembros esté implicado en mayor o menor grado. Así, de la “depresión en el vacío” de la madre del ejemplo anterior, se puede pasar a un relato alternativo distinto:

La terapeuta del ejemplo anterior puede decir: *“la tristeza de Carmen y sus intentos de suicidio es lo único que, hasta ahora, ha parado las discusiones entre Paco (marido) y Javier (hijo)”*. Y puede, a continuación, plantear algunos relatos alternativos, en forma de preguntas que lleven a la familia a explorar opciones nuevas: *“¿qué cree usted que sucedería si la próxima vez que se entable una discusión, usted, Carmen, en vez de tomarse las pastillas silenciosamente, coge su abrigo y su maleta, asegurándose bien de que su marido y su hijo la vean, y se traslada a casa de su hermana”, “¿qué cree usted que pasaría cuando ellos dejaran la discusión?”, “¿qué otros argumentos podría emplear su marido, distintos que su depresión, para retener a su hijo, al lado de él, durante las próximas vacaciones?”, “¿si Javier dejara de beber, en que cree usted que emplearía el día?”, “¿y usted, Carmen, cree que Paco se vendría abajo, cuando no necesite usted, ya, un enfermero?”, y dirigiéndose al marido: “¿además de un sentimiento de alegría, que otras emociones albergará Carmen, cuando Javier se convierta en adulto y se vaya de casa?”*. A través de todas estas preguntas se sugiere a la familia como tal, y a cada miembro en particular, una versión o versiones distinta, donde el papel de cada uno es visto de modo diferente. Así, se le está sugiriendo a esta familia que aunque Carmen no esté, ellos pueden ser capaces de acabar una discusión sin tragedias. También se le está transmitiendo que la conducta sintomática de ella y de su hijo y el papel de enfermero, que ocupa el marido, está teniendo el efecto de evitar que se enfrenten, como familia, a una etapa del ciclo vital de mayor autonomía, donde la separación sea posible, sin que la familia “desaparezca o se desintegre”.

1.4. Cuando la terapeuta y la paciente prevén que la construcción de relatos dominantes, consonantes o alternativos puede ser más difícil y encontrarse con más obstáculos, si no se incluye a la familia u otro sistema de relaciones significativas en la terapia. En este último supuesto, la familia se incluye para evitar reacciones de sus miembros que puedan poner en peligro la buena marcha del tratamiento

En el ejemplo de Carmen, llevar a cabo la terapia de modo individual, solo con la paciente en la consulta, desde el principio, podría chocar frontalmente con la relación que el marido y ella mantienen de enfermero y enferma. Sería posible encontrarnos con actitudes más o menos abiertas de descalificación o boicot de cualquier intento de autonomía de la paciente. Una de las tareas a llevar a cabo en este tratamiento será conseguir que esas citas individuales con la paciente sean también posibles, sin encontrarnos con la resistencia de otros miembros de la familia

Las situaciones anteriores son los que en nuestra opinión, conducen con más frecuencia, a la construcción de la pauta desde el sistema de relaciones y creencias. Sin duda, habrá otras situaciones, que no se recogen aquí, y que puedan llevar a un mismo tipo de construcción de pautas.

2. ¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta desde el sistema de relaciones?

2.1. La circularidad

La “circularidad”, es, al mismo tiempo una actitud y una habilidad que el terapeuta pone en marcha desde el primer contacto con la familia. La circularidad exige al terapeuta dirigir su investigación sobre la base de las retroalimentaciones o feed back de la familia en respuesta a sus propias intervenciones (Selvini, 1980, Gutman, 1991). Se interroga preferentemente a terceros sobre la relación diádica que nos interesa.

Las relaciones deben indagarse por diferencias: *¿quién está más unido a la madre?, ¿qué hace tu padre cuando tu madre se enfada con Juan?*

Como se pone de manifiesto por los ejemplos anteriores, cuando el terapeuta mantiene una forma de ver el problema basada en las retroacciones, en una óptica circular, eso se refleja en una forma de preguntar, y traerá como consecuencia, la aparición de una información que anteriormente no se había puesto de manifiesto.

En el ejemplo de Carmen, la mujer diagnosticada de una depresión mayor, que veíamos en la sección anterior, al preguntar al hijo que hace él cuando su madre da muestras de estar profundamente deprimida y él y su padre temen que haga una tentativa de suicidio, quedó claro que la conducta de la madre servía para tranquilizar las discusiones entre el hijo y el padre. Cuando la tensión entre ellos subía y el conflicto se agudizaba, las tentativas de suicidio de la madre conseguían volver las aguas a su cauce, aún a costa de una transitoria y espúrea estabilidad familiar, que les impedía como familia pasar a otra etapa vital.

Considerar el problema de un modo circular lleva a ir construyendo con la familia un contexto de implicación de cada uno de los miembros en el problema.

Hace años, algunos de los primeros terapeutas familiares, en su afán por ver a la familia y no a un individuo solo, como objeto de su tratamiento, se empeñaron en la implicación de todos los miembros de la familia en el tratamiento, pero de una forma que generaba culpa y no co-responsabilización. Aquí se considera la construcción de la pauta-problema desde el sistema de relaciones cuando se cumplen criterios como los señalados más arriba. Eso puede suponer trabajar, en unos casos, con una única persona como pacien-

te en la consulta o, en otros casos, con los miembros de la familia o pareja también presentes.

En ocasiones, los miembros de la familia acuden, sobre todo al principio, en calidad de informadores y no como participantes activos en el tratamiento. La circularidad es una de las actitudes y técnicas que facilitan la implicación familiar en el tratamiento.

Si esto se consigue desde el principio, la definición del tratamiento desde el sistema de relaciones, será una consecuencia natural desde las fases iniciales de evaluación y formulación. Será posible, entonces, acordar un contexto de tratamiento familiar o de pareja, si se considera más adecuado.

2.2. Las preguntas y la forma de preguntar

Como se desprende de lo anterior, mantener la circularidad, obliga a una forma de preguntar. El interés por la forma de preguntar y por el tipo de preguntas, se desarrolló paralelo al desplazamiento del foco de tratamiento hacia el lenguaje, con el impulso del constructivismo. También, preguntar, manteniendo una visión circular del problema, obliga a hacer unas preguntas y no otras. Por ejemplo, preguntarle a un paciente depresivo si ha notado si sus síntomas se exacerban al llegar la primavera, transmite la idea del psiquiatra de que los cambios estacionales tienen que ver con su problema y, por tanto, que las soluciones están fuera de su control. No quiere esto decir que no se deba hacer esta pregunta, lo que quiere decir es que esta pregunta es un ejemplo de pregunta lineal en la que la idea implícita es que el cambio climático puede estar causando la enfermedad. Preguntar al mismo paciente depresivo si su mujer está más o menos tiempo con él desde que está triste, introduce la idea del significado del síntoma en la interacción de la pareja.

Para otros autores (White, 1993), a través de las preguntas, se buscarían “las excepciones”, es decir, los momentos en los que el problema no interfiere en sus vidas, para intentar construir una historia vital alternativa en la que sus protagonistas puedan reconocer también relatos de competencia y capacidad de remontar dificultades.

Las preguntas y la forma de preguntar se tratan con más extensión en el capítulo dedicado a las técnicas.

2.3. Localización de secuencias interactivas

Las secuencias interactivas son las pautas de relación que, o bien el paciente relata durante la sesión, o bien se ponen de manifiesto entre los miembros de una familia al actuarlas en el curso de la sesión. La localización de

estas secuencias de interacción ayudan a construir la pauta desde el sistema de relaciones o suponen la escenificación, durante la sesión, de esta misma pauta.

También, al discutir con el paciente o familia, la pauta-problema acordada previamente como foco de tratamiento, la localización de secuencias interactivas ayuda a ponerla de relieve, haciéndola más fácilmente visible. Al mismo tiempo que se resalta la pauta-problema, a través de las secuencias interactivas, también puede abrirse el camino para la discusión de otras formas de ver los problemas u otras formas de pensar o actuar ante ellos. Es decir, se abre el camino hacia la búsqueda de nuevas soluciones, diferentes a las intentadas hasta ahora.

Sirva como ejemplo, la siguiente transcripción de una secuencia de sesión familiar:

María una mujer de 56 años pide consulta por estar viviendo una situación familiar de gran enfrentamiento entre ella y su hija menor, una adolescente de 13 años, a la que anteriormente se sentía muy unida. Desde hace más o menos un año, la familia está sufriendo la grave enfermedad del padre, al que le quedan unos meses de vida. En otro lugar se comentan otros aspectos de esta entrevista familiar. Aquí vamos a centrarnos en la localización y utilización de una secuencia interactiva:

María, la persona que demanda el tratamiento, está sentada junto a su marido. A ambos lados de la pareja, se sientan sus hijas mayores, mientras que Laura, la hija menor, se coloca enfrente de la madre cerrando el semicírculo:

Madre: no sé que ha pasado entre Laura y yo, con mis otras hijas siempre había tenido más problemas...

Terapeuta: (dirigiéndose a la hija) Laura y para ti ¿cuál es el problema?

Laura: (irritada) Para mí, lo que ocurre es que mi madre se mete mucho en todo, está siempre mandando y no me deja en paz ni un minuto...

Hermana mayor: Yo entiendo lo que dice Lauri porque a mí me pasaba igual cuando vivía en casa. Es una mujer que no te deja parar. ¡Claro!, ¡como ella no para nunca se cree que a los demás nos tiene que pasar igual!

Madre: Algo de razón tiene. Últimamente, sobre todo, estoy mucho más nerviosa y me paso el día trajinando por la casa (se emociona).

Terapeuta: ¿Más nerviosa?

Madre: Sí, con lo de la enfermedad de mi marido.. (en tono bajo y mirada hacia el suelo)

Padre (hace el gesto de rozar su mano): Yo ya le he dicho que ha de tranquilizarse, que no tiene que preocuparse tanto de todo..

Madre: Pero yo no puedo dejar de pensar... (Aumenta el tono emocional. Los otros miembros permanecen callados e inmóviles).

En paralelo con esta interacción entre los padres y la terapeuta, Laura ha empezado a cuchichear al oído de su hermana mediana, quien le hace gestos disimulados de que se calle. En el momento en que la madre parece romper a llorar, Laura ahoga una carcajada, después de su último acercamiento a la hermana.

Madre (irritada, elevando el tono de voz): ¡ya la ve! Parece que no le importe nada. De lo único que está pendiente es de su ropa. Se pasa horas eligiendo que ropa ponerse y me deja todo tirado por el cuarto, para que yo lo recoja. ¡Como si fuera su criada...!

Laura: ¿se da cuenta? Ni siquiera es capaz de tener un poco de humor. ¡Eres insoportable!, ¡Ojalá fueras tú la enferma!

Madre (gritando): ¡Ya sé que lo hubieras preferido!, pero yo no tengo la culpa de que no sea así. ¡Si sigues comportándote así no va a haber quien te aguante!

Terapeuta: Ya veo, ya veo, María, que también está usted muy preocupada por su hija. !

Laura: ¿Preocupada? Lo que pasa es que no me puede soportar y se le nota.

Terapeuta (haciendo gestos con la mano para cortar una discusión inminente): No, no, Laura, gracias por tus esfuerzos, sin duda han sido de gran ayuda para tu madre, porque el tiempo que ha estado peleando contigo y preocupada por tu comportamiento en los últimos meses, ha sido el único que no ha pensado en sus otras preocupaciones. Cómo la enfermedad de tu padre... (Dirigiéndose a los padres) ¿se han dado cuenta ustedes, que ha sido cuando María iba a hablar de sus sentimientos de tristeza, que usted (al padre) tan bien conoce, cuando Laura les ha distraído con su discusión? (A Laura) me imagino que has tenido que encontrarte muy sola, siendo la única hija que vive en casa y con ese deseo tan grande de ayudar a tus padres. Por eso creo que habéis hecho bien viniendo a la consulta, porque aquí vamos a ayudarlos a hablar de vuestros sentimientos, sin temor a que nadie se venga abajo.

2.4. La historia familiar

Con la historia familiar, nos referimos a la inclusión de la dimensión evolutiva familiar. En la historia familiar incluimos el concepto de ciclo vital y la exploración transgeneracional, así como la elaboración del genograma familiar.

El terapeuta utilizará estos conceptos y habilidades para añadir una dimensión más a su comprensión del problema. Considerará éste a la luz del ciclo vital de la familia o paciente, o en su exploración de una posible dimensión histórica del problema actual, o para localizar nudos de transmisión transgeneracional del conflicto. Otras veces, el recorrido por la dimensión longitudinal de la vida familiar es muy útil para construir la pauta-problema con una pareja que llega a formarse como tal, desde dos culturas familiares diferentes.

Se ha descrito la evolución de la historia natural de la familia y de su ciclo vital, centrada en los hijos (Minuchin y Fishman, 1981), que abarca cuatro etapas: formación de la pareja, familias con hijos de corta edad, familias con hijos en edad escolar y/o adolescentes y familias con hijos adultos. Cada una de estas etapas se acompaña al principio de inestabilidad, debido a la necesidad de cambiar las normas anteriores a la vida familiar y adaptarlas a la nueva situación.

En la etapa de formación de la pareja, los dos miembros deben adaptar sus expectativas, con frecuencia diferentes, sus valores y modos de relacionarse, aprendidos en sus familias de origen respectivas, a la convivencia. Deberán también negociar nuevas reglas con sus propias familias asegurándose un espacio que les de privacidad, al mismo tiempo que les permita con-

tactos con otras personas importantes para ellos. Como muestra de la importancia de la relación de pareja, está la abundante literatura que pone de relieve la existencia de múltiples dificultades en las relaciones interpersonales de los pacientes depresivos y en especial, de una relación de pareja disfuncional. Que la depresión se asocia con dificultades del funcionamiento de pareja es una idea ampliamente aceptada (Merikangas, 1984, 1985) (Hallstrom y Persson, 1984) (Hooley, 1986) (Birtchnell, 1983, 1988, 1991) (Hickie, 1990).

El nacimiento del primer hijo supone un nuevo reto al sistema de pareja ya establecido, pues les va a suponer la necesidad de funcionar dentro de sistemas cada vez más complejos, como pareja, como progenitores, como hijos en sus respectivas familias. De nuevo se afronta otra etapa de desequilibrio cuando los hijos empiezan a ir a la escuela y el sistema familiar se abre a aportaciones e influencias exteriores, al sistema escolar, a los grupos de amigos...

Cuando se acerca la adolescencia, hay un importante cambio en las relaciones, hay un mayor distanciamiento padres-hijos y la relación pasa de ser menos de obediencia y más de negociación, sobre todo de cuestiones de control y autonomía entre sujetos cada vez más iguales.

En este periodo pueden iniciarse, y de forma típica lo hacen, el abuso de sustancias. En la adicción juvenil, están implicadas fundamentalmente dos etapas del ciclo vital: la de la llegada de la adolescencia y la de la emancipación. Con las drogas, el adicto puede mantenerse cercano y distante a la vez, ser agresivo y poderoso, sin tener que responsabilizarse de sus acciones, es decir puede convertirse en adulto por el camino de una falsa individuación (Todd, 1991).

Al llegar a la fase de separación, el adolescente o adulto joven deja la casa, bien para estudiar o formar un nuevo núcleo familiar a su vez. La marcha de los hijos precipita un nuevo periodo de desequilibrio para los miembros que se quedan y para la pareja que, de nuevo enfrenta tareas de adaptación similares en parte a las del periodo de constitución como pareja. La principal diferencia es que los límites se establecen ahora, fundamentalmente con la generación siguiente (Rosman, 1988). Es el momento en que la pareja se queda a solas con dificultades no resueltas o aplazadas por el nacimiento y crianza de los hijos.

Esta descripción del ciclo vital es sin duda lineal y no recoge la realidad de la familia más compleja que, efectivamente no comienza con la constitución de la pareja ni termina con la marcha de los hijos ya adultos. Es más compleja porque en su ciclo vital están implicadas varias generaciones en periodos de tiempo simultáneos. En determinadas épocas de la vida sus miembros se involucran entre sí de manera más estrecha, como por ejemplo en la etapa de crianza de hijos pequeños, mientras que en otros periodos la

dinámica tiende a la separación, como por ejemplo, en la época de independización de hijos adultos jóvenes. El movimiento de la familia a lo largo del tiempo se describiría mejor como una espiral, porque las cosas no se repiten exactamente como fueron (Combrinck-Graham, 1985, 1988).

El concepto de ciclo vital familiar nos es útil para ayudarnos a reconocer familias que estén atravesando por periodos de crisis relacionados con una etapa de transición en el ciclo vital y ayudarles a afrontar las tareas más frecuentes en cada una de las etapas. Por ejemplo el apoyo a una pareja donde uno de los miembros se deprime coincidiendo con la llegada de un primer hijo o el esclarecimiento de la conducta provocadora de un adolescente en una familia que enfrenta la autonomización de sus miembros.

En la exploración de la historia del problema, la terapeuta se introduce en la transmisión generacional del conflicto. Con la idea de ciclo vital y la elaboración del genograma, que más adelante describimos, la terapeuta entra en la narrativa de la historia de la familia de origen.

Framo (1992) considera especialmente importante este tipo de exploración con la familia de origen en algunos casos como: parejas incapaces de involucrarse a fondo en su relación o de separarse hasta haber profundizado en algunos problemas de la familia de origen, o en situaciones de estancamiento en tratamientos de pareja o individuales, familias en las que los hijos adultos se sienten incapaces de mantener relaciones de intimidad o de no repetir un patrón de ruptura de relaciones a lo largo de su vida, familias en las que no se consiguió la elaboración de algún duelo o el deseo de algún miembro de resolver temas pendientes.

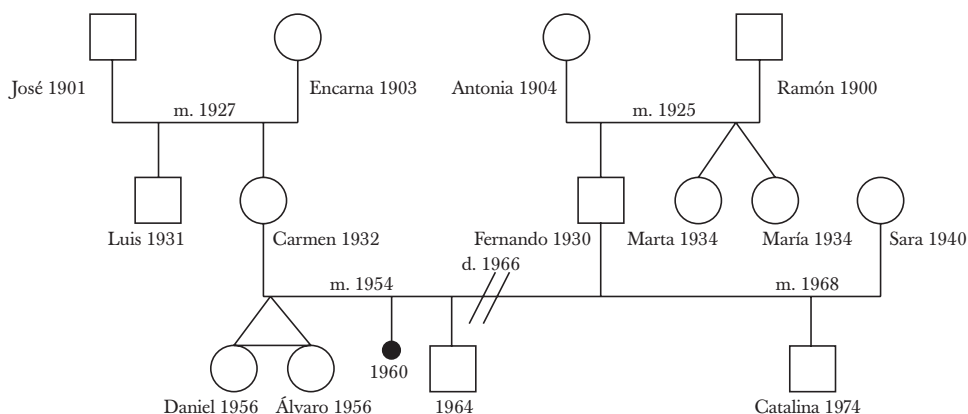
Murray Bowen fue el primer autor y terapeuta de familia que señaló la importancia de las pautas intergeneracionales en la vida familiar, pese a trabajar con más frecuencia, con un formato de psicoterapia individual. Su objetivo era ayudar a sus pacientes a conseguir un sí-mismo más diferenciado de la masa yoica familiar. En su opinión, el camino más productivo para el cambio, consistía en definir mejor el sí-mismo dentro de la familia de origen, evitando centrarse exclusivamente en las cuestiones emocionales de la familia nuclear de la persona que consulta (Bowen, 1979).

El genograma familiar es una de las herramientas de las que dispone el clínico que le ayudará a poner de relieve circunstancias que tengan que ver con el ciclo vital o, de modo más patente, que tengan que ver con la transmisión transgeneracional de mitos y conflictos familiares. El genograma es una representación gráfica de la familia. Hacer un genograma supone reflejar la estructura familiar, registrar la información sobre la familia y representar las relaciones familiares (Mc Goldrick, 1993, Ochoa, 1995). Es decir, se dibuja mediante los símbolos de círculos y cuadrados a las personas inte-

grantes de la familia, así como mediante otro código de líneas gruesas o interrumpidas entre los miembros, las relaciones de parentesco biológico o legal

La información que se registra al lado de cada uno es información de tipo demográfica (edades, fechas de nacimiento y muerte, profesión), funcional (enfermedades médicas, conductas, etc.) o de acontecimientos familiares importantes (nacimientos, muertes, cambios de domicilio, etc.). Después mediante distintas líneas se representan diferentes tipos de relaciones familiares (relaciones íntimas, relaciones distantes, relaciones rotas, etc.). Un ejemplo de genograma y del tipo de relaciones establecidas entre los miembros, se puede ver en la Figura 9.

FIGURA 9: GENOGRAMA



Jose y Encarna, casados en 1927, tuvieron dos hijos, Luis y Carmen. Carmen se caso y se divorció en 1966 de Fernando, con el que tuvo dos hijos, gemelos univitelinos, Daniel y Álvaro, a los que siguió un aborto espontáneo y un hijo muerto recién nacido, dos años antes de la separación. Por su parte, Fernando es el mayor de tres hermanos. Sus padres, Antonia y Ramón, se casaron en 1925. Las dos hermanas de Fernando, Marta y María son gemelas bivitelinas. Después de su separación, Fernando contrajo segundas nupcias en 1968 con Sara, con la que adoptó una hija llamada Catalina.

Mediante el genograma que abarque al menos tres generaciones, se realzarán aspectos de la vida familiar que tienen que ver con lo transgeneracional y que de otro modo, podían quedar inexplorados y ocultos.

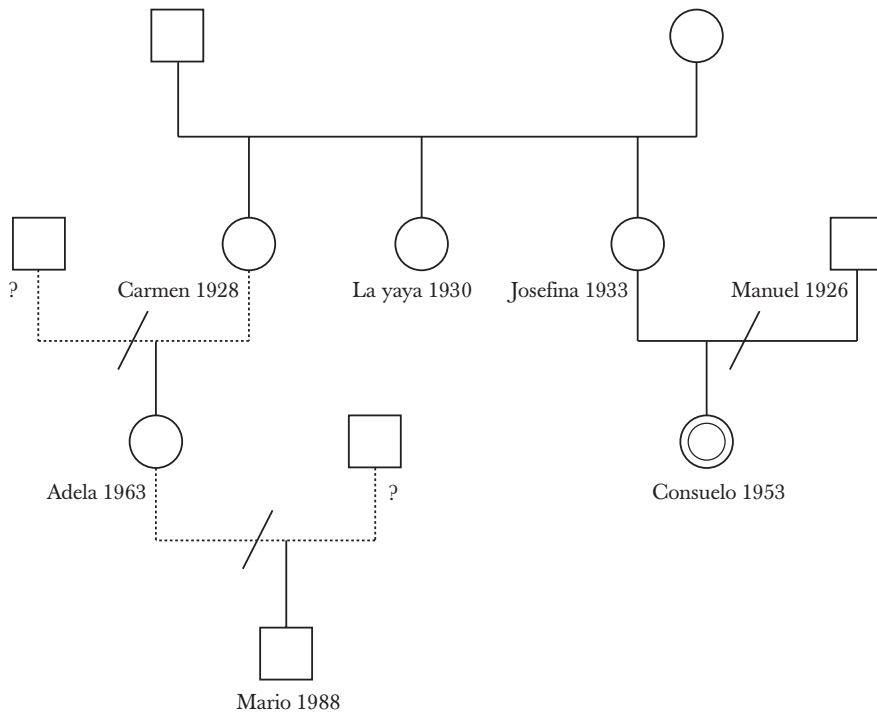
Mediante el genograma y la exploración transgeneracional, se suscitarán pautas-problema desde el sistema de relaciones. Se construirán, junto al paciente o familia, pautas-problema desde el sistema de relaciones y desde el pasado, para conectarlo con la sombra que éste proyecta en el presente y que se alarga hasta el futuro. Un ejemplo, desde la clínica puede ayudar a aclarar las ideas que se pretenden transmitir:

Consuelo es una mujer de 47 años que consultó por primera vez por sintomatología depresiva. Relacionaba sus síntomas con diferentes conflictos en su trabajo, donde no se sentía valorada, así como relaciones difíciles con una sobrina. Al recoger la historia familiar, se elaboró un genograma como se refleja en la Figura 10.

Los comentarios de Consuelo al genograma permitieron construir la siguiente narrativa familiar: Consuelo es natural de un entorno urbano de nivel socioeconómico medio-bajo. Ha sido la hija única de una pareja, que se separó por el abandono intempestivo del padre de la paciente “aún no he digerido que mi padre no me aceptara” “me sentí abandonada a los ocho años”. Tras la muerte de su madre, pasó entonces a convivir con una tía (la “yaya”) y la hermana de ésta, quien, a su vez, tuvo una hija, Adela, diez años más joven que Consuelo. La tía y su hija, habían sido también abandonadas por el padre. Consuelo dice: “Me he criado sintiéndome culpable por todo” “es lo que siempre me han dicho”. “Adela fue prácticamente criada por mí” “así salió, que fue un desastre”. Se refiere a la inestabilidad emocional e impulsividad de Adela, con la que las discusiones son muy frecuentes, según Consuelo, cuando ella le frena sus exigencias de dinero o de cuidado del niño: “me la colocaron, como ahora ella me coloca a su hijo” (el ahijado que convive a temporadas) “veo repetirse con el niño la historia que sufrí con Adela y no quiero” “yo quiero hacer de tía con él, no de madre”, “Aunque no son mis familiares directos me siento muy ligada a estas personas”, “Mi tía me coacciona para que haga de madre y yo quiero hacer de tía” “Veo repetirse la historia como cuando a mí me hicieron hacerme cargo de Adela” “salió tan mal, que temo que se repita con el niño” “si no se hace lo que él quiere me abofetea”. “No quiero abandonarlo, pero tampoco quiero criarlo”. El niño es enviado a casa de Consuelo y de la “yaya”, cuando aumentan los conflictos entre su madre y la pareja de ésta. La “yaya”: “duerme con él en su habitación y lo sobreprotege, pero yo no logro imponerme para que no lo haga”. Consuelo refiere: “estoy viviendo la vida de mi tía de 80 años, la de mi madre y mi tía, la del niño, la de ésta pareja, todas las vidas, menos la mía” “He llegado a los cuarenta años sin carnet de conducir”.

Durante la conversación con Consuelo es fácil poder seguir una construcción de pauta-problema desde su sistema de relaciones más significativo, su familia, y desde una construcción transgeneracional del conflicto. Consuelo ha consultado por presentar sintomatología depresiva. La tristeza, apatía, desvalimiento que manifiesta, representan la única vía que ella ha encontrado para expresar su malestar y su negativa a seguir ocupando un papel de madre, que no desea. Las tres generaciones de mujeres están solas, abandonadas por los

FIGURA 10: GENOGRAMA DE CONSUELO



hombres, ya sea en el papel de padres o parejas. Desde la marcha de su padre, Consuelo vive con la culpa por su abandono. Culpa que intenta compensar con la generación precedente, de su madre y sus tías, a través de aceptar la carga, demasiado pesada para una adolescente, de la crianza de Adela. Los problemas emocionales y de conducta de ésta, la enfrentan de nuevo con su fracaso, ahora como “cuidadora”, y con su intento de compensarlo aceptando, de nuevo, el papel ambiguo de madre que se le presiona a ocupar por parte de las otras dos generaciones. Esta dinámica familiar impide, por un lado, la autonomía de cada uno de sus miembros: Adela sigue comportándose como niña-madre, que necesita ser “controlada”, Consuelo como tía-madre que aporta seguridad (emocional y económica) y la “yaya” como abuela-madre, con más capacidad de control sobre la conducta de las demás a través de su propio desvalimiento y la sobreprotección al niño. Por otro lado, esta misma dinámica les permite, como familia, evitar los cambios a que les llevaría el paso a otra etapa del ciclo vital. Como miembros de la familia, cada una de ellas consigue la gratificación de sus necesidades, aunque es a costa de un estancamiento en su desarrollo como personas: Adela puede seguir comportándose como una niña, la abuela decidir sobre la vida familiar y seguir ejerciendo ese control, mientras que Consuelo, hasta el momento de la consulta, podía gratificar también su necesidad de cuidar a otros y compensar su culpa. Cuando Consuelo pide ayuda, el equilibrio inestable entre la carga que supone el cuidado del niño y la compensación de la culpa a través de ese mismo cuidado, se ha roto. Los síntomas aparecen como una expresión de “incapacidad” para seguir asumiendo esa tarea. Los síntomas sirven al compromiso entre “no seguir haciendo de madre” y “sentirse culpable por no hacerlo”. A través de la “tristeza, desgana, desvalimiento e incapacidad”, Consuelo no puede seguir haciéndose cargo del papel de madre, pero sin enfrentar la culpa que generaría el negarse a seguir haciéndolo como una expresión libre y legítima de sus deseos.

2.5. El crecimiento relacional. El equilibrio entre la diferenciación y la conexión. Los límites

Si consideramos, como otros autores, el intenso deseo de relación de los seres humanos como uno de los fundamentos de la vida psíquica, necesariamente hemos de entender el crecimiento personal, como un crecimiento relacional.

Las teorías tradicionales describen la adolescencia como un periodo de lucha por conseguir la autonomía y la independencia (Erickson, 1959, 1982). Estas mismas teorías privilegian la individualidad y la separación de los demás como un marcador de madurez y equilibrio psíquico.

Sin embargo, desde otras perspectivas que vienen del campo de la investigación transcultural y de las críticas feministas a las teorías tradicionales, se sugieren otras formas de construcción de la identidad del sí-mismo que está basada en la conexión y en la interdependencia.

Fueron autoras feministas las que pusieron de relieve la existencia de una socialización diferente para niños y para niñas. En nuestra sociedad occidental, en las niñas se fomenta la integración en la familia y la red social, mientras que en los niños, se prioriza la adquisición de competencia y habilidades en el mundo exterior (Sherrod, 1989). De esta forma, mientras que la socialización hacia la masculinidad implica separación del hogar y de la familia, la socialización de la mujer está inmersa en las propias relaciones dentro de la familia y da más importancia a las relaciones afectivas con los otros (Caspi Elder, 1988). Como consecuencia, la mujer tiene una experiencia, que se le hace más difícil al varón, y es la de poder crecer en el contexto de vínculo y afiliación con los demás (Miller, 1984, 1992a, 1992b).

De esta forma, el crecimiento individual, en la socialización femenina, solo se produce mediante la conexión con los demás. La relación es vista como el objetivo básico del desarrollo (Surrey, 1985), y no como un medio a través del cual se llega al conocimiento y realización del sí mismo.

Otras voces, discordantes con la forma de entender el crecimiento basada en la consecución de la independencia y la individualidad, provienen de culturas distintas a la occidental anglosajona. Así, por ejemplo, algunos autores señalan la diferencia entre los principios europeos y americanos, basados en esa individualidad e independencia y la visión africana del crecimiento personal, donde el énfasis se pone en la cooperación y la responsabilidad de la comunidad. La visión africana se refiere a una definición extensa del self como un “nosotros”.

Implícito en este tipo de formas de considerar el self, está el reconocimiento de la conexión del sí mismo con los demás (Gilligan, 1991).

Es decir, frente a las construcciones del sí-mismo feministas y de otras culturas, la visión individualista del self es consistente con nuestra sociedad occidental y los valores de competitividad y éxito individual, sostenidos por ésta.

Conceptos como el de “diferenciación” de Bowen (Bowen, 1978, 1979; Friedman, 1991), estarían en algún punto intermedio. Para este autor, la diferenciación es el proceso vital de esforzarse por mantener el equilibrio a través de los procesos internos y externos de definición del sí mismo y autorregulación. Como opuesto a la diferenciación está la fusión. Por diferenciación, Bowen entiende un proceso. La capacidad de seguir el propio camino, por medio del propio sistema de guía interno, más que mirar continuamente, donde están los demás (Friedman, 1991). No es lo mismo que indivi-

duación o autonomía, ya que tiene que ver menos con la conducta y más con el ser emocional, al mismo tiempo que preserva un sentido de conexión con los demás.

No obstante, los problemas de este concepto se reflejan en hechos como los que se derivan de su aplicación práctica mediante la escala de diferenciación, diseñada por Bowen. Tener 100 en esta escala ¿qué significa, poder tener todos los amigos del mundo, ya que uno puede relacionarse con todos, o no tener ninguno y así relacionarse en más profundidad con el sí mismo?

Sin embargo, el concepto de crecimiento relacional, del sí mismo-en-relación (Miller, 1984, 1992a, 1992b) entiende el desarrollo humano sólo en conexión y el crecimiento individual sería parejo a la posibilidad de acceder a una experiencia emocional de conexión con los otros más profundamente articulada.

La idea de crecimiento relacional, no sería, entonces, compatible con la idea de límites entre subsistemas, tal como se la entiende tradicionalmente.

Desde un punto de vista constructivista no habría una estructura familiar que modificar, como defienden autores como Minuchin. Para los estructuralistas, como Minuchin, los límites son reglas que prescriben quién debe de contactar con quien (Minuchin, 1981) (Colapinto, 1991). Los límites necesitan ser lo suficientemente fuertes y lo suficientemente permeables a la vez, como para proteger el desarrollo saludable de los subsistemas y, por tanto también, el crecimiento individual.

El terapeuta, desde una actitud constructivista, no pretende cambiar los límites entre subsistemas demasiado permeables, por otros más cerrados, o los demasiado rígidos, por otros más laxos, de modo que, cambiando los límites se ayude al crecimiento de los miembros de la familia. Estas metáforas, se consideran excesivamente mecanicistas y colocan al terapeuta en la posición de experto que “arregla” lo que está mal.

Además la tendencia de muchos terapeutas a considerar los límites muy marcados, como algo muy positivo para la diferenciación individual, puede ser la expresión de un sesgo cultural que ensalza las cualidades de independencia y privacidad (Colapinto, 1991).

2.6. Cuestiones de poder y de estatus. La jerarquía en la familia

Para los autores estructuralistas, la jerarquía familiar se expresa por las reglas que organizan los diferentes grados de poder para tomar decisiones por parte de los diferentes miembros de la familia o los diferentes subsistemas (Colapinto, 1991). A veces puede resultar difícil diferenciar entre límites y jerarquía, porque los conceptos se solapan.

Ambos conceptos, límites y jerarquía, nos han de servir, como todos los citados anteriormente, para la construcción de la pauta-problema desde el sistema de relaciones, sin perder de vista que no tienen una existencia “real”, o independiente de la conversación que se establece entre terapeuta y miembros de la familia o paciente.

Como se señalaba antes, con estos conceptos, se corre el riesgo de ser demasiado normativo, por ejemplo defendiendo una jerarquía a ultranza en la que los padres ocupen la posición de máximo poder, o de perder una perspectiva multicultural, al considerar que el establecimiento de límites muy definidos entre subsistemas, son una muestra de salud para el sistema familiar en todas las sociedades del mundo.

Relacionado con el concepto de jerarquía, está el concepto de “posición”. La posición o el “status” de los ingleses, es la importancia que se percibe de una persona en relación a otra o a otra cosa (Wiener, 1994). La posición es un concepto relacional, es por eso que lo preferimos al concepto de jerarquía para la construcción de pautas desde el sistema de relaciones.

Las personas jugamos, en la vida ordinaria, juegos de posición, como reflejo de pautas de dominancia o de sumisión. Normalmente los intercambios de estatus en la vida cotidiana y en la conversación terapéutica, no son “vistos”, porque “está prohibido verlos”. Es decir, se juegan de un modo implícito, tanto en la vida cotidiana, como en el encuentro terapéutico y se transmiten en gran parte a través del lenguaje no verbal. El tono de voz, la postura, el uso del espacio, el gesto, son los medios de los que nos servimos, entre otros, para transmitir cuestiones de estatus. No hay interacciones entre las personas que estén libres de transmisión de cuestiones de estatus.

Wiener (1994) señala que ninguna transacción es neutral con respecto al estatus. En nuestra red de relaciones significativas, en la familia, estamos más acostumbrados a jugar un tipo de posición y no otra. Con frecuencia, la persona tiende a reproducir la posición que ocupó u ocupa en su familia, en otros círculos ajenos a ésta, como por ejemplo, el trabajo, la escuela, el grupo de amigos, etc.

Como la posición es un concepto relacional, las personas maniobramos en las interacciones con otras para conseguir de las demás posiciones complementarias. Cuando en una relación de dos, ambos miembros se comportan y actúan de acuerdo a las expectativas del otro, no tienen por qué haber problemas a ese nivel.

Es el caso de una pareja en la que él ocupa la posición de administrador económico de la casa y de planificador de los aspectos prácticos de la vida familiar. En una entrevista familiar, la hermana del paciente le confesaba su sorpresa ante la tolerancia que él tenía con el desorden

de su casa. Durante las sesiones que se mantuvieron a continuación con la pareja, quedaba de manifiesto que en la relación entre ellos no surgía el conflicto, al responder ambos a las expectativas del otro. Así, el marido amante del orden, soportaba un cierto grado de desorden doméstico, porque, por otro lado, su mujer respondía a sus expectativas ocupando una posición de importancia a través de la creatividad y la imaginación. Su mujer toleraba con agrado sus directrices, pese a considerarse una persona rebelde, porque respondían a sus expectativas al ocupar él una posición de importancia a través de la competencia y la eficacia en el mundo exterior y en el doméstico.

Pero cuando uno de los miembros de la pareja, propone, a través de esas transacciones sutiles de posición, una categoría en la relación que no es aceptable para la otra, surge el conflicto. En algunas interacciones entre profesor y alumno, puede ocurrir que el estudiante rivalice por la posición de “sabio” con el maestro, al no responder éste a las expectativas de conocimiento que el otro había puesto en él. De modo recíproco, el profesor responde con hostilidad ante las impertinentes preguntas de un alumno que no se ajusta a sus expectativas de ocupar un lugar de menor sabiduría que él.

En ocasiones, una forma de resolver el conflicto es a través de la triangulación. Pensemos, por ejemplo, en casos de política internacional, en los que la tensión entre los dos grandes bloques de Rusia y EEUU, era inevitablemente canalizada a través de una guerra en un tercer país. En ejemplos de la clínica, es frecuente encontrar cómo la lucha por ocupar posiciones de relevancia familiar entre una pareja, puede conducirse a través de la triangulación de un hijo. En un ejemplo del mundo laboral, es fácil que podamos recordar algún episodio en el que un conflicto entre el jefe de servicio y el jefe clínico o el adjunto se canalice a través de una bronca a un residente en la que ambos jefes (o miembros más poderosos del triángulo), están, por primera vez, de acuerdo.

La posición, se juega de modo distinto según las normas del momento histórico o del grupo social del que se trate. Más adelante se insiste en estos aspectos culturales.

2.7. La reformulación, la construcción de metáforas y la prescripción de rituales

Son algunas de las habilidades que con frecuencia se ponen en juego en la construcción de la pauta-problema desde el sistema de relaciones y creencias. En el capítulo dedicado a las técnicas se puede encontrar una descripción detallada de la reformulación.

2.8. Acuerdo de objetivos

De todo lo que llevamos dicho hasta el momento, con respecto a la construcción de pautas desde el sistema relacional, se puede seguir un nuevo hilo conductor.

La terapeuta entra en el sistema relacional de una única persona o de un sistema familiar, a través de la escucha y la exploración circular de la queja. Las preguntas y la forma de preguntar nos facilitan la entrada a la transformación de la queja en una pauta-problema relacional. Pero, hacer visibles aspectos, hasta ahora no contemplados por la familia o la persona, exige de nosotros la localización y el acuerdo con el paciente de secuencias interactivas que afianzan la propuesta de pauta-problema hecha previamente. A veces puede ser necesario, otras veces no, remontarse a la historia de las relaciones familiares para localizar, también, narrativas de transmisión transgeneracional del conflicto. En esta tarea, la realización del genograma puede ser de ayuda. Se pueden poner ahí de manifiesto cuestiones de límites o de posición familiar entre los distintos miembros de la familia, que resuenen desde el pasado en la situación familiar actual y éstos, los límites y la posición, son temas importantes a construir para la “realidad familiar actual”, tal como es experimentada por sus miembros.

Falta aún, como veremos más adelante, la exploración de cómo las pautas influyen y son influidas por las metanarrativas dominantes en el contexto social más amplio. Nos referimos al proceso por el cual, las narrativas individuales y familiares se conectan con los constructos sociales de género, cultura, clase social, etnia y orientación sexual que, a continuación, se revisan.

3. ¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta desde el sistema de creencias?

Para ello hemos de partir de varios presupuestos básicos: Primero es el reconocimiento de que nuestros modelos en terapia están incluidos y embebidos por las ideas sociales y políticas en curso en una sociedad determinada y en un tiempo determinado. Ser conscientes de ello nos lleva a revisar la forma en la que nuestras ideas sostienen o no una determinada estructura social y a mantener una actitud crítica sobre el modo en que ejercemos nuestra posición de poder como terapeutas, para, así, hacerlo dentro de un marco ético.

En segundo lugar, asumimos que el modo en que construimos nuestra forma de ver los problemas, definirán la forma de abordarlos. Esto quiere decir que, la forma en la que los terapeutas y el resto de las personas, entendamos que significa “ser mujer”, “ser hombre”, “de clase social alta”, “de raza

gitana” u “homosexual”, está sin duda, construido o modelado por las ideas sociales predominantes en nuestra sociedad. Para el caso de la mujer estas ideas han sostenido posiciones de desigualdad y de devaluación, que son criticadas, abiertamente, desde posturas feministas.

Una terapia puede ayudar, sin pretenderlo, a perpetuar posiciones en las relaciones familiares que no fomenten el bienestar de todos sus miembros. Para evitarlo, el primer paso es hacer visible lo invisible tras el “mito de la igualdad”.

El terapeuta hará preguntas en orden a introducir diferencias en el sistema de creencias de la familia, que puedan, a su vez, afectar a la conducta de ésta y de cada una de las personas que la integran.

3.1. Género

Desde una propuesta de psicoterapia basada en la construcción de narrativas integradoras, se hace necesario incluir las construcciones de género y llevar a cabo la integración de los principios de las terapias feministas en nuestro pensamiento y práctica habitual.

El género es una de las categorías más importantes en base a la cual, las personas juzgamos y evaluamos a las demás (Deaux, 1984, en Worell, 1992). Seguimos en esta exposición la definición de Worell según la cual, el género es el “sistema de creencias, actitudes y cogniciones culturalmente determinadas acerca de los hombres y de las mujeres”. El género es un concepto que varía a través de las diferentes culturas, que cambia a través de la historia, y que es diferente según quien hace las observaciones o los juicios (Worell, 1992).

Se considera pues, el género desde una óptica constructivista, según la cual, la realidad que conocemos acerca del género no es más que un acuerdo social acerca de lo que “realmente es” (Worell, 1992).

Esa construcción social se integra en nosotros como una imagen de lo que somos como mujeres y como hombres, de cómo debemos comportarnos, y de las expectativas de los demás. El género es considerado un constructo tan importante, que para muchos autores es el aspecto crucial en nuestro trabajo con las mujeres.

Hare-Mustin popularizó los conceptos de error tipo 1 y tipo 2 para describir los dos tipos de sesgos o prejuicios de género presentes en el campo de la terapia familiar, pero que se pueden hacerse extensivos a otros modelos psicoterapéuticos. El error tipo 1 o alfa indica una diferencia donde no existe. Este tipo de sesgo exagera diferencias entre grupos, y es el responsable de la forma en que las teorías psicodinámicas han “mistificado la psicología de la mujer, ignorando su subordinación”. La actitud peyorativa de Freud hacia la mujer, su

reconocida misoginia, su forma de tratar el desarrollo femenino contra el estándar de la anatomía masculina, en definitiva, el contemplar la masculinidad como la norma Universal. Recordemos que para el psicoanálisis freudiano, la “envidia de pene” era el promotor del desarrollo psicosexual femenino.

El error tipo 2 o beta ocurre cuando se ignora una diferencia significativa que sí existe. Este tipo de prejuicio es el de la teoría sistémica cuando ignoró el contexto político, económico y social y consideró la disfunción familiar como un problema interno de la familia, e independiente del contexto. La teoría sistémica fue, en este sentido fiel reflejo de las ideas occidentales. Al intentar alterar el funcionamiento interno de la familia, sin preocuparse del contexto político, social o económico, los terapeutas estamos en complicidad con la sociedad para mantener a la familia inmodificada (Hare-Mustin, 1978, 1987).

Hay una serie de elementos comunes compartidos por distintas psicoterapias feministas (Worell, 1992) y que nosotros proponemos integrar en nuestro sistema terapéutico. Estos son:

- Un objetivo de aumento de la conciencia, que ayude a las mujeres a diferenciar entre estructura social y política sexista que influye en sus vidas y problemas sobre los que pueden tener un control real actual.
- Una relación igualitaria entre paciente y terapeuta. Se minimiza la diferencia de poder entre terapeuta y paciente.
- Un proceso de valoración de la mujer y de auto-validación. A las mujeres se las anima a identificar sus fuerzas, a valorarse. Se reestructura el lenguaje que devalúa a la mujer, por ejemplo de “madre sobreimplicada o simbiótica”, se pasa a destacar la preocupación, el cariño, etc. que hay detrás de esos comportamientos.

Muchas de las intervenciones tradicionales han de adaptarse o cambiar de forma drástica para tener en cuenta el género y utilizarlo de modo terapéutico en las entrevistas.

Por ejemplo, desde presupuestos sistémicos y con el argumento de la causalidad circular, se han obviado cuestiones como la desigualdad de poder entre hombres y mujeres. Al considerar a cualquiera de los dos miembros de la pareja como responsables de una determinada situación, en base a este principio de causalidad circular, la teoría sistémica tendió a ignorar diferencias de poder, recursos, necesidades, asumiendo que el hombre y la mujer ocupaban el mismo lugar jerárquico. De esta forma, como ejemplo de un prejuicio tipo beta, ignorando las diferencias de género, el terapeuta las apoya (Hare-Mustin, 1987).

Este punto ha sido muy criticado en casos donde se ha responsabilizado a la mujer de situaciones de abuso físico contra ella misma o los hijos. Es

decir, un hombre maltratador podía ser visto como instigado a actuar de forma abusiva por la conducta intrusiva de su mujer. Walters (1991) criticó esas posturas señalando que “cumplir un papel” en la relación no significa forzosamente “cumplir un papel equivalente”. Con ello quiere poner de manifiesto la no responsabilidad del niño o la mujer maltratada o de cualquiera que esté sometido a otro en razón de fuerza, edad o posición de influencia. Como señala Goodrich (1989), “ya sea que el cuchillo caiga sobre el melón o el melón caiga sobre el cuchillo, es el melón el que se corta”.

Un ejemplo clínico puede servir para resaltar la importancia que estas ideas tienen para la clínica:

Susana es una chica de 19 años que desde hace un año, vomita todas las comidas, tras grandes atracones. En la entrevista individual se muestra escéptica y poco confiada en que cualquier tratamiento (y algún terapeuta) la pueda ayudar. No quiere engordar y está decidida a seguir vomitando como único método eficaz para conseguir este objetivo. Su actitud es de descalificación y desafío encubierto al terapeuta y la terapia.

Durante la primera sesión de terapia familiar, la familia se muestra sonriente y decidida a ayudar. El padre es el que toma y mantiene la palabra: en su casa nunca, hasta ahora, ha habido ningún problema. No hay discusiones, no porque no se dialogue, sino porque siempre están de acuerdo. Son una familia muy unida y entienden la entrevista como un medio de ayudar a su hija, informándose más sobre su enfermedad. El padre expresa estas ideas hablando sin parar durante 15 minutos, durante los cuales, las tres mujeres que componen la familia (la madre, la paciente y su hermana Ana), giran en paralelo la cabeza observándole. No asienten ni disienten. Se callan. Al explorar activamente áreas de desacuerdo familiar, la única voz disonante es la de Susana. Piensa que su padre, al que se ha sentido especialmente unida, es demasiado rígido con los horarios, los impone sin que sea posible razonar con él y que su madre no es que esté de acuerdo, sino que “se somete”. En ese punto el padre se muestra inflexible y la madre sólo asiente cuando, el terapeuta, activamente le solicita su opinión. La madre se muestra como una persona dubitativa que deja todas las decisiones en manos de su marido: no porque no quiera decidir, sino porque él está más preparado para ello, no porque se someta a sus criterios, sino porque suele llevar razón, aunque, de forma tímida, reconoce que su marido, en las discusiones siempre se lleva el gato al agua: “a veces se empeña en cosas imposibles y hay que acabar dándole la razón”. No porque él sea dominante como pregunta el terapeuta, sino porque es tan hábil con la palabra que la consigue envolver. De forma complementaria, ella se define como una persona torpe en la conversación, motivo por el cual deja que sea su marido el que se exprese por ella. Cree que su relación de pareja es buena y que ella es una persona conformista, lo mismo que su hija Ana. Cuando Ana tenía la edad de Susana tuvo parecidos enfrentamientos con el padre, pero según Susana, Ana obedecía y se encerraba llorando en su cuarto.

Una secuencia de interacción en esta familia es Susana solicitando permiso para llegar más tarde el fin de semana. la oposición del padre y la discusión de ambos. Llena de rabia, Susana acude a su madre a la que pide opinión y ésta la remite de nuevo a lo que el padre haya decidido. Susana reta a los dos con su conducta alimenticia, se rebela contra lo que considera el sometimiento de las tres mujeres a las directrices incuestionables del padre y exige de su madre la definición de su postura en esta batalla.

¿Cómo influye en la interacción, el género de cada uno de los miembros? ¿Cuál es la posición de cada uno o una en esta familia? ¿pueden cambiar sus lugares con facilidad?, ¿cómo influye la sociedad en la forma en que esta familia interactúa? Ignorar en estos casos las cuestiones de género, supone arriesgar la cronificación o ayudar a la familia a una adaptación a la etapa anterior de sometimiento. El terapeuta no persigue la confrontación porque sí, en una batalla con la bandera del sexo, sino incluir en la terapia la diferente experiencia femenina.

La supuesta “neutralidad” del terapeuta en cuanto al género, significaría dejar los presupuestos patriarcales implícitos e incuestionados. Por ello, el terapeuta ha de tener entre sus objetivos, al contextualizar el síntoma de Susana, el ponerlo en relación con la experiencia de “ser-mujer” en esa familia. Habrá de reconocer que, cada miembro de un género percibe un significado distinto en la misma intervención clínica y que, por tanto se sentirá o bien culpabilizado o bien respaldado por dicha intervención. Una vía imprescindible para ayudar a Susana, ha de ser ayudar a los padres a mantener una relación de poder más equilibrada, en la que la madre sea capaz por sí misma de expresar sus sentimientos y opiniones sin tomar prestada o permitir, que se le imponga una voz diferente.

3.2. *Cultura*

Lo cierto es que, aunque cada persona que consulta es única, también es, al mismo tiempo, miembro de múltiples grupos que la definen por categorías tales como la edad, preferencia sexual, origen étnico, identidad cultural, orientación religiosa, estatus laboral, nivel educativo, etc. Cada pertenencia a uno de esos grupos se acompañan de normas implícitas y explícitas que definen y estructuran las creencias de los pacientes, sus valores, expectativas y transacciones interpersonales (Worell, 1992).

Como resultado de ello, las personas pueden sentirse indefensas, estigmatizadas socialmente y excluidas culturalmente. Además pueden sufrir el estigma adicional de ser culpabilizados por su condición social, atribuyendo problemas derivados de la opresión social a características innatas. Un ejemplo de ello puede ser el prejuicio de atribuir las dificultades de los niños en un hogar a la falta de un hombre en la misma, antes de entrar en el estudio en profundidad del caso.

De modo paralelo, la pertenencia de los terapeutas a determinados grupos también sesga su visión del problema. Cuando una mujer blanca acude a terapia puede presumir que su terapeuta, mujer u hombre, puede tener cierto conocimiento de su herencia cultural o incluso compartirla. Cuando la que

acude a terapia es una mujer de raza gitana o una inmigrante dominicana, ya no puede suponer que su terapeuta hombre o mujer, incluso aunque sea de color o en el caso excepcional de que sea gitano, conozca o comparta su contexto cultural. La mayoría de los terapeutas, independientemente de su origen étnico, se forman en instituciones que son parte de la cultura dominante. En esas instituciones, no solo se ha descuidado el entrenamiento de los futuros terapeutas en cuestiones culturales, sino que en muchos casos, durante dicho entrenamiento se han reforzado estereotipos de género o raciales.

El género, la clase, la etnia, la cultura, la orientación sexual, combinados, van a moldear la experiencia de una familia y, por tanto la experiencia de la persona que crece dentro de ella (Kliman, 1994).

Un terapeuta sensible a lo cultural ha de reconocer el significado de la raza, la etnicidad, la orientación sexual y otras variables, además del género, que son críticas para comprender a las personas (Greene, 1994).

De modo consistente con las ideas de las terapias feministas de descubrir sesgos en las formas de entender y abordar los problemas de salud mental, está la sensibilidad a los aspectos culturales. Actuar de acuerdo a esa sensibilidad requiere que el terapeuta no solo entienda el contexto étnico y cultural del paciente y la influencia de éste en su vida, sino que entienda de modo explícito aquéllos aspectos de su propio contexto e influencia de éste en su propia vida.

El conjunto de las habilidades del terapeuta para trabajar con miembros de otras culturas se ha descrito como habilidades transculturales.

Para ejemplificar algunas de las formas de trabajar incluyendo esta sensibilidad, nos vamos a centrar en dos grupos de minorías: las personas de orientación sexual homosexual y las pertenecientes a minorías étnicas (minoría no en el sentido de número, sino en el de falta de poder, con respecto a la cultura dominante). Cuando dentro de estas minorías hablamos de mujeres, estas pueden estar sujetas a una doble discriminación, como mujeres y como miembros de un grupo asociado a baja posición y exclusión social.

En España esas minorías étnicas estarían representadas por los miembros de la raza gitana y por las mujeres inmigrantes (fundamentalmente mujeres) que en los últimos años han entrado en el país (latinoamericanas, norteafricanas).

Aunque como reconoce Worell (1992) cada situación es única, propone el reconocimiento de tres temas como fundamentales:

- la identidad etnocultural,
- las tensiones originadas de la experiencia del racismo a lo largo de la vida y
- cuestiones ligadas al género y al sexo

Las diferencias en la identidad cultural describen el grado en el cual los miembros de un grupo minoritario adoptan los valores y conductas de la mayoría de la población o se encuentran inmersos en las normas y estilos de su grupo étnico.

El modelo de desarrollo de la identidad cultural propuesto por Cross (1984, en Worell, 1992) describe cinco posiciones secuenciales que definen la forma en la cual la persona maneja el self en medio de dos culturas contrastantes. El conocimiento de la situación del paciente a lo largo de ese continuum puede ser de ayuda. Los cinco estadios incluyen:

Preencuentro: la persona intenta integrarse en la cultura dominante, con la consiguiente evaluación negativa de sí misma

Encuentro: La persona adquiere conciencia de su situación de perteniente a una minoría y siente rabia contra la opresión cultural de su grupo.

Inmersión: en el que la persona se sumerge y se encuentra orgullosa de su etnicidad y hostil hacia la cultura dominante.

Internalización: Cuando la persona es capaz de integrar las dos perspectivas.

Internalización/compromiso: Es la situación en la que la persona se compromete. Se puede traducir en conductas que impulsen cambios positivos en la comunidad.

Las ventajas de explorar el estadio de desarrollo de la identidad, ayuda a defenderse del riesgo de ver al paciente a través de estereotipos culturales y a considerar la integración individual, así como a considerar “lo cultural”, tanto como fuente de sus problemas, como de su fortaleza.

Problemas del terapeuta al trabajar con personas de otros grupos raciales y culturales pueden ser: la intolerancia, la ceguera para el color y el paternalismo (Worell, 1992).

La intolerancia puede ser consciente o no y reflejarse en la atención a los déficits, más que a las fuerzas etnoculturales. Puede llevar al terapeuta a percibir patología en lo que son estrategias de afrontamiento normales. Un problema así se refleja, por ejemplo, en la actitud de un terapeuta al percibir como “matriarcado dominante”, la estructura familiar de una mujer negra, donde se prima la cohesión familiar y el clan y donde son las mujeres las que lo llevan adelante.

La ceguera para el color, niega al paciente su libertad para explorar su experiencia de pertenecer a otro grupo racial o cultural. Llevaría al terapeuta a considerar experiencias reales de discriminación como distorsiones cognitivas, por ejemplo.

Finalmente la actitud paternalista refleja un abordaje marcado por la condescendencia. Para algunas autoras, se origina en un sentido de culpa colectivo y en su disposición para probar que “ella, la terapeuta, no es como otros blancos”. El paternalismo llevaría al terapeuta a justificar todos los problemas en base al orden social racista e impedir al paciente emprender otras exploraciones más personales del self en el contexto.

Comas-Díaz (1987, Worell 1992) describe un modelo para trabajar desde una óptica feminista, con mujeres de minorías étnicas, en el que considera fundamental trabajar conjuntamente los siguientes puntos:

1. Reconocimiento del efecto deletéreo de la experiencia de sexismo y racismo
2. Tratar los sentimientos de angustia y degradación impuestos por su estatus de minoría étnica.
3. Percibirse a sí mismos como agentes causales para conseguir soluciones a sus problemas
4. Entender el interjuego entre el ambiente externo y su realidad
5. Percibir oportunidades para cambiar las respuestas de la sociedad más amplia.
6. Integrar en su identidad los componentes étnicos, de género y raciales.

Un modelo similar al propuesto por Cross y adaptado por Worell, se podría utilizar con otras minorías como las que se definen por su diferente orientación sexual, como son los colectivos de personas gays o lesbianas.

El heterosexismo es, también, una forma de ver el mundo, un sistema de valores que precia la heterosexualidad, asumiendo que ésta es la única manifestación apropiada del amor y la sexualidad y devalúa la homosexualidad y todo lo que no sea heterosexual (Ellis, 1994, citando a Hereck, 1986).

La homofobia es el prejuicio, discriminación y hostilidad dirigido contra los gays y lesbianas por su orientación sexual (Ellis, 1994). Consecuencia de ello, es la falta de reconocimiento de sus derechos en nuestra sociedad o la frecuencia con que son víctimas de violencia y rechazo. Las mujeres lesbianas en particular son objeto de una doble discriminación, como mujeres en una sociedad sexista y como lesbianas en una sociedad homofóbica.

Hay algunos mitos que se mantienen acerca de las personas homosexuales, como por ejemplo, que son menos sanas, desde el punto de vista psicológico, que es un trastorno del desarrollo, que todas tienen una apariencia y conducta particular, que odian a las personas de diferente sexo o que no son capaces de mantener relaciones estables. Muchas de estas creencias son compartidas por los profesionales de la salud, que con frecuencia mantienen acti-

tudes negativas acerca de las personas gays y lesbianas, que pueden ser decisivas en el desarrollo de éstas (Worell, 1992).

Pedir a un terapeuta que incluya los principios feministas y de sensibilidad a lo cultural, no quiere decir que ese terapeuta tenga que ser mujer o pertenecer a la misma cultura que su paciente, sino que se refiere a una actitud de respeto y de voluntad de conocer el contexto vital del paciente y de sí mismo en profundidad.

4. ¿Qué formato de terapia es más útil en la construcción de la pauta desde el sistema de relaciones y creencias?

En nuestra opinión, no hay un único formato que plantear cuando la pauta-problema se construye desde el sistema de relaciones y creencias.

El formato de terapia, lo mismo que la pauta-problema, se construye conjuntamente, de modo que será la narrativa del paciente y lo que terapeuta y paciente avancen en las primeras consultas lo que determinará seguir con un trabajo individual, de pareja, familiar o grupal.

Hay ocasiones en que es nuestra propia costumbre en la consulta la que “impone” un formato determinado al paciente. A veces ese formato se deriva de un modelo determinado que si bien puede encajar con las necesidades de unos pacientes, no lo hace con las de otros.

En el tratamiento psicoterapéutico psicoanalítico no se contempla la inclusión de familiares en las sesiones de psicoterapia. En el tratamiento de familia sistémico de los primeros años, la terapia no se llevaba a cabo, si no acudían todos los miembros citados, porque se temían maniobras familiares que impidieran la buena evolución del tratamiento. Fueron años después, cuando los sistémicos empezaron a hablar de individuos a “redescubrir” al individuo (Viaro, 1990).

Muchas veces, paciente y familia están de acuerdo en entrar juntos a una primera consulta. Quizá porque viven el problema y, por tanto las soluciones al mismo, dentro de su contexto natural que es la familia.

Es el caso de una mujer deprimida, que siente su tristeza en relación con la reagudización de viejos conflictos con su marido. Es posible que ante una primera cita, esta mujer plantee ya, un contexto de tratamiento de pareja. Porque lo que siente como prioritario, como relato dominante de su malestar, tiene que ver con la relación con su marido. Si esa mujer ha pedido cita con un psicoanalista, le dirá que no, que su forma de trabajar excluye ese formato y que acudirá ella sola a la primera consulta. Si esa misma mujer con quien ha contactado es con un terapeuta sistémico, entenderá de maravilla su queja y le “concederá” su cita de pareja, aunque es posible que en una primera entrevista se empeñe en que venga toda la familia que convive en el núcleo familiar.

Si con quien se ha encontrado, esa misma mujer, es con un terapeuta cognitivo o conductual, la mujer acudirá o no con su marido al tratamiento, dependiendo de la estrategia de modificación de conducta o cognitiva que su terapeuta juzgue más apropiada. Por ejemplo, puede llamar al marido en calidad de colaborador en el tratamiento de la depresión de la mujer o puede diseñar una intervención de pareja con objeto de mejorar sus estrategias comunicativas y sus métodos de resolución de problemas.

En otro caso, la mujer puede vivir su depresión como resultado de sus dificultades para mantener relaciones sociales con sus compañeros de trabajo, y experimentarlo como una dificultad anclada en sucesos ocurridos en la infancia que desea hablar en un contexto individual. Sería magnífico que esta mujer contactase con un terapeuta psicodinámico, que entendería bien su propuesta, pero puede tener la mala suerte de haber consultado con uno sistémico, quien considera que esta mujer está boicoteando, a través de esta propuesta de tratamiento individual, la relación con su marido.

Globalmente, al paciente se le ofrece encajarse con escuelas más interpretativas, donde la responsabilidad de la sesión recae sobre todo en el paciente, frente a escuelas más prescriptivas, donde la estructuración de un plan de tratamiento y de la sesión es en la mayor parte responsabilidad del terapeuta.

Los pacientes en fases precontemplativas o contemplativas, tal como las describen Prochaska y DiClemente (1992), encajarían mejor con las primeras escuelas. Eso sería así, porque los pacientes en estas fases, tienen más dificultad para “psicologizar” sus problemas. Son estadios en los que se procesa menos información de este tipo y la persona tiene menos conciencia “psicológica” del problema, es decir, está menos abierta a percibir los relatos de su vida consonantes con la pauta-problema. Está, por tanto, menos abierta, a construir relatos alternativos a aquella narrativa que incluye la pauta-problema. En estas fases, se buscan intervenciones que tiendan a aumentar la conciencia psicológica sobre el problema. Se propiciará la expresión de sentimientos y emociones y la conexión entre acontecimientos y relatos inconexos. Cuando el paciente está en una fase posterior, listo para la acción, listo para emprender algún camino hacia el cambio, es más frecuente que busquen orientación y consejo. Estos pacientes encajarían mejor con el segundo tipo de terapeutas más prescriptivos.

En todos los casos son los terapeutas los que deciden el formato de la terapia a llevar a cabo.

Una alternativa a esta situación de consulta es la de tener uno o dos encuentros con la persona que demanda el tratamiento o con la paciente, previos a lo que la persona va a considerar psicoterapia. Efectivamente, pensamos que esos encuentros, en los que se produce la formulación del caso, son ya encuentros psicoterapéuticos. Finalizarán con el acuerdo de un contrato terapéutico.

Durante estas sesiones que hemos descrito como fases iniciales, el terapeuta definirá con la paciente la pauta-problema, a partir de la que se estructura la queja y el malestar, y acordarán el formato de terapia preferido: individual, de pareja, familiar o grupal.

Terapeuta y paciente han de contestarse a los siguientes interrogantes: ¿Trabajaré exclusivamente con el paciente?, ¿sería más adecuado establecer citas de pareja?, ¿si la intervención se llevara a cabo con la familia, mejorarían los resultados de la intervención?, ¿trabajar en un contexto grupal, aceleraría el proceso de cambio para los problemas que presenta el paciente?

La indicación del contexto de acción preferible para trabajar, como el resto de la psicoterapia, es un proceso dialéctico entre terapeuta y paciente o grupo de pacientes.

La indicación de terapia individual versus familia o grupo, en base sólo a características del individuo, tiene muchas limitaciones. A través de investigaciones empíricas se llegó a la conclusión de que las características del paciente, por sí solas, únicamente son capaces de predecir una mínima parte de aquellas personas que irán bien en el tratamiento. Nos referimos a características como el estado psicológico previo, tener expectativas positivas, el nivel de inteligencia y la cualidad de la relación humana. Sin embargo, las predicciones que tuvieron más éxito, fueron aquéllas que medían la cualidad de la implicación del paciente en las primeras sesiones de tratamiento. (Luborsky, 1988).

Si consideramos la elección del contexto de acción, como señalábamos antes, como un proceso dialéctico entre terapeuta y paciente, en un extremo de ese proceso podríamos colocar a aquéllos pacientes cuya versión del problema está tan sólidamente construida en torno a un argumento central determinado o relato dominante, que no encajarán con ninguna otra propuesta de tratamiento que no entronque con sus planteamientos iniciales.

Como ejemplo, el caso de una mujer que acude con un cuadro depresivo actual, que para ella tiene que ver con los malos tratos que sufrió en la infancia por parte de un padre autoritario. En el momento de realizar la consulta, la mujer estaba enfrentando, también, un periodo de distanciamiento con su pareja y la marcha de uno de sus hijos del hogar. Pese a esos desencadenantes más cercanos en el tiempo, esta persona no aceptó una indicación de tratamiento con su familia actual ni su inclusión en un grupo de mujeres deprimidas donde se discutían cuestiones ligadas a su rol como mujer en esta sociedad. Ella acudía con unos síntomas y con una versión sólidamente argumentada sobre lo que le sucede. Si el terapeuta, condicionado por su propia formación que propone una versión determinada del problema, plantea un salto a una narrativa distinta que no encaja con sus planteamientos previos, es posible que no se lleve a cabo el tratamiento, que la persona abandone o que acabe en un fracaso o en una situación peor que la de inicio. El terapeuta en cambio, aceptando esta versión de partida, puede plantear a esta mujer un trabajo conjunto de revisión de sus relaciones pasadas y progresi-

vamente ver como esas pautas-problema, construidas desde la historia biográfica, están influyendo en su vida actual y en sus síntomas. De este modo, el terapeuta le propondría a su paciente y en un principio, un formato de terapia individual, en la que se pretendiera resignificar situaciones ocurridas en su infancia. Si la terapia se lleva a cabo con éxito, es posible que terapeuta y paciente se despidan habiéndose producido cambios positivos en la pauta-problema de consulta, suficientes, como para que la depresión ya no esté presente en su vida.

También hubiera podido ocurrir que, durante el trabajo terapéutico, esta misma mujer hubiera llegado a construir una historia alternativa que ahora sí incluya sus relaciones de familia actuales, de forma que el terapeuta pudiera indicar con éxito una intervención de pareja.

En el extremo opuesto del proceso dialéctico terapeuta-paciente, estarían otras personas que acuden con síntomas o quejas, para las que están iniciando diversas explicaciones. En estos casos, las personas están más abiertas a escuchar visiones alternativas. Es, entonces, posible, que el paciente acepte cualquier formato de terapia propuesto por el terapeuta.

En sus estudios empíricos, Luborsky (1988) llegó a la conclusión de que era la cualidad de la implicación del paciente en las primeras sesiones, lo que mejor predecía el resultado del tratamiento. Este factor se podría considerar un marcador indirecto del proceso de encaje inicial entre la versión propuesta por el paciente y la respuesta del terapeuta a esa propuesta. Si esta sintonía no se produce será imposible o muy difícil el desarrollo de la alianza terapéutica, que es el factor que con más constancia se ha relacionado con la predicción de resultados en psicoterapia (Strupp, 1978, 1989).

Que sea factible el tratamiento dependerá de que la llave del terapeuta encaje en la cerradura del paciente y consiga abrirla. Dependerá pues, de que se produzca un encaje estructural entre el terapeuta y su propuesta o versión del problema y el paciente (y su entorno) y la suya.

Podemos aceptar que habrá contextos de intervención más adecuados para llevar a cabo determinadas tareas, mientras que otras, según las circunstancias, pueden desarrollarse en uno o varios contextos sucesiva o simultáneamente. Por ejemplo, si una paciente enfrenta la tarea de la clarificación de la comunicación con su pareja, junto con cuestiones de equilibrio de poder y de rol de género en nuestra cultura occidental, el contexto de elección puede ser el de pareja. Si, por el contrario nos encontramos con un adolescente con problemas para conseguir su autonomía y diferenciación y relacionarse adecuadamente con sus compañeros de colegio, es posible que las intervenciones más adecuadas, al menos en el inicio del tratamiento sean las familiares y/o la inclusión en un grupo de jóvenes cuyos miembros atraviesen una etapa vital similar.

Las demandas por motivos de salud mental en los niños, se canalizan con mayor frecuencia en contextos de tratamientos familiares. El niño y la

niña, por su propia etapa de desarrollo, no han llegado a una diferenciación de sus figuras significativas, por lo general los padres y su familia nuclear. Con frecuencia los síntomas infantiles hacen las veces de correa de transmisión de los problemas familiares. Citar a toda la familia en un encuadre más estructurado o el trabajo con la madre o ambos padres son los enfoques más frecuentes.

Durante la etapa de adolescencia, el encuadre familiar del tratamiento también es frecuente. Si no se utiliza como único encuadre, es frecuente que se considere durante las fases iniciales. Puede estar indicado, cuando hay problemas de conducta, que pueden estar señalando una falta de límites o el reclamo de la presencia de una figura significativa (usualmente uno de los padres). Cuando hay una situación de conflicto en el que el adolescente aparece aislado del resto de la familia y en abierta oposición, el enfoque familiar puede ayudar a acercar posiciones y consensuar normas. También a poner de manifiesto de una forma contundente durante la entrevista la relación entre los síntomas y el contexto interpersonal, ayudando a la corresponsabilización de todos en el tratamiento.

En ocasiones la adolescencia de los hijos señala una momento clave en la etapa vital familiar, pues a través de signos físicos (el crecimiento y desarrollo de caracteres sexuales) y signos de conducta (la búsqueda de intimidad, las opiniones diferentes, las salidas fuera del hogar), la familia enfrenta la entrada en una etapa diferente. El encuadre familiar puede ayudar a permitir el crecimiento de los hijos, sin olvidar la ayuda que los padres necesitan para encarar la etapa siguiente, la madurez y el reencuentro de la pareja de nuevo a solas.

Es posible que tras la intervención familiar el adolescente, o algún otro miembro de la familia pase a un formato de tratamiento individual, o que en algunos casos se puedan mantener entrevistas individuales y familiares de forma secuenciada.

Esta transición de un paradigma sistémico (que solo aceptaba el trabajo en contextos familiares) a un paradigma integrador, se extiende hoy por todo el campo de la terapia familiar (Mikesell, 1995; Hanna, 1998) Como señala Andolfi, los miembros individuales de la familia no están totalmente determinados por el sistema, sino que contribuyen de forma activa a determinar sus características y equilibrios (Andolfi, 1985).

Los encuentros familiares en el contexto de una terapia familiar o intercalados en el curso de una terapia individual, son encuentros movilizadores y, por tanto, sirven de ayuda también en aquellos casos en los que la evolución individual está estancada y pueden impulsar el paso de una actitud más precontempladora a un estadio más preparado para la acción.

El rol del terapeuta

Como antes hemos señalado, la actitud y conducta del terapeuta sigue unas líneas generales comunes a la construcción de la pauta, ya sea desde la historia biográfica, el pensamiento, la conducta o el sistema de relaciones y creencias.

El modelo de terapia propuesto es un modelo basado en una relación terapéutica

1. igualitaria
2. no directiva
3. exploratoria.

1. Relación igualitaria

Relación igualitaria porque el terapeuta, es experto, pero un *experto en la habilidad de mantener un tipo de conversación, la psicoterapéutica*. Así, para Anderson y Goolishian (1988) el terapeuta es, sobre todo, un *experto conversacional*. El papel del terapeuta es el de guiar la conversación a través del intercambio de narrativas.

A través de esta conversación, el terapeuta actúa como *facilitador del cambio*.

Pero el terapeuta no es la persona cuyos conocimientos le van a descubrir al paciente aspectos que él desconoce de sí mismo. Ahí volvemos a citar la

idea de paciente como “experto de sí mismo”. Desde una posición más igualitaria en la relación, el terapeuta da más importancia a la narrativa con la que la persona acude a terapia.

En esta narrativa, estará contenido tanto el problema como las posibles soluciones al mismo. Si un paciente acude a la consulta, como en un ejemplo citado en otro lugar, diciendo *que no duerme desde que era niño*, nos está transmitiendo, por un lado, la queja de no dormir, por otro nos está dando una incipiente pista de cómo entiende él el problema y, por tanto, las soluciones a poner en práctica para mejorarlo. Hay veces, sin embargo, que las soluciones a plantear con el paciente pueden requerir giros de 180 grados, con respecto a las ya intentadas (Segal, 1991). Pero el terapeuta no ha de ofertárselas “hechas” al paciente, sino que ha de co-construirlas con él o ella.

2. Relación no directiva

Si el terapeuta no es “el que conoce” frente a un paciente que es “el que no sabe”, es fácil deducir que la relación no va a ser una relación directiva. No lo es porque *no hay una dirección unilateral del proceso*. La guía de la psicoterapia se comparte con el paciente y se respetan los caminos preferidos por él o ella para llegar a cambios preferidos en sus narrativas.

La terapeuta tiene la responsabilidad, como experta conversacional de generar preguntas, que generen a su vez cambios en la forma de percibir, sentir o pensar acerca de una pauta-problema. Para ello, como señalamos en el capítulo dedicado a las técnicas, tiene la responsabilidad de entrenarse en la generación de esos cambios a través de estrategias generales y estrategias integradoras, así como de técnicas transformativas, ya sean verbales o no verbales.

Pero mantener una relación no directiva, también implica una actitud de flexibilidad por parte del terapeuta. Este ha de estar dispuesto a corregir el rumbo y cambiar de dirección, para adaptarse a las necesidades de cada paciente o a la evolución de las necesidades de un mismo paciente.

Esta actitud se refleja en nuestra propuesta de construcción de pautas *desde* distintas posiciones y a partir de la narrativa del paciente. Ser capaz de dialogar para facilitar cambios en un paciente desde su historia biográfica o ser capaz de hacerlo con otra paciente, para construir una narrativa de cambio desde el sistema de relaciones, exige del terapeuta un alto nivel de preparación y entrenamiento y una actitud de gran flexibilidad.

Habrà terapeutas que consigan con facilidad esa versatilidad y otros que se sientan más cómodos trabajando desde una sola posición desde la que construir la pauta. Es posible. Pero lo que resulta más importante, es que

nuestro estilo propio, en el que nos sentimos más a gusto trabajando, no se convierta en una imposición para el paciente. Eso nos trae de nuevo a la insistencia de que la relación terapéutica no es una relación directiva. La relación terapéutica es, por el contrario, una *relación participativa*, que se basa en una *actitud de flexibilidad* por parte del terapeuta.

3. Relación exploratoria

Decir que la relación terapéutica no es directiva, no quiere decir que el terapeuta adopte un papel de pasividad. El terapeuta mantiene un *rol activo*. Una de sus responsabilidades más importantes será la de establecer y mantener durante todo el proceso una *relación exploratoria*.

Por exploratoria entendemos una relación en la que el terapeuta adopta una actitud de *curiosidad activa*, que le lleva a preguntar con “genuina ingenuidad”. Este trabalenguas que nos hemos permitido, sintetiza algunas de los roles y actitudes del terapeuta. Es ingenuo, porque “no sabe”, es el paciente el que más sabe sobre sí mismo y sobre sus relaciones. No saber, a un ingenuo, le lleva a preguntar. Es por eso que el terapeuta mantiene una actitud exploratoria. Y explora a través de la creación de preguntas que generan nuevas perspectivas de ver el problema, donde el sufrimiento no esté presente.

Pero toda esa actividad se canaliza a través de una relación, en la que el terapeuta es capaz de transmitir interés genuino por los problemas del paciente.

De ese modo, la terapeuta no es neutral. Intentarlo la llevaría a mantener una relación de mayor distancia emocional con su paciente. Además no es posible la neutralidad, desde una perspectiva constructivista, porque la idea de neutralidad, lleva implícita la posibilidad de ocupar una posición de observación fuera de aquello que es observado.

El terapeuta no es el dibujante que se coloca encima de una montaña intentando plasmar un mapa del territorio que dibuja. Ni siquiera este hipotético dibujante puede hacer un mapa que no diga cosas de sí mismo y de su estilo personal de dibujar. Pero en psicoterapia no es posible mantener una actitud de neutralidad, tal como la entendieron los primeros terapeutas familiares, porque esa excluye la implicación emocional del terapeuta e incluye la búsqueda de una realidad, fuera del ojo del que la observa.

La terapeuta es la *abogada del paciente*. Para mantener una relación como la descrita, el terapeuta ha de poder empatizar con la posición de la paciente y comprenderla, al mismo tiempo que es capaz de reflejarle una imagen positiva de sí misma.

Para hacerlo, el terapeuta se esfuerza en encontrar una intención positiva detrás de la conducta de la pauta-problema. Como ejemplo, sirve el caso de la connotación positiva de la conducta anoréxica de una adolescente.

A la paciente y a su familia, se le transmite que “no comer” es la forma que ella ha encontrado para proteger a su familia de una futura separación para la que no están preparados y que, sin duda se produciría si ella crece y abandona sus síntomas.

A veces se puede malinterpretar lo anterior y pensar que encontrar una intención positiva a la conducta derivada de la pauta-problema, significa justificar cualquier conducta por parte del paciente o excluir a éste de su responsabilidad, o animarle a que lo siga haciendo. Eso no es así. Habrá casos en que el terapeuta considere que es necesario señalar al paciente los límites o las implicaciones que su conducta pueda tener. Esto ocurre, por ejemplo, en situaciones de malos tratos, donde la actitud de abogado defensor del terapeuta ha de incluir la defensa de los intereses de las demás personas implicadas en un papel de víctimas y la defensa del propio paciente, a quien, al mismo tiempo que se le limita, se le ayuda a encontrar otras versiones y alternativas a su conducta.

A continuación relatamos un ejemplo de la clínica:

José Luis es un varón de 32 años que acude a la consulta tres meses antes de la sesión que comentamos más adelante, por intensos sentimientos de angustia y molestias somáticas erráticas para las que se había descartado tras repetidas exploraciones físicas, causas orgánicas. Durante las primeras entrevistas insiste fundamentalmente en la posibilidad de una enfermedad grave de índole físico o quizás mental que le hace actuar con las personas de forma diferente a cómo él es realmente.

Esta afirmación le abre al terapeuta la posibilidad de explorar con él su mundo relacional casi por primera vez. Expresa una mala relación con su mujer, reagudizada en los últimos meses coincidiendo con su petición de consulta. Lo que primero relata “como de pasada”, minimizándolo, se va convirtiendo en el foco de la entrevista actual. Hace tres años estuvieron separados durante unos meses tras un grave enfrentamiento en que el paciente agredió físicamente a su mujer. Después de la reconciliación mantuvieron mejores relaciones durante unos meses, pero inmediatamente comenzaron de nuevo las peleas y las agresiones esporádicas. Su mujer había iniciado un mes antes los trámites de separación y él le había amenazado seriamente con agredirla si ésta se producía. José Luis atribuye lo que él reconoce como un trato brutal hacia su mujer, a su enfermedad “mental o física” que le hace cambiar de carácter:

JL: No soy yo, me vuelvo loco. Me deberían mirar en la cabeza. Me entra una rabia muy grande, me cabreo, me mosqueo cuando me dice que me planche mis camisas, después de llevar todo el día trabajando o cuando llego y no tengo la cena preparada..

T: Pero José Luis, me está Ud. diciendo que su mujer ha iniciado los trámites para separarse y que Ud. se niega a ir al abogado o a dar cualquier paso en ese sentido...

JL: La que se quiere separar es ella, yo no pienso hacer nada, que lo haga ella. Que se vaya si es lo que quiere..

T: ero llegará un día en que tengan que ir a juicio y Ud. o ella saldrán de casa, en general suele salir el que no se queda con la tutela de los hijos..

JL: Ya veremos si llega ese día, si no le parto la cara o cualquier cosa antes... (se irrita)

T: Es posible que le enfade mucho esta situación si Ud. no desea separarse, pero si uno de los dos lo desea, sea Ud. o ella, es suficiente. Ud. no puede conseguir cambiar la voluntad de ella y mucho menos agredirla.

JL: Pero si yo pierdo la cabeza, me salgo de mí, no se que me entra... Yo no tengo la culpa de ello.

T: (Con amabilidad y firmeza) yo creo que Ud. puede controlar sus actos y una regla para continuar el tratamiento ha de ser la de no agresión a su mujer. Esa es una regla de partida. Si Ud. la daña, tendrá que enfrentarse con las consecuencias de sus actos en un juicio y puede ir a la cárcel.

JL: Pero Ud. está viendo que yo no estoy bien.

T: Efectivamente creo que no está bien y que necesita ayuda y de eso, y de cómo hacerlo estamos hablando. Pero el que esté atravesando un bache difícil, no quiere decir que no sea responsable de sus actos. Yo nunca apoyaría algo así..

JL: Voy a pedir el cambio de psiquiatra, Ud. no está de mi parte, está en contra mía.

T: No en absoluto. Mi mayor interés aquí es ayudarle, pero no lo haría si no le planteara claramente los límites y las consecuencias de una hipotética agresión. Además creo que si usted está aquí es porque desea ayuda para controlarse. Puede Ud. pedir el cambio de psiquiatra, pero antes merece la pena que hablemos de lo que le ha irritado tanto.

JL: (Con un tono más triste) no creo que vaya a hacerle nada a mi mujer. No piense que yo soy solo así, yo soy una buena persona, de verdad. La gente me conoce por simpático, en mi trabajo en la tienda soy el más amable con los clientes... Pero al llegar a casa soy otro.. Lo peor es que me está pasando ya con mis hijas, es como si no me importasen, como si quisiera hacerle daño a ella también a través de mis hijas.

T: Pero Ud. ha tenido una relación muy buena con sus hijas, incluso el otro día me dijo que para Ud. era muy importante ser un padre diferente al que Ud. había tenido.

JL: Es verdad y lo que estoy consiguiendo es parecerme cada vez más a él. El caso es que no era malo. Casi no recuerdo nada de mi infancia, solo el terror que tenía cuando llegaba a casa, la bebida lo transformaba y la emprendía con nosotros, sobre todo conmigo... (se calla irritado)

T: ¿Cómo se siente, ahora, al recordar la relación con su padre?

JL: Muy mal, casi no recuerdo, ¿sabe lo que se me viene a la cabeza? A mi padre arrancándome las costras de la varicela (llora) es de los pocos recuerdos que tengo. Pero no era así siempre..

T: Por eso también le ha querido.

JL: También recuerdo cuando trabajaba con él, la canción que cantaba. También la canto yo ahora. Pero es curioso, porque me siento rabioso contra mi madre. Fíjese, la pobre...

T: Rabioso contra su madre.

JL: (Irritado de nuevo) sí, que no me hubiera defendido, que no nos hubiera sacado de allí... (llora).

T: ¿Es la misma irritación que siente ahora también contra su mujer?

JL: (Abatido) puede que sí, que me cabrea portarme mal y que no reaccione, que no las defienda (a las niñas). Para mi madre fue distinto. Era otra época y no podía irse, pero ella ahora...

En esta secuencia se pone de manifiesto como la terapeuta pone límites claros a la conducta de maltrato del paciente, al mismo tiempo que busca la comprensión de esa misma conducta desde la historia biográfica del paciente. La “intención positiva” del paciente es difícil de construir en este caso, por

las implicaciones éticas que nos llevan a ponernos del lado de la víctima. Pero si, después de señalar los límites con el objetivo de cuidar de la seguridad de las víctimas potenciales, somos capaces de ver otros aspectos ocultos tras la conducta agresiva, será posible devolver al paciente una imagen distinta de sí mismo, necesaria para que deje de ser un agresor. Por ejemplo, podemos seguir con el paciente la exploración de sus sentimientos como víctima infantil que fue, en el pasado, de una conducta paterna similar a la suya actual y como su “intención positiva” de no volver a ser víctima, le lleva a colocarse del lado de los agresores. En el mundo de ese paciente la experiencia de mantener una relación de intimidad le lleva a uno de dos extremos: o ser víctima o ser verdugo. En su desconfianza de que algún día pueda cambiar esa narrativa que mantienen acerca de sí mismo, y sentirse él diferente en la relación, utiliza la agresión para separar de él a las personas que también pueden ser su principal ayuda, sus hijas. Evidentemente, este caso puede suscitar muchos otros caminos de construcción de nuevas historias, pero éstas, las derivadas de hacer visible aspectos positivos de su conducta, profundamente enterrados detrás de su conducta agresiva, son imprescindibles de construir para que el proceso psicoterapéutico siga adelante.

Pero, sin duda, algunos aspectos del rol de terapeuta han de adaptarse y cambiar para encajar más adecuadamente con una narrativa que con otra. Es por eso que en cada uno de los apartados dedicados a la construcción de pautas específicas, incluimos un comentario sobre el rol de terapeuta desde cada una de las posiciones terapéuticas señaladas

Proceso de transformación de pautas-problema. Estrategias del cambio

1. ¿Qué es el cambio?

Vivir nos enfrenta, como personas, a un cambio permanente. Pero junto a la experiencia de cambio, vivimos alojados en una experiencia simultánea de identidad. Cambio e identidad, el ser otro y el mismo, a la vez, están presentes en la experiencia de evolución del ser humano. Sin la experiencia de cambio, la persona no podría pensarse en un futuro, no podría concebir un futuro donde todo permanecería inmutable. Aunque tampoco podría reconocerse como persona distinta en el pasado. Sin la experiencia de identidad, no podríamos reconocernos como las personas que fuimos en el pasado, pero tampoco proyectarnos en el futuro. Sin el sentido de ser “el otro y el mismo”, a la vez, el presente estaría compuesto de instantes aislados, sin conexión con el pasado ni con el futuro.

Quizá eso es lo que pretende reflejar el proverbio francés “*ça plus change, ça c’est la même chose*” (cuanto más cambia algo, más es lo mismo), donde se pone de manifiesto la relación paradójica entre cambio y permanencia.

Que el cambio está en nosotros y a nuestro alrededor, formando parte indisoluble de la vida, es una idea que se recoge en las más remotas preocupaciones filosóficas. Basta recordar la célebre frase de Heráclito, (en el siglo IV, 540-480 a. de C), cuando decía “Todo fluye”, por eso no podemos “descender dos veces al mismo río”, pues al bajar al río por segunda vez ni yo ni el río somos los mismos.

Es por eso que las diferentes propuestas de cambio en psicoterapia no deberían de limitarse exclusivamente al cambio que ocurre como resultado de la intervención del terapeuta, sino que habrían de ser capaces de ofrecer una explicación del cambio que ocurre espontáneamente, como resultado de la evolución personal o en el curso de la vida cotidiana y en cualquier caso, fuera del ámbito de la psicoterapia.

Tanto el cambio que resulta de una intervención psicoterapéutica como el cambio fuera del ámbito de la psicoterapia, o cambio espontáneo, puede experimentarse como un proceso de salto radical o de todo o nada, o, con más frecuencia, como un proceso gradual, que se prolonga en el tiempo durante el cual la persona va completando una serie de tareas y objetivos, más o menos explícitos según los casos. Como se ilustra en un pequeño texto de Borges, que ya citamos en otra ocasión (Borges, 1996), el cambio puede estar compuesto de gradaciones tan sutiles que ocurra, sin que tengamos conciencia de su propio proceso: “... *Cada cien pasos una torre cortaba el aire; para los ojos el color era idéntico, pero la primera de todas era amarilla y la última escarlata, tan delicadas eran las gradaciones y tan larga la serie...*”.

Como señala Prochaska y DiClemente (1992), en el curso de la vida cotidiana, las personas ponen en juego toda una serie de mecanismos de cambio al enfrentarse a diferentes situaciones. Estos mecanismos pueden ir desde la toma de conciencia de un problema, a la expresión de las emociones entorno a él, a la previsión de las consecuencias de una conducta determinada, la búsqueda de apoyo en personas cercanas o al aprendizaje de habilidades deficitarias. Estos son solo algunos de otros muchos procedimientos que habitualmente utilizamos para hacer frente a distintas situaciones.

De acuerdo con estos autores, nosotros también nos preguntamos por qué en psicoterapia hasta muy recientemente y en contra de esta forma habitual de actuación, las propuestas de los diferentes modelos se basan en la utilización de solo uno o dos de estos procesos de cambio (Kriz, 1990).

Así, por ejemplo, dentro del pensamiento psicodinámico tradicional, el cambio se entiende como consecuencia del insight, en los primeros trabajos de Freud (1894) o como consecuencia de la nueva experiencia emocional correctora de otras anteriores y facilitada por el analista al paciente, como en los trabajos de Alexander y French (1946).

Para las terapias existenciales o humanistas, el cambio se produce gracias a la nueva experiencia que el paciente tiene “por y con” el terapeuta. En el caso de las terapias Rogerianas (Gold, 1996) la incondicional consideración positiva del terapeuta hacia el cliente, junto con la calidez, empatía y congruencia del terapeuta son los factores que hacen posible que el cambio ocurra.

En los modelos conductuales se subraya la importancia de los procesos de aprendizaje, mientras que en los modelos cognitivos, se da más importancia a las nuevas formas de percibir la realidad para que el cambio tenga lugar (Gold, 1996).

Así es que en cada propuesta de intervención psicoterapéutica, se plantea la explicación de los mecanismos que llevan al cambio basándose en uno o dos procesos.

2. El cambio se produce a través de la conversación terapéutica

Desde nuestra perspectiva integradora, el cambio tiene lugar a través de un modelo más general, en el que estarían incluidos todos los demás procesos. En cada caso, entre el terapeuta y el paciente, la pareja, la familia o el sistema consultante de que se trate, se construye, a través de la conversación terapéutica, un relato alternativo, que permite incluir nuevas experiencias y significados.

A través del proceso psicoterapéutico, va adquiriendo “carácter de realidad”, una nueva narrativa que surge de la interacción terapéutica. En esta nueva narrativa o nuevo relato, se hacen inviables las actitudes y conductas que caracterizaban a la narrativa de consulta. Es decir, pierde fuerza y se difumina la narrativa que lleva al paciente a demandar ayuda, una narrativa cargada de sufrimiento, pero dominante en la vida del paciente hasta entonces. Sería el caso, por ejemplo, de un paciente con una fobia al ascensor, cuya narrativa inicial de miedo e incompetencia para subir en uno de estos aparatos al piso 20 de su oficina, se transforma, a través de una terapia que alienta la exposición, en una narrativa de capacidad y valor para combatir los miedos. En esta nueva narrativa, la evitación ya no sería posible.

En este modelo de terapia la relación terapéutica es, como señalábamos antes, una relación igualitaria, no directiva y exploratoria.

En el primer encuentro terapéutico y a través del lenguaje, es decir, durante la conversación, el terapeuta ayuda al paciente a construir la narrativa que incluye la pauta-problema por la que la paciente llega a la consulta. Para hacer eso, resalta unos relatos y no otros, propicia asociaciones entre secuencias relacionales próximas en el tiempo o consonantes con escenas de la biografía pasada. En un ejemplo clínico concreto,

La terapeuta va a centrar la conversación en la relación de la paciente bulímica con su madre, va a relacionar el comienzo de sus síntomas con la inapetencia y los vómitos que presentaba su madre antes de su diagnóstico de cáncer de esófago y encontrará escenas consonantes en la biografía de la paciente que ponen de manifiesto la dificultad que ha tenido la familia para enfrentar situaciones de separación y diferenciación.

Así, para Anderson y Goolishian (1988) el terapeuta es, sobre todo, un experto conversacional. El papel del terapeuta es el de guiar la conversación a través del intercambio de narrativas. Como señala Sluzski (1992), las narrativas son sistemas semánticos autoregulados que contienen una trama (el qué), unos personajes (quienes) y un escenario (donde y cuando). Estos componentes generan y mantienen la cohesión de la historia, al mismo tiempo que son mantenidos por ella, impidiendo las posibles explicaciones alternativas. Cualquier alteración no trivial en el contenido de una historia, así como en la forma de contarla, desencadenará cambios en la trama, personajes, escenario y tema. De esa forma, cualquier cambio importante en los relatos dominantes afectará a la manera en que se conciben, perciben, describen, explican, juzgan y representan los problemas. Tal cambio proporcionaría el acceso a nuevas soluciones.

Pero no todas las narrativas son igualmente válidas para situaciones similares, ni cualquier narrativa tiene la capacidad de generar cambios durante la conversación terapéutica.

La narrativa emergente del encuentro terapéutico, que sea válida para el paciente y que hace innecesario el síntoma, habría de ser (Fernández Liria, 1997, 1998):

- Lo suficientemente diferente de la propuesta por el paciente para que el síntoma sea inviable o innecesario. Por ejemplo, una narrativa de *“mareo cuando salgo de casa”*, en la que la paciente está convencida de sufrir un problema de circulación cerebral”, se puede convertir en *“nerviosismo por faltar de casa, donde se queda mi marido enfermo”*, y/o *“culpabilidad cada vez que salgo a la calle, y me siento aliviada de abandonar, por un rato, el cuidado de mi marido enfermo”*, o muchas otras posibles narrativas, únicas en cada caso, pero que marcan una diferencia significativa para la paciente.
- Lo suficientemente semejante a la original para ser creíble y aceptable por el paciente. La misma paciente del ejemplo anterior, puede aceptar la versión de *“nerviosismo por faltar de casa, donde se queda mi marido enfermo”* y no otra narrativa, también plausible, pero mucho más alejada de lo que es la narrativa original, como sería, por ejemplo: *“ser una persona con un sistema de censura muy rígido”*.
- Integradora de elementos del mundo del paciente suficientes para permitir prever, plantear y resolver los problemas que van a suscitar las exigencias previsibles del mundo sin ser cuestionada. La misma paciente, estará en condiciones de integrar una nueva narrativa que le permita continuar con el cuidado de su marido, pero permitiéndose espacios de descanso en esa dura tarea. Para esta mujer, fue posible aceptar *“darse descansos”* a través de la necesidad de cuidado de otro, en este caso, el cui-

dado de su perro. Consiguió aceptar separaciones de la casa donde permanecía su marido, dándose largos paseos con su perro.

- Creíble por el terapeuta. Como más adelante repetimos en otra sección, la terapeuta ha de transmitir sinceridad, genuinidad y convicción en el encuentro con la paciente.
- Compatible con los valores prevalentes en el entorno en que el paciente va a convivir. En el ejemplo anterior, tal como esta mujer vivía su religiosidad, le hacía imposible contratar a personas que la descargaran del cuidado de su marido, al que estaba dedicada a tiempo completo.
- No puede ser ofertada por el terapeuta. El terapeuta puede caer en la tentación de ir demasiado deprisa o de no construir junto con el paciente, la nueva narrativa, de modo que lo que hace es ofertar una narrativa, dársela hecha. En este caso, el paciente puede experimentar esa nueva versión, como si estuviera fuera del ámbito de su experiencia y, por tanto, como ajena a su self. Es decir como una versión “*que le colocan desde fuera*”. Mientras que cuando el proceso es de construcción colaborativa de la narrativa del problema y de sus posibles soluciones, el paciente vivirá esa versión como parte de su sí-mismo y, en consecuencia, sintónica con su funcionamiento psicológico y la experiencia previa de quien es él o ella.

La tarea del terapeuta no es ofrecer una versión determinada del problema sino cuestionar la consistencia de la versión inicialmente planteada por el paciente y ayudarle a explorar posibles significados alternativos de los elementos que la integran.

Desde la primera sesión en psicoterapia, el terapeuta está obligado a hacer continuas elecciones entre una multitud de caminos posibles. Señalamos una frase y no otra, resaltamos la importancia de una actuación o la asociamos con un episodio evocado del pasado. Como terapeutas, nos adaptamos a las necesidades del otro para ser, en el encuentro terapéutico, algo de lo que el otro anticipa que seamos. Una narrativa no está nunca cerrada, en cuanto a su significado. Como cualquier acto comunicativo no tiene un sentido único. Su existencia está en función de la comunicación del paciente con el terapeuta y con sus otros significativos en un contexto cultural determinado.

En ese viaje de ida y vuelta que es la comunicación, el terapeuta y los otros integran esa narrativa en el contexto de sus conocimientos y experiencia.

En ese papel, desde la confusión inicial de la narración que trae el paciente, el terapeuta señalará caminos de significados nuevos. Encontrar “senderos o versiones diferentes” supone proponer nuevas preguntas a las ya planteadas por el paciente.

Todo acto comunicativo encierra “aquello que se dice”, junto a lo que Gadamer llamó “la infinitud de lo no dicho” (Gadamer, 1977). Incluso en el relato más pormenorizado de una serie de acontecimientos, “lo no dicho”, supera con creces lo explícitamente transmitido. Esta “infinitud de lo no dicho” es lo que posibilita la construcción entre terapeuta y paciente de los significados nuevos (Anderson, 1988).

Pensemos por ejemplo, en que los acontecimientos del pasado no se pueden cambiar, pero sí puede cambiar la forma de ver y sentir el pasado. Un adulto, que ha sufrido en su infancia situaciones de privación afectiva importantes, que, obviamente no puede modificar, si puede conseguir, a través de la psicoterapia, reconciliarse con el recuerdo de una madre estricta y dura, y que pasaba largas horas en el trabajo fuera de casa, al mismo tiempo que puede empezar a verse a sí mismo como una persona cuya fortaleza, le llevó a salir adelante en una situación difícil. Hasta entonces, este paciente se consideraba exclusivamente como víctima, que sin duda fue, de esa infancia desgraciada, pero imposible de cambiar. Reconocer su papel de víctima, también puede llevar implícito el reconocimiento de su papel de superviviente, que abre la posibilidad de una narrativa de sí mismo distinta, que incluye fortaleza y competencia y no solo debilidad e indefensión.

En nuestro modelo integrador, el cambio se produce a través de la conversación con un experto, el terapeuta. El terapeuta es un experto conversacional (Anderson, 1988).

Pero esa conversación, la terapéutica, no es una conversación cualquiera. Como conversación especial sigue unas directrices generales, aceptadas por la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, y unas directrices más específicas, en las que se ponen en juego estrategias integradoras.

De modo global, la intervención psicoterapéutica se estructura entorno a unas estrategias generales, basadas en los factores comunes, y otras más específicamente integradoras, que denominamos acompañamiento y guía de la narrativa del paciente.

En su empeño, para co-construir con el paciente o pacientes una narrativa distinta, el terapeuta ha de estar entrenado en manejar una serie de técnicas que hemos denominado, como Sluzski, transformativas y que, a efectos de claridad, hemos diferenciado en técnicas de acompañamiento y técnicas transformativas verbales y no verbales.

A lo largo de este capítulo dedicado al cambio describiremos:

3.2.3. Estrategias generales

3.2.4. Estrategias integradoras:

3.2.4.1. Acompañamiento y guía de la narrativa

3.2.4.2. Estadios de cambio

3.2.4.3. Niveles, organización y contexto significativo de la pauta-problema

En el capítulo siguiente (3.3) dedicaremos un apartado para hablar de las técnicas: Distinguiremos técnicas:

De Acompasamiento
 Transformativas Verbales
 Transformativas No verbales

No hay que confundir, que lo que en este texto se separa con el objetivo de conseguir una mayor claridad en la exposición del proceso psicoterapéutico, ocurre, durante la interacción con el paciente, de modo simultáneo. Estrategias basadas en los factores comunes y estrategias integradoras basadas en el acompasamiento y la guía de la narrativa, se ponen en marcha conjuntamente.

3. Estrategias generales: factores comunes

Las estrategias generales se pueden considerar como estrategias de activación de los factores comunes. Siguen los trabajos pioneros de Alexander y French (1946), Dollard y Miller (1950) y los de Frank (1971, 1973).

Este último autor, había descrito como factores comunes a todas las intervenciones psicoterapéuticas las siguientes:

- Una relación cargada de emoción en que una persona busca ayuda y la otra la presta.
- Un “mito terapéutico” (teoría y explicación) que facilita una explicación del trastorno y un método para tratarlo
- Facilitar información nueva sobre los problemas del paciente, formulada en términos del mito terapéutico.
- El uso de las cualidades personales del terapeuta con el fin de reforzar las expectativas de ayuda del paciente
- El desarrollo de la esperanza y el aumento de la sensación de autodomínio y control. El esfuerzo se centra en cambiar la imagen que el paciente tiene de sí mismo como un ser abrumado por sus síntomas por una imagen en que se vea como un ser capaz de afrontar los problemas psicológicos.
- facilitación de la activación emocional.

Para Frank el núcleo del éxito terapéutico consiste en la capacidad para “despertar la esperanza del paciente, reforzar su autoestima, activarlo emocio-

nalmente y fortalecer sus lazos con un grupo de apoyo, a través de las diversas características que la mayoría de los métodos comparten” (Frank, 1971, 1973)

Para la mayoría de terapeutas integradores, el clima emocional de empatía y aceptación, provee al paciente de un nuevo sentido de autoestima, confirmación, autoaceptación y es un ingrediente significativo para la desconfirmación de viejos y disfuncionales pensamientos, sentimientos y opiniones (Gold, 1996). Como señala Otto Allen Willi, demostrar un profundo respeto hacia la otra persona, no sólo va a suscitar sentimientos recíprocos de respeto, sino, y esto es la consecuencia más importante para nosotros, algunos sentimientos de acrecentado respeto hacia sí mismo (Sullivan, 1944).

Basándonos en el trabajo de Frank y de otros autores sobresalientes (Strupp, 1989; Orlinsky y Howarth, 1978; Golfried, 1980, 1982, 1995; Beitman, 1987, 1989; Gold, 1996) en el campo de los factores comunes, se pueden señalar como componentes generales de la conversación terapéutica las siguientes:

Una relación interpersonal basada en la empatía, confianza y calidez afectiva, con un objetivo de ayuda. Esos son los ingredientes fundamentales del concepto de alianza terapéutica o de trabajo.

- Una relación con una o más personas que son designadas como expertos. Lo que condiciona que el inicio de la relación, sea de tipo complementario. Esto es, uno da y el otro recibe, uno enseña y el otro aprende o uno pide ayuda y el otro la da.
- La interacción transmite esperanza y está desprovista de actitud crítica
- La relación transcurre a través de un ritual, estructurado bajo unas condiciones de espacio y tiempo y objetivos (el contrato terapéutico) empleando técnicas y estrategias determinadas.
- A través del proceso, el paciente construye una perspectiva emocional y cognitiva nueva, que hunde sus raíces en la narrativa anterior, que enfrenta la evitación y anima a la expresión de emociones y pensamientos previamente evitados.
- Los cambios en el contexto terapéutico se generalizan a otras áreas de la vida del paciente que adquieren más importancia, sin que la relación terapéutica se convierta en la relación privilegiada.

4. Estrategias integradoras de acompasamiento y guía de la narrativa del paciente

Todas las generalizaciones de las que estamos hablando son solo eso, generalizaciones. Nos sirven como estructura sobre la que pensar y evitan que nos perdamos en un mar de informaciones. Son directrices generales que

sirven de esquema para elegir direcciones, pero es importante “recordar olvidar” los esquemas o las hipótesis previas de trabajo en función de la situación concreta que se esté presentando con un paciente determinado. En otras palabras “no confundir el mapa con el territorio”. Tener un mapa es útil, pero no un mapa que nos condicione tanto que nos impida observar y enfrentar los accidentes concretos del territorio.

La idea de acompasamiento o compaseo (marcar o señalar el compás) y guía, proviene de las ideas de Milton Erickson (Rossi, 1998, O’Hanlon, 1987) y los desarrollos terapéuticos posteriores de sus discípulos (Grinder y Bandler, 1993), como estrategias de inducción del trance hipnótico. Se refiere a las afirmaciones que hace el terapeuta en base a la experiencia sensorial del paciente, auditiva, visual, kinestésica, que es susceptible de ser verificada y admitida por él o por ella. Una vez que el terapeuta hace una serie de afirmaciones de este tipo, por ejemplo “está usted observando los colores, y puede escuchar mi voz y siente el peso de su cuerpo sobre su silla”, el terapeuta empieza a conectar de forma gradual con otras instrucciones o sugerencias (guías), ya no verificables por el paciente, pero que tienen el objetivo en este caso, de facilitar el cambio de foco de la persona hacia el mundo interior, “y se sentirá cada vez más relajado y tranquilo”, y profundizar el estado alterado de conciencia que supone el trance hipnótico.

Para entender los principios que están en la base de estas conceptualizaciones, puede ser de ayuda la siguiente anécdota relatada por Erickson:

“Un día volvía de la escuela cuando un caballo desbocado pasó velozmente y entró en la granja para beber. El caballo se había perdido y el granjero no lo reconocía. Yo salté al lomo, tome las riendas y le dije: “¡Arre!... Orientándolo hacia la carretera. Sabía que el caballo tomaría la dirección correcta... No sabía cuál era esa dirección. De vez en cuando el caballo olvidaba que estaba en la carretera y entraba en un campo. De modo que tenía que tirar un poco y llamar su atención acerca del hecho de que se suponía que debía marchar por la carretera. Y, finalmente, a unos 6 km del lugar donde lo había montado, entró en un corral. El granjero me preguntó dónde lo había encontrado y cómo sabía yo que el caballo volvería allí: “no lo sabía..., dije, ... El caballo lo sabía. Todo lo que hice fue mantener su atención puesta en el camino” (O’Hanlon, 1987).

En el acompasamiento de la narrativa del paciente, el terapeuta utiliza las creencias, las conductas, el estilo personal de sujeto y todo aquello que el paciente trae a la consulta y que considera relevante. El terapeuta va haciendo afirmaciones que repiten esas creencias, mitos, estilos..., procurando detenerse cada vez más en ciertos aspectos, susceptibles de ser aceptados por el paciente, pero no contemplados hasta ahora.

Por ejemplo, en lenguaje de inducción de trance hipnótico ericksoniano, eso supondría que el terapeuta le dice al paciente algo así como: “Puede observar los colores de la pared y puede escuchar mi voz y *puede notar los movi-*

mientos de su pecho al respirar y se puede empezar a sentir más tranquilo...”. Al señalarle al paciente los movimientos de su respiración, que en la vida cotidiana pasan desapercibidos, le estamos, por un lado sugiriendo que se detenga en ello, algo que no puede dejar de hacer, por el mero hecho de haberlo delimitado y resaltado desde el fondo de su campo de conciencia, mientras que, por otro lado es una experiencia que él o ella pueden verificar (los movimientos de la respiración) y aceptar.

En el lenguaje de la conversación terapéutica, el acompañamiento supone decir al paciente, por ejemplo: “Así que usted llegó a casa, notó la cara de enfado de su mujer, se iba a poner el pijama y meterse en la cama a dormir cuando cambió de idea, cogió de nuevo el abrigo y salió a la calle a beber... *¿Cómo se sintió usted, cuando al entrar observó la cara de enfado de su mujer?* En este caso, el terapeuta hace reparar al paciente en algo, sus sentimientos, que hasta entonces no habían existido en la conciencia del paciente como mediadores entre sus acciones anteriores y la conducta de beber. Por el hecho de señalarlo, el paciente no puede dejar de preguntárselo, aunque la respuesta vaya a ser un escueto “*nada*”. Al mismo tiempo, la pregunta es verificable y aceptable para la persona, aún en el peor resultado del “*nada*”.

Acompasar una narrativa incluye hacerlo también en el plano no verbal. Requerirá a veces, observar el ritmo de los movimientos respiratorios del paciente y ajustar el “tempo” de nuestro discurso a éste o señalar explícitamente cómo se está enlenteciendo su respiración o cómo se está moviendo inquieto en la silla cuando hablamos de la relación con su madre, por ejemplo.

Según el terapeuta va avanzando en el acompañamiento de la narrativa del paciente, las preguntas, como en el ejemplo anterior pueden ir abriendo nuevos significados, que la persona no ha contemplado hasta ahora o poner de relieve contradicciones o ayudar a establecer conexiones no conocidas. En el curso de este proceso, una nueva pregunta del terapeuta, que se puede desarrollar en un plano verbal o no verbal, va guiando al paciente, como en la anécdota ericksoniana anterior, por un camino que es el elegido por la persona, que ella conoce y en el que es experta. Cobra sentido la idea constructivista de paciente como “experto de sí mismo” (tanto en su vida y los problemas que ésta le plantea, como en las soluciones a poner en práctica).

Hasta ahora, las estrategias de las que hemos hablado, las basadas en los factores comunes y las estrategias integradoras, son a la narrativa, lo que la melodía a la letra de una canción. Borges citaba a su padre cuando decía que “todas las artes propenden a la condición de la música, acaso porque en ella el fondo es la forma, ya que no podemos referir una melodía como podemos referir las líneas generales de un cuento. La poesía, admitido ese dictamen, sería un arte híbrido: la sujeción de un sistema abstracto de símbolos, el len-

guaje, a fines musicales. Los diccionarios tienen la culpa de ese concepto erróneo. Suele olvidarse que son repertorios artificiosos, muy posteriores a las lenguas que ordenan. La raíz del lenguaje es irracional y de carácter mágico. El danés que articulaba el nombre de Thor o el sajón que articulaba el nombre de Thunor no sabía si esas palabras significaban el dios del trueno o el estrépito que sucede al relámpago” (Borges, 1996).

En nuestro nivel de desarrollo del lenguaje, es imposible separar letra y melodía en una narrativa. Porque la narrativa lo es todo, aunque con fines didácticos aparezcan separados en la exposición de técnicas.

Más adelante insistiremos en las técnicas transformativas verbales y no verbales, pero antes de eso, en las primeras sesiones con la persona que consulta es útil pensar en términos de estadios de cambio.

5. Estadios de cambio

Prochaska y DiClemente (1984a, 1984b, 1991, 1992) defienden la idea de que el cambio intencional no es un proceso de todo o nada, sino un movimiento gradual a través de estadios específicos. No ser conscientes de este fenómeno ha llevado a algunos de los teóricos de la terapia a asumir que todos los clientes están en el mismo estadio de cambio y preparados, por tanto, para el mismo proceso de cambio.

Prochaska y DiClemente han identificado 5 estadios básicos de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Desde su perspectiva, un estadio de cambio representa tanto un periodo de tiempo como un conjunto de tareas necesarias para moverse hacia el siguiente estadio. Mientras que el tiempo empleado en cada estadio puede variar, las tareas a llevar a cabo son invariables. Así, procesos particulares de cambio adquieren especial importancia durante estadios particulares de cambio.

Una vez que está claro el estadio de cambio en que está el paciente, el terapeuta podrá conocer que técnicas debe aplicar, para ayudar al cliente a progresar hacia el siguiente estadio.

Para facilitar a las personas a pasar de un estadio de precontemplación (durante el cual el individuo procesa menos información sobre su problema, gasta menos tiempo y energía en reevaluarse a sí mismo, experimenta menos reacciones emocionales ante los aspectos negativos del problema, está menos abierto a los otros), se sugieren varios procesos de cambio que son de ayuda: 1.- intervenciones que tiendan a aumentar la conciencia, como observaciones, confrontaciones e interpretaciones. Los pacientes han

de ser más conscientes de los aspectos negativos del problema para moverse hacia el estadio de contemplación. 2.- proceso de alivio dramático, proporciona al paciente la experiencia afectiva. Acontecimientos vitales como la muerte de un ser querido puede movilizar a los precontempladores. Es decir facilitar que la persona, a través de un acontecimiento cargado emocionalmente, tome conciencia de aspectos concretos del problema que le empujen hacia un estadio de contemplación, donde es más capaz de procesar mayor nivel de información.

En el estadio de contemplación los clientes están más abiertos a las intervenciones para aumentar la conciencia, tales como observaciones, confrontaciones e interpretaciones. Pueden beneficiarse de intervenciones educativas, y son más libres de reevaluarse a sí mismos cognitivamente y afectivamente. El proceso de reevaluación incluye una evaluación sobre los valores que los pacientes conservarán y priorizarán y cuales dejarán desaparecer. Los contempladores también evalúan los efectos de sus conductas en el ambiente.

El movimiento desde el estadio de precontemplación al de contemplación y a través de éste, implica un aumento del uso de procesos de cambio afectivo, cognitivo y evaluativo. Para que continúe el progreso, si es oportuno, y preparar a las personas para la acción, se requieren cambios en cómo piensan y sienten acerca de sus problemas de conducta y cómo valoran sus estilos de vida.

Durante el estadio de acción es importante que el paciente actúe desde un sentimiento interno de auto-liberación. En terapia, los pacientes necesitan aceptar que las fuerzas coercitivas forman parte de su vida lo mismo que las fuerzas hacia la autonomía, creer que los propios esfuerzos de uno, juegan un papel crítico para salir adelante en situaciones difíciles. Pero la auto-liberación también depende de que los pacientes sean capaces de poner en marcha procesos de conducta tales como el contracondicionamiento y el control de estímulos, para manejarse con circunstancias externas adversas. Según progresa la acción, el terapeuta proporciona una alianza de ayuda en la cual se convierte en consultor del cliente como promotor de sus propios cambios. Este estadio que es particularmente estresante requiere más comprensión y apoyo por parte del terapeuta.

El último de los estadios descritos por Prochaska y DiClemente, es el de preparación para el mantenimiento. Requiere una evaluación abierta de las condiciones bajo las cuales hay más probabilidad de recaída. Quizá, como señalan los autores, lo más importante es el sentimiento de que uno se va convirtiendo, cada vez más, en la persona que quiere ser. Algunos autores constructivistas contemporáneos hablan de promover los "self preferidos" por los pacientes

6. Tipos de cambio, niveles, organización y contexto significativo de definición del problema

6.1. Tipos de cambio

Pero desde el principio, el paciente comunica un síntoma y le hace una propuesta al terapeuta acerca del nivel significativo al que afecta el síntoma y/o la pauta-problema: *“mi problema de insomnio se inició de niño, cuando tenía que estallasen las broncas entre mi padre y mi madre, al llegar mi padre por la noche a casa”*. En ocasiones, el paciente trae a la primera consulta solo el síntoma y es el profesional el que ayudará al paciente a ubicarlo en un contexto de significación: *“mi problema es que no duermo. Desde niño he tenido insomnio. Debe de ser un hábito mal aprendido”*. En el primer caso, el paciente hace la propuesta del síntoma “insomnio”, a un nivel emocional e implícitamente, la propuesta de narrativa se hace desde la historia biográfica de relación con los padres. En el segundo caso, el paciente plantea el síntoma a nivel de conducta, *“como hábito mal aprendido”*. También podría ocurrir que el mismo paciente nos trajese a la consulta exclusivamente el síntoma, sin ninguna propuesta de comprensión de éste, ni de implicación de ningún nivel significativo de los que hemos citado: *“lo que me ocurre es que tengo problemas para dormir”*.

Los espacios cognitivo, emocional y pragmático se hallan bien intercomunicados y ello permite que el cambio, aunque surja inicialmente en cualquiera de ellos, pueda generalizarse después a los restantes. Según Linares (Linares, 1996), si ello es así el proceso se consolida, mientras que si permanece circunscrito a uno de ellos, podría retroceder y desaparecer. En palabras de Erickson “no parecería que ese agujerito en la presa pudiera anegar el campo, pero lo hará, porque en cuanto de alguna manera se ha irrumpido con una pauta alterada de conducta, las grietas seguirán extendiéndose” (Haley, 1973).

Esa argumentación, va en contra de la crítica que algunas escuelas psicoanalíticas hacían por ejemplo, a los tratamientos conductuales de la fobia. Se pensaba que tratar el síntoma, sin entrar en el significado que éste tiene para el paciente y sin conseguir modificaciones estructurales profundas, podría traducirse en una mejoría transitoria o en la sustitución de un síntoma por otro. A veces eso ocurría y otras no.

Un ejemplo de cómo el cambio en un nivel puede afectar a los otros es el siguiente:

“Un hombre de 60 años, enfermo de un cáncer en un estadio avanzado, consultó a iniciativa de su familia, con una psiquiatra. Según su mujer y sus hijas estaba agresivo e intolerante. Vitorio, que era el nombre del paciente, había sido el pequeño de cuatro hermanos quienes, tras sufrir la muerte muy temprana de ambos padres, salieron adelante en la vida tras muchas dificultades y esfuerzos. Vitorio no pensaba que un tratamiento psiquiátrico, de cual-

quier índole, pudiera ayudarle. Durante las primeras sesiones psicoterapéuticas, el paciente fue capaz de expresar sus sentimientos. Sus miedos fundamentales se centraban en la necesidad de dependencia de los demás. El paciente pudo irlo asociando con su infancia que le había obligado a una necesaria autonomía demasiado pronto. La experiencia de poder abrirse emocionalmente a otra persona, le ayudó al paciente a vencer su miedo a perder una identidad basada en el “ser duro” y abrir otros aspectos de sí mismo, en los que era posible expresar sus sentimientos, sin por ello perder su identidad “como persona”. A partir de esa experiencia en psicoterapia, Vitorio relató cómo había mejorado la comunicación con su familia, cómo ahora podía disfrutar al dar cortos paseos con sus hijas, permitiendo que éstas le ayudaran o descansando en el camino, cuando lo necesitaba”.

En este ejemplo de un caso clínico, el cambio en la esfera emocional, trajo consigo un cambio a nivel cognitivo, en la versión de lo que para Vitorio era ser hombre, y un cambio a nivel pragmático, ejemplificado en el hecho de que por primera vez permitía que su familia le ayudase.

Podría haber otra explicación a ese fenómeno si consideramos los conceptos de cambio 1 y cambio 2, provenientes de autores sistémicos. (Watzlawick, 1974). El cambio tipo 1, basado en la teoría matemática de los grupos, nos permite pensar acerca de los cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema, que, como tal, permanece invariable. Lo que no nos proporciona es un modelo para aquellos tipos de cambio que trascienden a un determinado sistema o trama de referencia. Podemos intentar aclarar este concepto con un ejemplo clínico:

Una mujer con una fobia a subir en ascensor, puede resolver su problema decidiendo evitar el ascensor y subiendo por la escalera. Como su oficina se encuentra en un tercer piso, la mujer considera que la dificultad está salvada. Este es un ejemplo de cambio 1, donde han desaparecido los síntomas de ansiedad (al evitar la situación temida), pero el otro marco de referencia (el miedo a permanecer en lugares pequeños y cerrados), permanece invariable. El cambio 1 nos permite explicar el cambio a un nivel, pero no a otro.

El cambio tipo 2, se basa en la teoría de los tipos lógicos de Russel. Esta teoría igual que la de grupos, denomina miembros a los componentes de la totalidad y clase, en lugar de grupo, a la totalidad misma. Un axioma central de esta teoría es “cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma” (Watzlawicz, 1974). La teoría de los tipos lógicos no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir, entre sus miembros, pero nos proporciona una base para considerar la relación existente entre miembro y clase y las consecuencias de los saltos de un nivel lógico al inmediato superior (Watzlawicz, 1974).

En el ejemplo anterior de la mujer con una fobia a subir en ascensor, el cambio 2 se produciría cuando, o bien por un cambio espontáneo, o bien en el contexto de una psicoterapia,

esa mujer empezara a encontrar soluciones a su problema que incluyese el enfrentamiento de los miedos. Al empezar a enfrentar los miedos y subir en ascensor, entre otras cosas, es muy posible que el cambio 2 se reflejara en un cambio en la forma de ver el mundo o en la organización de su familia, de la que ella no dependería para que la acompañasen cuando tuviera que enfrentar una situación de las temidas.

Este tipo de cambio supone un salto a otro nivel lógico. Es decir, el cambio 1 tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, pero el cambio 2, cuando se produce, cambia el sistema mismo. El cambio 2 es el cambio del cambio. Un claro ejemplo de lo que quieren decir estos conceptos es el que utiliza Watzlawicz (Watzlawicz, 1974): *“una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro de su sueño: correr, esconderse, luchar, gritar, trepar por un acantilado, etc. Pero ningún cambio verificado de uno de estos comportamientos a otro podrá finalizar la pesadilla”*, a esta clase de cambios es a lo que denominan cambio 1. Mientras que: *“el único modo de salir de un sueño supone un cambio del soñar al despertar. El despertar, desde luego, no constituye ya parte del sueño, sino que es un cambio a un estado completamente distinto”*, se refieren al cambio 2. En el cambio 1 los elementos se modifican, en el cambio 2, las reglas del sistema son las que sufren transformaciones. La diferencia entre ambos tipos de cambio no es solo cuantitativa sino también cualitativa. Lo mismo que la propuesta por Elkaim (1989), quien, basándose en las ideas del químico belga Prigogine sobre sistemas gaseosos, las aplicó también a sistemas relacionales. Estos autores afirman que lejos del equilibrio, una vez superados puntos críticos de bifurcación, las fluctuaciones no retroceden a estados anteriores. Y, como señala Linares (1996) eso puede ocurrir a partir de un discreto cambio 1. En un ejemplo de la clínica,

“Una familia puede estar atravesando por un periodo de crisis, en relación con una grave enfermedad del padre. En esta situación de desequilibrio, las relaciones de alianzas entre hermanos han cambiado, la madre puede buscar apoyo en un hijo pequeño, que no está preparado para ello, el padre puede aislarse cada vez más al serle imposible expresar sus sentimientos, etc. Esa familia está teniendo por primera vez, en su historia conjunta, la experiencia de una grave dificultad de comunicación. Esta experiencia puede equipararse a lo que los autores anteriores señalaban como puntos críticos de bifurcación. A partir de este periodo o esta crisis, la familia puede seguir evolucionando distanciándose unos de otros, los miembros que tienen parejas externas pueden dedicarse más a sus propias familias nucleares, el adolescente volcarse exclusivamente en la relación con sus amigos de la pandilla, la madre presentar un cuadro depresivo que es tratado, exclusivamente, desde el punto de vista farmacológico, etc. Pero a partir de ese mismo punto de bifurcación, la familia puede haber acudido a terapia motivados por la depresión de la madre. En esa situación de crisis, facilitar en la terapia la expresión conjunta de emociones y sentimientos, corta el camino de la incomunicación emprendido por la familia y abre vías a una evolución completamente diferente a la que hubieran podido tener de no haber ocurrido la enfermedad del padre. Es posible que esta familia pueda enfrentar ahora la muerte del padre”.

6.2. Niveles, organización y contexto de definición del problema

Pero la interacción que se produce en la sesión, entre la definición de los problemas por parte del paciente y las propuestas de intervenciones por parte del terapeuta, tiene lugar siempre a un nivel de intercambio de significado o visiones del mundo, a través de las narrativas que uno y otro proponen y que van coevolucionando en la conversación terapéutica.

El significado es lo que conecta y, por tanto está a un nivel lógico distinto a otros dos niveles más inmediatos a la expresión del síntoma tal como se presenta. Los niveles a los que nos referimos son los de estructura y proceso (Sluzski, 1983). Hablamos, pues, de dos niveles lógicos: del nivel lógico en el que podemos entender la estructura y el proceso, y de otro nivel lógico que conecta los anteriores y que es el del significado.

La estructura se refiere a la identidad y el proceso a la pauta recurrente que engloba el síntoma. Para entender más claramente lo que queremos expresar, nos detendremos en un ejemplo clínico:

“Francisco, un joven de 32 años, acude a una consulta de un psiquiatra con el objetivo de dejar de beber, después de numerosos altercados con la policía en el curso de varias intoxicaciones etílicas. El psiquiatra le propone a medio plazo, además de medicación interdictoria, la entrada en un grupo terapéutico de corte cognitivo-conductual, centrado en la detección de las situaciones de riesgo que le llevan a la bebida y en el entrenamiento en técnicas de relajación que le ayuden a interrumpir la respuesta de ansiedad que también le lleva a beber.

El paciente dice de sí mismo que empezó a beber cuando tenía 18 años. Que se desprecia a sí mismo, porque está actuando como su padre, fallecido hace años y con quien mantenía una conflictiva relación. El padre, alcohólico crónico y jugador, había maltratado al paciente y a la madre de éste durante su infancia, para después abandonarles y empezar una nueva relación con otra mujer, con la que repitió las mismas pautas de conducta. Francisco afirma desde el principio que el alcohol, es para él una forma de adormecer los dolorosos recuerdos que guarda de su infancia. Busca un tipo de ayuda que le facilite “poner en orden sus recuerdos”. El psiquiatra insiste en que tome la medicación y acuda al grupo y que, una vez controlada la bebida compulsiva, se podría plantear otro tipo de intervención.

El paciente abandona el tratamiento tras acudir a tres sesiones del tratamiento grupal.

Parémonos a analizar a qué niveles se suceden las propuestas de significado de la narrativa del paciente y del terapeuta. Francisco hace una propuesta desde lo “emocional”, que afecta a un nivel de estructura o identidad personal: “yo soy una persona “construida defectuosamente” a partir de una infancia desgraciada y busco un terapeuta y una terapia que me ayude a “resignificar” mi pasado, como paso previo a poder cambiar en el presente”. El psiquiatra hace una propuesta cognitiva y pragmática en el plano de “lo procesual”: “Ud. sufre una dependencia a un tóxico que produce un acostumbramiento en el plano biológico, que hay que tratar con medicación, y que se refleja en un plano de conducta y afrontamiento cognitivo y conductual de las situaciones que le generan ansiedad”.

Las dos visiones o propuestas de significado difieren, como difieren las dos propuestas de intervenciones. No se produce un encuentro entre las dos narrativas y las intervenciones terapéuticas no se llegan a poner en práctica por el temprano abandono del tratamiento por parte del paciente.

Sin embargo, como señala Sluzski (1983) cada nivel de análisis, por sí mismo, hubiera permitido la descripción de una curva recursiva que da cuenta del mantenimiento de una conducta sintomática.

Es decir, las narrativas problema que el paciente trae y las narrativas terapéuticas que surgen de la interacción en la conversación con el terapeuta, se mueven en los niveles de lo cognitivo (*"pienso que mi vida es un fracaso"*), lo emocional (*"me siento profundamente triste"*) o lo pragmático (*"no consigo levantarme por las mañanas"*) o cualquier combinación de ellos.

Y simultáneamente, resaltan, haciendo especial referencia, aspectos que tienen que ver con la identidad (*"soy una persona sin voluntad"*) o con el proceso (*"cada vez que oigo a mi padre decirme lo que tengo que hacer, me meto en la cama"*). Pero estructura y proceso están conectados por la narrativa que incluye el significado, porque: "La descripción de nuestra experiencia en el contexto del lenguaje y la cultura toma una forma que es la de la narrativa" (White, 1993).

En tercer lugar, después de los planos cognitivos, emocionales y pragmáticos y de la organización de la narrativa en forma de estructura o proceso, hay un tercer aspecto a tener en cuenta que es el contexto al que afecta la definición del problema del o los pacientes.

Más claramente: La paciente podría, simultáneamente, plantear su problema en un nivel predominantemente cognitivo, organizarlo de modo procesual, sobre todo, y referirlo a un contexto de significación que la afecta a ella, como persona única, a su pareja o familia o a otros significativos de su interacción social.

De este modo, nos abrirá las puertas para plantear intervenciones individuales, de pareja, de familia o de otros contextos significativos (con personas relevantes, terapia de redes, etc.).

Las intervenciones individuales se centran en la auto-narrativa de la paciente, en su relación consigo misma y con sus experiencias pasadas y actuales, así como en su forma de plantear el futuro. Porque para dar sentido a nuestra vida, las personas ordenamos nuestra experiencia de los acontecimientos en secuencias a través del tiempo, de tal forma que consigamos un reconocimiento coherente de nosotras mismas y del mundo que nos rodea. Este recuento adopta una forma que es la de la auto-narrativa (Freedman, 1996).

Cuando, en otros casos, la narrativa del problema está en función de la de los otros significativos, es una narrativa que implica a otras personas relevantes para el paciente, se podrán plantear, intervenciones de pareja o de

familia. El terapeuta puede proponer, entonces, un encuentro familiar con el objetivo de escuchar y conocer el multiverso de mundos que comprende la familia y facilitar la conexión entre ellos.

O se podrá plantear una intervención individual o familiar, donde la definición del problema, o bien desde el principio, o bien a través de la evolución de la conversación terapéutica, lleve a tratar aspectos que tienen relevancia clave en el problema actual y que dependen directamente de las grandes meta-narrativas culturales. Nos referimos con ello a las cuestiones relacionadas con la etnia, género, clase social y orientación sexual. Desde este punto de vista es importante atender a las historias culturales y contextuales, tanto como a las historias individuales (Freedman, 1996).

Según Mair (citado en Freedman, 1996): “nosotros habitamos en grandes historias que son nuestra cultura. Vivimos a través de historias. Somos vividos por las historias de nuestra raza y lugar. Las personas le damos sentido a nuestras vidas, a través de historias tanto de las narrativas culturales en las que hemos nacido y como de las narrativas personales que construimos en relación con esas narrativas culturales. En todas las culturas ciertas narrativas dominarán sobre otras, y serán impuestas a personas de culturas o narrativas marginales”.

La narrativa final supondría una nueva organización de la experiencia actual y pasada junto con la proyección que prevemos para la experiencia futura. Nuevas historias y razones para hacer y para no hacer, para que aquello hubiese ocurrido, o no, en el pasado, para que sea posible o imposible lo otro en el futuro, y así indefinidamente.

En resumen, la conversación terapéutica es una conversación especial con un experto, el terapeuta, a través de la cual se busca el cambio de ciertas pautas-problema definidas con el paciente.

Es una conversación especial porque se basa en una serie de estrategias generales, como las que hemos descrito, y de otras estrategias integradoras, que hemos propuesto a través del acompañamiento y la guía de la narrativa del paciente.

Pero para que este proceso tenga lugar con éxito, el terapeuta ha de preguntarse por el estadio de cambio en el que está el paciente, así como el nivel (cognitivo, emocional o pragmático) en el que se define el problema, los términos de la organización de éste (estructurales o procesuales) y el contexto significativo afectado y, por tanto a tener en cuenta para propiciar el cambio.

Como el encuentro terapéutico es en cada caso único, idiosincrático, todo lo anterior nos ha de servir como guía para orientar la conversación terapéutica, nunca como evaluación rígida sobre “qué técnica aplicar a cada paciente”. El modelo anterior ha de ser una combinación entre estructura y flexibilidad.

Además, una propuesta psicoterapéutica ha de ser lo suficientemente estructurada para ser fácilmente transmisible. Pero, en nuestra opinión, no puede adolecer de una estructura tan rígidamente cerrada que excluya la adaptación flexible a las narrativas propias de cada paciente o pacientes. El equilibrio entre estructura y flexibilidad, es lo que nos permite describir una propuesta psicoterapéutica determinada, como lo estamos haciendo, al mismo tiempo que reclamamos la consideración de único para cada encuentro psicoterapéutico.

Técnicas transformativas

Consecuente con todo lo que llevamos dicho a lo largo de este libro, es el reconocimiento de que la realidad, o más bien el acceso a la interpretación de la realidad del otro, se hace a través del lenguaje. Conocer algo es “ponerlo en palabras”. En el capítulo dedicado al constructivismo se profundiza en las ideas que llevan a estas conclusiones.

Adquiere, pues, importancia primordial el lenguaje. Pero insistimos en que, por lenguaje, no se entiende un conjunto de signos, estructura o estilo, sino “el significado lingüísticamente mediado y contextualmente relevante que se genera interactivamente a través de las palabras y otras acciones comunicativas” (Anderson, 1988).

La terapia, que es conversación, persigue transformar y expandir por medios lingüísticos, las narrativas de una persona, aquellas historias que todos sostenemos y que dan sentido a nuestra existencia dentro de la familia y la sociedad. Para hacerlo, las técnicas terapéuticas han de centrarse en la creación de preguntas y de un medio terapéutico que pueda cumplir esta tarea.

Pero, recordando un aforismo de Nietzsche: “solo oímos las preguntas para las que estamos en condiciones de encontrar respuesta”. No vale, por tanto, que el terapeuta simplemente “grite” (Minuchin, 1981).

Durante la conversación terapéutica, las técnicas de acompañamiento preparan primero, la interacción, para que el paciente o pacientes puedan escuchar nuestras preguntas, después, y estar en condiciones de encontrar sus res-

puestas. Porque como señala Andersen (1993) “Una persona no puede ser cambiada o aprendida, pero la persona puede cambiar o aprender”

Aunque en la frase anterior se habla de “primero y después”, interesa resaltar que, a veces, pueden sucederse los movimientos en ese orden, pero en otras muchas, son movimientos simultáneos, los del cuidar la interacción y la transformación.

Nuestro modelo integrador defiende un modelo de cambio basado en una conversación abierta, de la que no es posible, como señalábamos antes, hacer una descripción estructurada y sistematizada por sesiones hasta el final, como ocurre en otros modelos de tratamiento. Pese a eso, hemos descrito las líneas generales para el establecimiento de dicha conversación y ahora pasamos a describir las técnicas que con más frecuencia se utilizan, sin perder de vista que cada técnica es una parte integral del proceso de cambio. Aquí se describen las técnicas en una sección aparte persiguiendo una mayor claridad en la transmisión de los conceptos, pero teniendo presente que se trata de una separación artificial.

1. Técnicas de acompañamiento verbales y no verbales

Hemos explicado, en una sección anterior, lo que entendemos por acompañamiento de la narrativa del paciente. En esta sección, vamos a describir algunas técnicas necesarias para conseguir llevar a cabo ese proceso.

• *Utilización de un lenguaje sensorial:* (Hadley, 1996)

Cuando la paciente habla, usará, durante su conversación, imágenes que caen en una de las siguientes categorías: visual, auditiva o kinestésica. Auditivas son expresiones del tipo: “no me puedo quitar su voz de la cabeza” “oír a mi madre es como el estribillo machacón de una canción de verano”, “me martillean los oídos”. Visuales son frases como: “ahora veo el problema”, o, “me puse roja de ira”. Un ejemplo de kinestésicas son: “mis nervios me hacían saltar”, “mi marido es muy frío conmigo”, “intento mantenerme a flote”, “me pesan los pies tanto, que casi no consigo andar”.

Algunas personas tienden a utilizar más un tipo de imágenes, y de lenguaje, que otras. La observación de las pautas sensoriales que utiliza el paciente, sobre todo cuando hay alguna especialmente predominante, ayuda a llevar a cabo el acompañamiento y, por tanto, la construcción de la definición de una pauta-problema y la intervención a medida con la persona y en el caso concreto.

Además, el lenguaje sensorial es un lenguaje con más capacidad de evocación de emociones. Por ejemplo, un paciente nos puede estar relatando una nueva conducta de ludopatía, sin aparentes desencadenantes ni emociones asociadas. El terapeuta considera importante que el paciente le describa la secuencia de conducta, pero no consigue más que un escueto:

“Me ocurrió lo de siempre” o “jugué, en la misma máquina que siempre”, “pues me dio por jugar, jugué y jugué y ya está”, “no se que más le puedo decir”, “no, no, estaba bien. De ánimo normal”, “no se que me da la máquina, que me gusta y no tengo voluntad”. Por ese camino, el terapeuta comprueba que se estancaría la sesión. Intenta, entonces, un lenguaje más evocador, y se pregunta: ¿Qué es lo que ocurre en esta experiencia a nivel auditivo, visual o kinestésico? Después puede continuar conversando con el paciente y preguntando: ¿Escuchaste la música de la máquina? ¿dónde estabas?, ¿sentado, de pie, dentro del bar, en la calle?, ¿descubriste, entonces la máquina desde fuera?, ¿qué colores veías?, ¿te llamó la atención alguno...?, ¿mientras jugabas, notabas el tacto de la máquina en tus manos? ¿y su movimiento?... Este tipo de preguntas, y las respuestas que el paciente va dando, tienen el poder de colocar al paciente en la situación emocional del día anterior y quizá, permiten al terapeuta, volver a preguntar: ¿cómo se sintió entonces?, con la posibilidad de obtener otra respuesta. Si, pese a todo, la respuesta es un nuevo “no sé”, puede ser una buena idea volver hacia atrás y suscitar más sensaciones, de una forma más concreta, por ejemplo ¿notó el ritmo de su corazón?, ¿sudaba más o menos que de costumbre?, ¿oía las voces de las personas que estaban a su alrededor?, etc., con objeto de evocar emociones. Cuando el terapeuta ha obtenido alguna respuesta emocional, puede quizá preguntar: ¿recuerda alguna situación en que haya experimentado una emoción parecida?, es posible que se abra el camino para la asociación de una conducta, con recuerdos, emociones, otras situaciones, etc.

• **Utilización de un lenguaje vago** (Grinder y Bandler, 1993):

Esta es otra condición para el acompasamiento. Si el terapeuta utiliza un lenguaje demasiado específico, es posible que no encaje con la experiencia de la persona. No hay que dar por sentado que *“tumbarse en la hierba en un día soleado”* es una experiencia placentera. Para una mujer que acudió a consulta, era el recuerdo de una violación. Por ello, el terapeuta ha de utilizar, sobre todo al principio, cuando aún no conoce a fondo la narrativa del paciente, un lenguaje vago, poco específico o ambiguo. Este extremo lo manejan bien las personas que trabajan con técnicas de relajación o hipnosis, cuando hablan de *“sentir la temperatura del cuerpo”* y no *“el calor o el frío”*, o *“notar el peso de la mano”* y no *“que la mano está pesada o ligera”*, *“oír los ruidos del entorno”* y no *“oír tocar las cuatro estaciones de Vivaldi”*, *“observar los colores”* y no *“ver el precioso vestido rojo”*.

Utilizar términos más precisos, es proponer a la otra persona nuestra propia experiencia interna y eso puede ser vivido por la paciente, como una intromisión en su propio mundo interno.

- ***Articulación experiencial*** (Bohart, en Gold, 1996):

Facilitar y vincular palabras y etiquetas a sentimientos, sensaciones y afectos. Por ejemplo, una terapeuta y un paciente que es controlador aéreo, pueden referirse a las actitudes de hiperoxigencia de éste consigo mismo y con los demás, con la frase “*ya salió el controlador*”, que obviamente, hace alusión a su condición profesional, pero también a la dinámica que le llevó a elegir esa profesión y a cómo esa “vocación” está influyendo en las pautas-problema actuales del paciente en la relación con sus hijos adolescentes. Otro paciente, amable y complaciente en el trato social, se refiere a sus accesos de cólera contra su familia ante situaciones nimias, utilizando la historia del Doctor Jeekyll y Mister Hyde.

- ***Utilización de técnicas de bio-rapport:***

Es una experiencia frecuente, incluso en la vida cotidiana, que cuando dos personas están en sintonía, quizá conversando, o concentradas en tareas individuales, se puede producir un fenómeno que algunos denominan alienamiento rítmico. De esta forma, estas dos personas pueden adoptar una misma postura o mimetizar gestos faciales o sincronizar su respiración. Las técnicas de bio-rapport pretenden aprovechar el fenómeno de alienamiento rítmico que se produce entre personas ligadas por una relación simpática. Por ejemplo, los psicoterapeutas y los pacientes tienden a moverse al mismo tiempo, a hacer gestos similares y adoptar posturas análogas. La sincronización de los ritmos puede indicar y realzar el rapport entre las personas (O’Hanlon, 1987).

Se puede utilizar deliberadamente esta asimilación rítmica para facilitar el desarrollo de un clima de empatía e iniciar o potenciar las técnicas de acompañamiento. El ejemplo más citado es sincronizar las pautas respiratorias. Básicamente el terapeuta sincroniza el ritmo de su voz, sus movimientos o su propia respiración con el ritmo respiratorio del paciente. Se puede hacer también con la postura, tono de voz, etc. Hacer uso de estas técnicas exige del terapeuta el entrenamiento en su capacidad de observación de la comunicación no verbal o analógica.

- ***Metacomunicación:***

Es un concepto que refleja el acto de comunicar acerca de la comunicación. La metacomunicación es necesaria para otros muchos objetivos de la terapia, pero aquí la describimos como una técnica que ayuda al terapeuta a establecer y mantener el acompañamiento con el paciente. Metacomunicar

nos ayuda a mantener una “monitorización” de la relación terapéutica. Se utilizará en todas las fases del proceso terapéutico y, casi desde el principio de la interacción terapéutica. Por ejemplo:

“Un paciente que acude de urgencias por primera vez a una consulta, entra enfadado con la terapeuta. Ésta inicia el diálogo preguntándole a qué se debe la consulta, mientras que el paciente relata su problema de forma irritada y parca. Se va haciendo visible para la terapeuta, la existencia de dos niveles de comunicación, simultáneos, aunque diferentes. Ambos niveles, se están interfiriendo mutuamente en su expresión. En uno de estos niveles, el paciente responde a la expectativa de la terapeuta. Esta pregunta por el motivo de consulta y el paciente, le responde. En el otro nivel, el no verbal, a la pregunta amable de la terapeuta, el paciente responde con irritación y brusquedad. En este nivel, el paciente está respondiendo a un discurso distinto al que se está produciendo en esos momentos en el plano verbal, y que será necesario explicitar. Para continuar adelante con el proceso, la terapeuta interrumpe la exploración del motivo de consulta y le señala que le nota irritado y que la comunicación entre ellos está siendo difícil: ‘Quizá, le propone la terapeuta, lo mejor sería que hablaran primero del motivo de su enfado, para poder proseguir con el relato del motivo de la consulta’. El paciente refiere, entonces, lo difícil que le había sido conseguir que se le atendiera por urgencias y como se había sentido desvalorizado en medio de un sistema sanitario insensible a su necesidad de ayuda”.

En el nivel “oculto” o no explícito, de comunicación, el paciente estaba respondiendo a la terapeuta, no como persona concreta, sino como representante de un sistema sanitario por el que se había sentido maltratado”.

2. Técnica transformativas verbales

La responsabilidad del terapeuta se centra en la creación de ese contexto conversacional que permita la colaboración mutua en el proceso de definición del problema. Para ello preguntará desarrollando cuestiones que produzcan nueva información, entendimiento e interpretación. Las preguntas ya no son solo la herramienta para obtener información, sino el instrumento para conseguir el cambio.

Vamos pues, a la emergencia de narrativas terapéuticas, a través de las preguntas.

En 1980, el equipo de Milán publicó su artículo seminal Hipotetización, Circularidad y Neutralidad (Selvini, 1980), que supuso una base importante para el desarrollo de preguntas durante las sesiones terapéuticas. En un principio, tal como se describe en el artículo, las preguntas circulares servían para evaluar y construir hipótesis sistémicas, pero al irse desarrollando más, se observó que jugaban un papel importante como herramientas terapéuticas poderosas y que creaban un ambiente terapéutico que facilitaba los cambios en la percepción.

La forma de preguntar, en sí misma, es una poderosa arma terapéutica. El estilo circular de hacer preguntas, se utiliza tanto para obtener información como una técnica de inducción de cambio. Supone diseñar cada pregunta de forma que se dirija a las diferencias entre las percepciones acerca de los acontecimientos en las relaciones y preguntar guiándose por los feedback o retroacciones que el paciente o los miembros de la familia nos están dando.

• *Entrevista interventiva*

Tomm habla de “entrevista interventiva” (1987a, 1987b, 1988). Este autor ha prestado mucha atención a lo que llamó Preguntas Reflexivas y Circulares. Estas preguntas son útiles para capacitar a los miembros de la familia para generar, por sí mismos, nuevos patrones de cognición y conducta. Describe las preguntas reflexivas como intentos de, desencadenar deliberadamente, un cambio en el sistema investigado. Las cuestiones reflexivas animan a los miembros de las familias a movilizar sus propios recursos para resolver problemas.

Tomm cree que el mecanismo que subyace al cambio resultante es la reflexividad entre niveles de significado, dentro del sistema de creencias propio del individuo. Las preguntas reflexivas son formuladas para provocar que la familia reflexione sobre las implicaciones de sus percepciones y acciones actuales y considere nuevas opciones.

Tomm ha construido 8 grupos de cuestiones reflexivas:

- 1- Preguntas orientadas al futuro. Persiguen que la persona rompa con su monólogo limitado al presente, estimulándola a considerar las implicaciones de su conducta actual en el futuro, o proyectándole cognitivamente en el futuro para abrir conductas alternativas en el presente. Por ejemplo, “ *si ustedes dos dejaran de pelearse en el futuro, a qué podrían estar dedicando el tiempo que ahora emplean en las discusiones? ¿si volvieran los deseos de quitarte la vida y lo intentaras otra vez, cuál crees que sería la repercusión de un nuevo acto como éste en tu familia?*”. El terapeuta está menos interesado en el contenido de las respuestas, que en el hecho de que los miembros de la familia empiecen a experimentar las implicaciones que las respuestas pueden tener.
- 2- Preguntas que fomentan la perspectiva de observador: Estas preguntas ayudan a las personas a convertirse en observadores de su propia conducta de forma que reconozcan sus roles como eslabones en el patrón interactivo en curso. Por ejemplo: “*¿Qué haces tú cuando tu madre se enfada porque tu padre llega tarde?*”.

- 3- Preguntas inesperadas contra-cambio: Para alterar el contexto en el cual se considera una determinada acción, cambiando el significado o haciendo aparente lo que previamente ha sido enmascarado. *“¿Qué sienten ustedes cuando no están peleando?”*.
- 4- Preguntas embebidas en sugerencias: Permiten al terapeuta incluir contenidos específicos que apuntan en una dirección que considera útil para facilitar el cambio. Por ejemplo, *“si en vez de gritar y marcharse cuando se siente herido, fuese usted capaz de decírselo a su mujer, ¿cómo cree que reaccionaría ella?”*.
- 5- Preguntas de comparación normativa: Los individuos o las familias que tienen un problema se sienten como personas anormales, lo que a su vez refuerza el problema. Este tipo de preguntas persiguen comparar o conectar el problema con la vida de otros y puede ayudar a interrumpir este círculo y permitir salidas hacia la salud. Por ejemplo: *“Casi todas las personas que han sufrido la pérdida de un trabajo valorado como era el suyo, se sienten después tristes por ello ¿es más fácil para usted entender su reacción ya que acaba de sufrir la pérdida de su empleo?”*.
- 6- Preguntas clarificadoras de distinciones: Son útiles para separar componentes de un patrón, para así disminuir la vaguedad o conectar elementos dentro de un patrón e ir creando nuevas unidades de distinción. Por ejemplo: *“¿Qué es más importante para ti, continuar en casa intentando evitar las discusiones entre tus padres o volver al instituto y recuperar a tus amigos?”*.
- 7- Preguntas introductorias de hipótesis: Postulan que las mismas hipótesis tentativas que sirven para organizar el trabajo terapéutico puede también servir para organizar la conducta saludable de los miembros de la familia. Por ejemplo: *“Cuando él está triste y Ud., preocupada, corre a cuidarlo, se olvida Ud. de la rabia que siente contra sus jefes en su trabajo, pero... ¿Qué cree, Ud., que ocurriría si la próxima vez no acude corriendo a su lado?”*.
- 8- Preguntas que interrumpen procesos: Crean un cambio repentino en el proceso de la sesión. Por ejemplo: *“una pareja comienza a pelearse en la sesión, el terapeuta dice: “¿Ha pensado usted que yo pude haber iniciado esta pelea al ponerme aparentemente del lado de su marido?”*.

• **Microprácticas transformativas:**

Otro autor, Carlos Sluzski (1992) elaboró su propuesta de transformación de narrativas basada en el análisis de las microprácticas o movimientos propiciados por el terapeuta, que ocurren en cada sesión y que aquí las incluimos dentro de las técnicas verbales. Para Sluzski, sus microprácticas transformati-

vas tienen el peligro de ser interpretadas como estrategias que el terapeuta debería de poner en juego. El autor insiste en que esta lista es reconstructiva, en el sentido de que especifica los movimientos que el terapeuta hace, más que los que debería de hacer, dadas ciertas condiciones de la historia.

La importancia de todas estas preguntas se basa en la idea de que tanto las características, como los movimientos esenciales de las terapias más prolongadas están contenidas en una sola entrevista psiquiátrica (Sullivan, 1944). Pascal sostenía que no hay un átomo en el espacio que no encierre el Universo, ni Universo que no sea también humano. De una forma poética, lo expresan estos versos de Blake:

*En un grano de arena ver un mundo
y en cada flor silvestre el paraíso
vivir la eternidad en una hora
sostener en la palma el infinito*

La propuesta que hace Sluzski a través de sus microprácticas transformativas, quizá pueda considerarse como un microanálisis de la reformulación. Es decir, Sluzski lleva a cabo, a través de su trabajo sobre microprácticas transformativas, un desmenuzamiento del modus operandi que lleva a la reformulación de los viejos relatos.

Watzlawick definió la reestructuración, como una reconceptualización de algún contexto que impide a los pacientes ejecutar otras opciones para resolver su problema (Watzlawick, 1974). En palabras de este autor: “Reestructurar significa cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación y situarla dentro de otra estructura, que aborde los “hechos” correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismos” (Watzlawick, 1974) Es una técnica dirigida a cambiar la visión que el paciente tiene del problema, proponiéndole otra que encaja igualmente con los hechos, pero que cambia su significado por entero.

Lo que cambia a través de la reestructuración es el sentido que se le da a la situación. De esta forma el paciente, o la familia, ha de generar nuevas opciones de entender el problema. Por ejemplo, se puede reformular la conducta de rebeldía de la hija adolescente, como la forma que ésta ha encontrado para distraer los sentimientos de tristeza de la madre ante la grave enfermedad de su marido. En otro ejemplo, Virginia Satir reencuadra la conducta del marido, que corre por la casa detrás de la mujer con un cuchillo, como la forma primitiva en que él establece un contacto emocional con ella. Este último ejemplo, puede servir, de paso, para señalar como las reformulaciones pueden ser utilizadas, en nuestra opinión, de modo prejuicioso, de for-

ma que potencien el no-cambio de un sistema de valores social que alienta la desigualdad de poder entre los sexos.

Dufour (1993) refiere un cuento alegórico que, adaptado libremente, nos sirve para entender lo que es una reestructuración. El cuento es el siguiente:

Dos jóvenes son contratados en una cantera, para cortar bloques de piedra, que posteriormente serán llevados a la obra de una catedral. Ambos tienen instrucciones de cortar al menos veinte bloques diarios de un pie de lado por dos de altura. Un día, un desconocido, dirigiéndose por separado a cada uno de ellos, les preguntó a qué se dedicaban. El primer joven le dijo: "soy cortador de piedras", mientras que el segundo afirmó: "Yo estoy construyendo una catedral".

Es decir, el secreto de la reestructuración es conseguir utilizar los elementos que todos han visto o mencionado y, por tanto son fácilmente reconocidos por todos, para presentarlos de un modo diferente. Como señalaba Albert Szent Gyorgyi: "el descubrimiento consiste en ver lo que todos han visto, y en pensar lo que nadie pensó".

Autores como Erickson defendían la importancia de conseguir el quebrantamiento de la pauta del problema, aunque ese quebrantamiento o transformación sea pequeño, sobre todo cuando se introduce tempranamente (Rossi, 1998).

En ese empeño de transformación de la naturaleza de los relatos, Sluzski considera importante, el cambio en alguna de las siguientes dimensiones de la narrativa que trae el paciente o grupo familiar. A continuación se reproducen las ideas de Sluzski, adaptándolas a nuestros ejemplos clínicos. De este modo describe:

1- Transformaciones en el tiempo

Estáticas/fluctuantes. Cuando la descripción de una narrativa no presenta fluctuaciones temporales, el terapeuta puede intentar cambiar a una narrativa que sí los contenga. Por ejemplo ante un paciente que dice estar deprimido "de toda la vida", el terapeuta puede preguntar *¿Cuándo fue la primera vez que tomó conciencia de estar deprimido?*, o puede preguntar, *¿sus sentimientos de tristeza aumentaron o disminuyeron después de la marcha de su hija de casa?* Cuando, en otros casos la narrativa está muy cargada de fluctuaciones en el tiempo, el terapeuta puede preguntar buscando excepciones a la situación. Por ejemplo, un hijo puede relatar la depresión de su padre diciendo que se pasa todo el día llorando, el terapeuta puede preguntar *¿cuáles son las únicas situaciones en las que tu padre no llora?*

En otras ocasiones, las preguntas se orientan a poner de relieve la competencia del paciente o los miembros de la familia. Por ejemplo, mediante preguntas del tipo, *¿cómo hicieron ustedes para conseguir que su padre viniera a la consulta?*, o *¿cómo ha conseguido usted volver a hacerse cargo de las tareas de la casa?* A veces

se intenta colocar la acción en escenarios alternativos. Por ejemplo, *cuando sus hermanos vienen a visitarle ¿su tristeza es más o menos intensa?*

Otras veces interesa poner de relieve una pauta constante que está oculta por las fluctuaciones. Por ejemplo, *“parece que todos esos episodios de depresión, que ha sufrido en el curso de su vida, siempre han aparecido después de alguna circunstancia que le obligó a usted a adaptarse a una situación nueva: el cambio de su domicilio, el ascenso en el trabajo, la marcha de sus hijos de casa...”*

Cuando el terapeuta, a través de sus preguntas, introduce comparaciones entre el antes y el ahora o el después, está facilitando a las personas una experiencia de evolución: *“una vez que su mujer empiece a trabajar, ¿cómo cree usted que se sentirá? ¿más o menos triste?”*

Nombre/verbos: El terapeuta puede intentar transformar historias muy cargadas de “estados”, en historias que contengan más acción. Historias con mucho contenido en descripciones de aspectos inmutables de la persona, como por ejemplo las etiquetas diagnósticas, en secuencias de comportamiento. Es diferente hablar de una mujer con un *“trastorno de personalidad histriónica”*, a *“una mujer que expresa sus sentimientos de soledad con gran intensidad, cuando su marido se baja al bar a pasar toda la tarde con los vecinos”*.

“Nominalizar”, es decir, poner nombre a las acciones que no lo tienen. En la descripción de una narrativa, puede inducir a asumir responsabilidades. Por ejemplo *“se decidió que Marta dejara de salir los fines de semana y se quedara en casa estudiando”*, el terapeuta puede preguntar *“¿quién fue el que lo decidió?”*

No histórico/histórico. Según Sluzki, “la introducción de la historia permite la generación de hipótesis explicativas, cambios en la puntuación, connotaciones, detección de fluctuaciones, excepciones y patrones” (Sluzski, 1992). Así, un relato carente de contexto histórico, puede, a través de las preguntas del terapeuta, adquirir una explicación de su desarrollo a través de una determinada historia familiar. Por ejemplo, una paciente puede afirmar *“por una discusión sin importancia con mi jefa me vine a bajo”*, y esa puede ser la puerta de entrada a la exploración histórica de cómo esa mujer vive los conflictos con personas que ella siente cómo de mayor autoridad, y poder así preguntar *¿esa discusión con su jefa era parecida a las que usted mantenía de niña con su madre?*

Cuando el relato está excesivamente anclado en circunstancias pasadas, preguntas que promuevan un cambio desde una perspectiva histórica a otra ahistórica. Hacer preguntas del tipo. *“si esto les ha ocurrido siempre, ¿qué les ha movido a consultar precisamente ahora?”*

2- Transformaciones en la dimensión espacial

No contextual/contextual: Supone darle a una historia que carece de escenario, un contexto de espacio y tiempo, de marco en el que ocurren las

cosas. Por ejemplo: *“¿vomitas también cuando vas por la calle, cuando estás en clase, o solo cuando estás en casa?, ¿da lo mismo que estés con amigos o con tu familia, o solo vomitas cuando estás tu sola?”*

3- Transformaciones en la dimensión causal:

Causa/efecto: Este movimiento supone poner en práctica la noción primero descrita por Bateson y después difundida por Watslawick (Watslawick, 1967), de “puntuación arbitraria de la secuencia de hechos”. Es decir, el paciente o familia puede venir con una idea muy rígida de cual es el motivo del problema: *“lo que ocurre es que el padre es muy autoritario y cuando le grita al niño, éste coge una rabieta y no la suelta”*. El terapeuta puede preguntar entonces, *“¿qué hace usted (a la madre), cuando el niño tiene una rabieta?, ¿y tú? (al hermano mayor), ¿y usted (al padre), sigue en esos momentos regañándole o se calla, o que otra actitud toma?”* A través de esas preguntas, puede hacerse visible otra “causalidad”, en la que se pone de manifiesto una falta de entendimiento de los padres con respecto a la forma adecuada de educar a sus hijos, y toda una serie de complicidades entre el hijo y la madre.

A veces, en circunstancias en las que el relato de la paciente está excesivamente anclado en el pasado, de modo que deja pocas posibilidades para el cambio en el futuro, se puede intentar una transformación en la que se descargue al pasado de parte de las responsabilidades en el problema actual y se fomenten, con más intensidad, las capacidades actuales. Por ejemplo, la mujer anterior puede decir: *“como me ha faltado siempre el cariño de mi madre, soy (y seré) una persona muy insegura”*, y el terapeuta plantear: *“efectivamente usted ha crecido con la experiencia de no haberse sentido querida por su madre, pero ¿cuánto tiempo más va a dejar pasar, reclamando ese cariño que no ha tenido? o “aún sin el cariño de su madre ha conseguido usted muchas cosas, como es formar una familia o desarrollar su trabajo con eficacia...¿qué otras metas se podría plantear conseguir, aún sin haber tenido, ni tener en el futuro, esa experiencia de haber sido querida por su madre?”*

4- Transformaciones en la interacción:

Intrapersonal/interpersonal. Cuando el paciente refiere la historia, describiendo a protagonistas a través de rasgos psicológicos intrapsíquicos, que descargan de responsabilidad a los demás, el terapeuta puede intentar extender el relato a lo interpersonal. Por ejemplo, *“ella es una persona muy sensible”*, el terapeuta puede preguntar: *“¿Qué cosas, de las que usted hace, ponen más de manifiesto esa sensibilidad? ó ¿Cómo reacciona usted cuando ella se muestra tan sensible?”*

Por el contrario si la historia se centra exclusivamente en patrones interpersonales, por ejemplo, *“entre hermanos, las peleas son continuas”*, de modo que oculta las cualidades personales de los sujetos, puede ser útil, preguntar por dichas cualidades, por ejemplo *“dígame, cómo es Jorge, que cosas le disgustan a él*

de su hermano. *¿Y Francisco?, ¿es un chico impulsivo o más bien reflexivo?, ¿se diferencia en eso de su hermano, o son parecidos en esa forma de ser?*”

Intenciones/efectos: Ante el relato de un acontecimiento determinado, puede ser útil intentar cambios en la atribución de la intención de una persona y la discusión del efecto del comportamiento de tal persona o de la interacción de los protagonistas durante la situación. Por ejemplo: *“dices que Javier hizo eso por maldad, pero, quizás, se sintió rabioso, al sentirse de nuevo excluido, cuando Francisco y tú os pusisteis a cuchichear”* o *¿cómo te sentiste tú, cuando, Javier dio ese puñetazo en la mesa?*

Síntomas/conflictos: Cuando la narración está basada en circunstancias fuera del control de los protagonistas, como cuando se recurre al trastorno mental o a la locura, para explicar las pautas-problema. Por ejemplo *“me entra algo por la cabeza y me transformo, yo creo que en esos momentos me vuelvo loco y no sé lo que hago...”*. El terapeuta puede intentar cambios hacia un relato centrado en interacciones recíprocas *“¿ante qué circunstancias notas eso que te entra en la cabeza?, ¿suele ocurrir cuando tu mujer te lleva la contraria, en algo en lo que tu crees tener razón, o cuando ella llega más tarde de lo que tu esperabas, o ante qué otras conductas de ella notas ese “algo que te entra en la cabeza”?*

Roles/Reglas: A veces se describen roles familiares o sociales, fuera del contexto interactivo en el que el rol tiene lugar. Por ejemplo, *si a una madre se la describe como una mujer sumisa, se puede preguntar ¿con respecto a quien se muestra ella sumisa?* Por otra parte, hay roles bien definidos en nuestra cultura, que, por ser predominantes, hacen invisible lo que hay de cultural y de reglas de interacción social, en ellos. Es el caso, por ejemplo, de aspectos relacionados con el género y la cultura. Por ejemplo, *la rabia que expresa, después de un episodio depresivo una mujer, puede considerarse como un “cambio de personalidad después del episodio depresivo”* o como *“la expresión de su necesidad de cambiar el rol de ama de casa, aislada y dedicada a tiempo completo a las tareas del hogar, por otro rol más abierto a la amistad de otras mujeres, más autónomo y variado en responsabilidades y tareas”*.

5- Transformaciones en los valores de la historia.

Historias cargadas de algunos atributos, como bueno/malo, generosos/avaro, sabio/ignorante, puede ser importante intentar un cambio de valores en ellas. Sluzki (1992) cita como más frecuentes los cambios en las siguientes atribuciones de valores:

Buena/mala intención: El terapeuta señala: *“con su conducta rebelde, Laura la está ayudando a distraer sus sentimientos de tristeza”*, de modo que se connota positivamente una conducta hasta entonces considerada fruto de la “maldad o la locura”, o, en otra intervención, el terapeuta puede decir *“gracias a la depresión de tu madre, tú y tu padre os habéis puesto de acuerdo en algo”*.

Sano/insano (o loco/cuerdo): Por ejemplo, el terapeuta dice: *“mientras duró tu delirio, repetías que tu padre no era tu padre, porque su comportamiento contigo no era el de un padre. Ahora sabes que aquello fue una idea falsa que dominó en tu cabeza durante un tiempo, pero es posible, que, a través de ella, quisieras expresar algunos otros aspectos de la relación con tu padre, que podamos revisar juntos”*.

Legítimo/ilegítimo: Una paciente contaba el siguiente recuerdo de su relación con su padre: *“cuando me separé, me dolió mucho que mi padre me dijera, que podía ir a su casa las veces que quisiera, pero que, por favor, le mantuviera al margen de mi vida”*. En este relato, el terapeuta puede destacar la legitimidad del comportamiento del padre y su inteligencia, frente a la versión de la paciente de haberse sentido excluida por él. *El terapeuta puede ayudar a resaltar cómo, poniendo ese límite a la comunicación entre ambos, el padre pretendía seguir manteniendo una buena relación con la hija, al evitar enfrentamientos casi seguros entre sus dos visiones muy dispares del mundo.*

6- Transformaciones en la manera de contar la historia

Pasiva/activa: Cambios en esta dimensión pretenden pasar de una narrativa en la que el narrador se muestra como un objeto y son los otros los actores, a otra narrativa en la que el narrador adquiera más actividad y, por tanto, más responsabilidad. Sluzki señala que una transformación de pasivo a activo es una forma poderosa de expandir el relato. Ocurre así cuando los pacientes se definen como víctimas de síntomas o de relaciones en las cuales la postura de pasividad no ha sido impuesta por la fuerza física, opresión económica o ideológica. Pero es importante destacar, como lo hace Sluzki, que este cambio de postura puede ser contraproducente cuando el actor es un niño, una mujer abusada, un anciano frágil, etc. En estos casos el terapeuta ha de facilitar primero la descripción de la situación de pasividad o victimización, mientras reconoce ante la persona la falta de alternativas que aquella tenía en tal situación. De esta forma se puede devolver cierta capacidad de decisión al sujeto, incluso en situaciones muy coactivas. Por ejemplo, *una mujer relata la terrible experiencia de su violación. Sus recuerdos se cargan de culpa por no haber mantenido una actitud más combativa o defensiva ante sus violadores, que le hace dudar de su oposición y, por tanto, abre el camino a un posible “consentimiento arrancado a la fuerza”. La terapeuta, a través de la conversación, hace explícita y legítima, la pasividad que mantuvo la mujer durante la violación. Reconoce esta situación como de gran coacción, y le da a la persona un necesario reconocimiento como víctima.*

Una variación es la estrategia de externalización de White (White, 1993). En palabras de sus autores, la “externalización, es un abordaje terapéutico que insta a las personas a “cosificar” y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen”. De esta forma, cualidades que son consideradas como

inherentes a las personas o a las relaciones entre las personas, pueden hacerse más fácilmente cambiables. Así, cuando las personas explican sus problemas, lo hacen a través de descripciones “saturadas por el problema”, y que se han convertido en “relatos dominantes de la vida familiar” en palabras de White (193). Para él, la externalización ayuda a las personas en su lucha contra los problemas porque, entre otras cosas, hace disminuir los conflictos interpersonales estériles, en torno a quien es el responsable del problema, facilitando actitudes de cooperación y combatiendo la sensación de fracaso, de modo que se abran nuevas vías de solución del problema.

En la técnica de externalización, no son las personas, ni las relaciones entre las personas las que constituyen el problema. Es “el problema lo que es el problema”, y por tanto, la relación de la persona con él se convierte en el problema. White se centra en buscar excepciones o situaciones extraordinarias en las que el problema no está presente, para ir construyendo historias alternativas. Como estrategias de externalización, White utiliza lo que él denomina preguntas de influencia relativa. Estas preguntas animan a las personas, por un lado, a “*describir la influencia del problema sobre su vida y relaciones*”. Mientras que en segundo lugar, les ayuda a “*describir su propia influencia sobre la vida del problema*”.

Interpretaciones/ descripciones: si el narrador se centra en suposiciones o conjeturas, el entrevistador puede pedirle que describa lo que ocurrió como si hubiera estado allí: “*le ruego que me describa los acontecimientos lo más detalladamente posible, para que yo me pueda hacer una idea exacta de lo que ocurrió*”. O al revés, cuando la narrativa está muy cargada de acciones, el terapeuta intentará introducir motivaciones. Por ejemplo: “*saliste de casa y no volviste hasta el día siguiente.. ¿Y que crees que te motivó a comportarte de esa manera?*”

Incompetencia/competencia: Por ejemplo, cuando la paciente trae una narración de sí misma como una persona incompetente, que no sabe nada, y el terapeuta, le reconoce la sabiduría que hay detrás del reconocimiento de la propia incompetencia o ignorancia, al mismo tiempo que centra sus preguntas en los logros de esa persona a lo largo de su vida. Por ejemplo, “*haber sido una madre dedicada a sus hijos, haber conseguido sacarlos adelante pese al obstáculo que fue no tener dinero, ser analfabeta, no contar con apoyo familiar.*”

• **Metáforas:**

Según el Diccionario de la Real Academia, metáfora proviene de una voz griega que significa traslación. La definen como “tropo (es decir, empleo especial de una palabra) que consiste en trasladar el sentido recto de las voces a otro figurado, en virtud de una comparación tácita. Cuando la metáfora es conti-

nuada, se trata de una alegoría, en la que unas palabras se toman en sentido recto y otras en sentido figurado, de modo que se da a entender una cosa expresando otra diferente". Así, por ejemplo, se puede describir la ira como "fuego", la pasividad por "estar sentado", el deseo de poseer como "encadenar", etc.

Precisamente porque las palabras no tienen un sentido único, como señalábamos en un capítulo previo, es por lo que es posible la metáfora y la alegoría. Es decir, detrás de un nombre, están todos los posibles significados que no se nombran. La utilización de una palabra aludiendo, encubiertamente, a los otros sentidos consonantes con ella, hace posible la metáfora.

Ya señaló Aristóteles, en el libro tercero de la Retórica (Borges, 1997), que toda metáfora surge de la intuición de una analogía entre cosas disímiles. Aunque Aristóteles fundamentó la metáfora sobre las cosas y no sobre el lenguaje, destacamos aquí, su carácter de intuición y analogía.

Para autores como Erickson (Haley, 1973), la analogía es el mejor camino para llegar al inconsciente. En el trabajo de este autor, maestro en la comunicación metafórica, se encuentra con frecuencia el uso de la metáfora y la analogía con diversos propósitos. A veces, utilizaba la analogía con el fin de preparar a las personas para una intervención posterior, por ejemplo la inducción de un trance hipnótico. Otras veces las utilizaba para suscitar actitudes o marcos de referencia diferentes que ayuden a resolver el problema.

En un ejemplo de Erickson, al trabajar con una pareja en la que había habido un problema de infidelidad, Erickson se preguntaba: *"¿es esto la terminación de su relación o el comienzo de una nueva?"*. Si es la terminación, punto y aparte. Si es el principio de una nueva, ¿qué quieren de esa nueva relación? En otras palabras, ¿se están mudando de casa, de la antigua a una nueva? Si se están mudando, muy bien, no hablen de ponerse a fregar la cocina, el sótano, etc., ¿qué quieren tener en la casa nueva? Esta es una figura retórica, o una analogía que uso muy a menudo. "De modo que van a irse de la casa vieja, y dejarán allí todos sus muebles. ¿Qué tipo de vista quieren tener en la casa nueva? Ha de estar en una parte diferente de la ciudad, con una diferente vista; será una casa distinta por completo, con otros muebles, otro arreglo. Ahora bien, ¿qué es lo que quieren en la casa nueva?" (O'Hanlon, 1987).

En otro ejemplo de Erickson, buscando la transformación de una sensación dolorosa, utilizaba la siguiente alegoría: *"¿Sabe usted cómo es que el primer bocado de postre tiene un gusto tan rico? E incluso el siguiente bocado sigue gustando, pero cuando se llega al bocado sexagésimo sexto, ya no agrada tanto. Se ha perdido el gusto por él, y su sabor ha cambiado de un modo peculiar. No se ha convertido en "feo"; solo que se extingue"* (O'Hanlon, 1987).

La metáfora es una forma de comunicación paralela que ayuda a preparar al paciente para un paso siguiente o a vencer una dificultad en el tratamiento o a obtener información preguntando de otra forma y, por tanto, consiguiendo

do resultados distintos que por una vía menos convencional. Cuando se utiliza la metáfora, no se acompaña posteriormente de ninguna interpretación, que de, a la metáfora un significado específico (Haley, 1973). De esta forma, cada paciente extraerá sus propios significados, de entre las resonancias cognitivas y emocionales personales suscitadas por la narración metafórica.

- ***Distancia/Intromisión evolutiva en el ciclo vital:*** (se puede incluir también en las transformaciones de la dimensión tiempo)

Se puede emplear, por ejemplo, cuando un padre está muy distante de los sentimientos de su hijo en un momento determinado del ciclo vital. *Es el caso de la rebeldía y oposición de un muchacho de 17 años, que en un momento de la entrevista, refiere el deseo de dedicarse a una profesión distinta a la de su padre. El terapeuta puede escuchar el discurso del hijo y, cambiando de escenario, preguntarle al padre a qué se dedicaba él exactamente a los 17 años de edad. Esta intervención tiene por objeto establecer puentes generacionales que acerquen dos posiciones enfrentadas. En el caso del ejemplo, el padre contó como él había sido el primer miembro de su familia que había decidido dedicarse al campo. Este hombre había encontrado en su profesión la seguridad que buscaba también para su hijo, al que consideraba frágil e incapaz.*

En otras circunstancias, algún miembro de la familia puede estar en una fase del ciclo vital que impide el desarrollo adecuado a otro miembro que debería de ser, por motivos diversos, quien ocupase ese lugar. Es el caso del “padre joven amigo” o del hijo “hiperresponsable”. Ese padre puede estar frenando su propio desarrollo personal o, incluso, viviendo la vida de su hijo, al que dirá cómo ha de hacer las cosas en este periodo de su vida, paradójicamente clave para la autonomía del hijo.

3. Técnicas transformativas no verbales

Son aquéllas que se llevan a cabo predominantemente a través del lenguaje gestual o no verbal, aunque no tenga que ser éste el vehículo exclusivo en la práctica de estas técnicas.

Las técnicas no verbales se utilizan simultáneamente con las verbales, de modo que a veces pueden pasar desapercibidas por la preferencia que se le suele atribuir al lenguaje verbal en nuestra cultura. Por ejemplo,

El terapeuta puede hacer un comentario a una mujer deprimida acerca de su valía y capacidades potenciales y hacerlo elevando el tono de voz y mostrando más energía. O puede acercarse corporalmente a un muchacho enfermo mientras éste habla de su desvalimiento y su soledad, transmitiéndole a través del lenguaje gestual, su disposición a ayudarle y acompañarle, en el proceso de enfermedad.

Pero también las técnicas no verbales pueden convertirse en el aspecto predominante de una intervención, resaltándola en el campo de significados del paciente o pacientes.

Podemos seguir una guía para la transformación de los relatos mediante técnicas no verbales, parecida a la utilizada por Sluzski y que antes comentábamos.

Siguiendo su afirmación de que toda narrativa se desarrolla en un escenario, delimitado por un espacio y un tiempo (donde y cuando), con un contenido o trama (que) y llevado a cabo por uno o más protagonistas o personajes (quienes), las transformaciones no verbales intentan el cambio en alguna de estas dimensiones:

• *Transformaciones en el espacio*

Escultura individual o familiar:

A través de la escultura, se consigue una descripción de un mapa emocional individual o familiar. Esta técnica persigue la expresión, sin defensas tras las palabras, del clima emocional familiar o individual que, sin duda, está entorno al síntoma. En algunos casos, es más fácil rodear las defensas a través del lenguaje no verbal, menos sometido a un control consciente. La técnica de la escultura, introducida en la terapia de familia por autoras como Virginia Satir o Peggy Papp, consiste en pedirle a la familia que haga una representación visual y espacial de su auto-imagen, a través de la posición de sus cuerpos en el espacio, su postura y expresión, a través de la cercanía y la distancia y a través de la dirección de sus miradas (Onnis, 1994). Es, por tanto, una representación totalmente analógica o no verbal, que una vez finalizada, puede seguirse por los comentarios de cada uno de los miembros sobre sus sentimientos personales acerca de la escultura. Hay autores que utilizan la técnica de la escultura desde el principio, desde la primera sesión, mientras que otros (Onnis, 1994), con los que nosotros estamos de acuerdo, la utilizan a partir de una sesión, usualmente la 4^o o la 5^o, en la que ya se ha generado un clima de confianza y colaboración entre paciente o familia y terapeuta. La escultura demanda un clima de gran intensidad emocional, que, con más frecuencia, no se puede sostener desde el principio de la terapia.

Las esculturas son, en sí mismas, metáforas. La información facilitada por la escultura familiar se reorganiza y conecta con los síntomas, de forma que adquiere el significado de una metáfora familiar específica. Las esculturas han sido utilizadas en terapia familiar con frecuencia y en problemas específicos como los psicósomáticos (Onnis, 1994).

Por ejemplo, *se le puede pedir a una paciente bulímica, que no ha conseguido en sesiones anteriores plasmar en un registro sus sentimientos antes y después de los atracones, que nos exprese con su cuerpo, sin palabras, cómo se sintió antes y después de un atracón concreto, del que se está hablando.*

Cambio de sillas:

Por ejemplo, *pedir a dos miembros de la familia que se sienten juntos, para poner de relieve una alianza reconocida o no en el discurso verbal, o al contrario preguntarle a otro miembro si no estaría más cómodo sentándose al fondo, como forma de manifestar su posición periférica con respecto a la familia (Minuchin, 1984).*

Manejo de las distancias:

Esta técnica, como la anterior persigue explicitar alianzas o exclusiones en una familia o poner de relieve, a través del espacio, diferentes distancias “psicológicas” y roles. Por ejemplo, *el terapeuta “coloca” frente a frente a una pareja que se comunica de modo indirecto a través de conductas sintomáticas, sin hablar explícitamente las cosas.* En el plano no verbal, el terapeuta había observado durante la entrevista, como ambos mantenían sus discursos discordantes sentados en dos sillas paralelas, corporalmente dirigidos hacia el terapeuta y sin mantener ningún contacto visual o de otro tipo. Con respeto y empatía, les anima a revisar los temas pendientes con claridad.

• *Transformaciones en el tiempo.*

Escultura individual o familiar:

En narrativas muy estáticas (*“siempre he estado así de triste”*) o cargadas de desesperanza (*“hemos hecho todo lo posible, y nada ha sido útil para ayudarla”*), el terapeuta puede pedirle a la persona o a los miembros de una familia que hagan una escultura que refleje, sin palabras, utilizando solo el lenguaje gestual, la situación del paciente en estos momentos. Una vez que lo han hecho y que a cada uno se le ha pedido que exprese sus sentimientos, desde el lugar que ocupan en la escultura, se les pide que hagan otra escultura que refleje, ahora, una situación ideal en que los síntomas hubieran desaparecido o se hubieran aminorado. De nuevo, cada uno hace un soliloquio de sus sentimientos en esta nueva posición y su opinión acerca de qué tendría que haber cambiado para conseguirlo. Surgen también los miedos ante el cambio o las dificultades que han de afrontar para llegar a esa situación futura.

Con esta utilización de la escultura, se añade a la metáfora espacial, siempre presente en esta técnica, la dimensión espacial (Onnis, 1994). A la familia se le pide que haga una representación de sí misma, en distintos momentos evolutivos. Dependiendo del problema concreto de que se trate y, sobre todo,

dependiendo de la forma en la que se construya la pauta-problema, es decir, desde la historia biográfica, desde el pensamiento y la conducta o desde el sistema de relaciones y creencias, se utilizará la escultura en el tiempo de formas diversas. Así, por ejemplo, si la pauta-problema se construye desde la historia biográfica, se le puede pedir al paciente o a la familia que hagan una escultura, representando a la familia antes de la aparición del problema, en la época de aparición del problema y actualmente. Más adelante se le puede pedir, lo mismo que en el ejemplo anterior, la representación de la familia en el futuro y discutir los comentarios que se suscitan con el empleo de esta técnica.

Cuando, de modo contrario, las narrativas están muy cargadas de fluctuaciones o de ritmo apresurado, el terapeuta puede hacer una prescripción. Por ejemplo, *pedirle a una madre que está interrumpiendo, continuamente, el discurso de su hija, con gran rapidez y presión de habla, que acelere todavía más su propio discurso, con objeto de observar si una mayor rapidez e intensidad en sus interrupciones, tiene el efecto de tranquilizar más o menos a su hija, ya que la “rescata” del temible peligro de tener que dar sus opiniones.*

• ***Transformaciones en aspectos concretos de la trama de la historia: causalidad, interacción, valores, emociones.***

Escenificación:

Cuando el o la paciente describen el problema de modo confuso o su descripción está muy cargada de detalles que evitan la concreción de un problema, se puede pedir una demostración de la pauta-problema, mediante la escenificación de la misma. La escenificación ocurre durante el tiempo de la consulta y ante el terapeuta. A veces en el curso de la terapia, el terapeuta podrá pedirle al paciente, durante una escenificación, que se detenga, que busque alguna otra respuesta alternativa, que ensaye un cambio de ritmo, etc.

Esta técnica puede poner de relieve secuencias interactivas, oscurecidas o no tenidas en cuenta, por el discurso verbal y, favorecer el cambio de “las puntuaciones arbitrarias de la secuencia de hechos” que nos transmiten la ilusión de causalidad. Por ejemplo:

En el curso de una intervención psicoterapéutica, el terapeuta le pide a la familia que escenifique cómo son las rabietas del hijo pequeño, por las que acuden a la consulta. Hasta entonces la familia había hecho una descripción muy lineal de la conducta del niño. Su “puntuación de la secuencia de hechos” afirmaba que el niño tenía sus rabietas cuando no conseguía lo que quería de su madre. Durante la escenificación de la rabieta de este niño de cuatro años, el padre gritaba airado intentando poner orden. El hijo mayor de diez años, interrumpió la escena, señalando que no lo estaban haciendo bien, porque su madre no estaba abrazando a su hermano, tal como lo hacía en casa, mientras el padre chillaba. La secuencia lleva a la discu-

sión del papel de cada uno en la conducta sintomática, a la existencia de alianzas y coaliciones, así como a fomentar, al representarlo, una mayor sensación de control sobre el síntoma.

Señalamiento de contradicciones entre el plano verbal y no verbal:

Por ejemplo:

Una mujer dice haber “superado” la muerte de su padre, mientras las lágrimas la inundan. Durante una entrevista familiar, un padre, que consulta por depresión, se queja de lo poco que sus sentimientos son valorados por sus hijos, mientras coge un pañuelo que una hija le tiende para enjugarse las lágrimas. Otra madre consulta por fracaso escolar de su hijo. Mientras relata la conducta de rebeldía de éste en el colegio, sonríe incorporándose con energía en su asiento.

Doble silla:

En esta técnica se le pide al paciente que establezca un diálogo entre el paciente y otra persona del entorno significativo del paciente, o que establezca un diálogo entre dos puntos de vista de un conflicto. Es una técnica que proviene de las terapias gestálticas. Su objetivo es favorecer que el paciente reviva pensamientos y sentimientos negativos, experiencias, fantasías, emociones, de una forma consciente y en el aquí y ahora. Al paciente se le anima a que ocupe alternativamente los dos lados de un conflicto o disputa interno. Por ejemplo,

Una paciente que se debate entre el deseo de no ofender a su madre y el deseo de pedirle que la deje de tratar como una niña pequeña. La paciente puede, sentada en una de las dos sillas, expresar su deseo de cariño, de amor por su madre y de que ésta la siga queriendo y considerando “una buena hija”. Al sentarse en la otra silla puede dar rienda a la expresión de su deseo de que se respeten sus opiniones, de poder pensar diferente, de tener una mayor autonomía sin que eso la lleve a la ruptura de la relación con su madre.

Escultura familiar:

Ya descrita, como técnica, en otros apartados. Puede poner de relieve también nuevas interacciones, al mismo tiempo que ayudar a cambiar los valores de la historia como en el ejemplo de:

Una familia que consulta por la conducta inmanejable de una hija de dieciocho años. Al hacer la escultura, la madre colocó a la hija en el centro de la figura, ocupando, esta misma hija, el lugar de único eslabón de conexión de todos los miembros familiares. Durante el soliloquio de la madre ésta dejó de hablar de la hija como “rencorosa y vengativa” para reconocer su “dedicación a la unión familiar”.

• **Transformaciones en la manera de contar la historia:**

Una historia puede estar contada desde una posición o con un tono que va del extremo pasivo al activo, o del intensamente emocional al racionalizador.

Paso de pasivo a activo y viceversa:

Una paciente durante el curso de la terapia, pide continuamente del terapeuta consejos, opiniones y propuestas de soluciones. Este obstáculo para que la terapia avance, se puede poner en evidencia, si fallan otras técnicas verbales, con maniobras como la de pedirle que por unos minutos ocupe el lugar del terapeuta y actúe como si le estuvieran contando, como terapeuta, la historia que ella está refiriendo en ese momento.

El objetivo de la técnica es provocar un cambio de posición de la paciente. Ahora, la paciente ha de colocarse en el lugar de la persona que busca soluciones y se “hace cargo” del problema.

Paso de emocional a racional y viceversa:

Una historia casi exclusivamente racional, oscurece los aspectos emocionales. Para poner en evidencia dichos aspectos, se pueden prescribir técnicas de relajación o de inducción de trance hipnótico (si el terapeuta está entrenado específicamente) con objeto de reactualizar emociones pasadas o presentes del paciente.

Las mismas técnicas pueden ser de utilidad cuando la narrativa está, de modo contrario, excesivamente cargada de tono emocional. Quizá lo que refleja este hecho es que las técnicas de este tipo facilitan el equilibrio emocional-racional, tanto en situaciones de excesivo control, como en situaciones de desbordamiento emocional.

• **Instrumentalización del terapeuta:**

Se refieren a un conjunto de técnicas, más que a una en concreto. Son aquéllas en las que el terapeuta emplea sus habilidades, emociones y experiencias como persona, al servicio de la construcción de una nueva narrativa.

Utilización del lenguaje de actitud:

Por ejemplo, una mujer de 32 años, consulta por obsesiones y rituales de limpieza. Mientras está contando sus síntomas, con todo lujo de detalles irrelevantes, la terapeuta, se aleja y adopta una actitud de distracción aburrida, dejando vagar su mirada desde la paciente a distintos rincones del despacho. Cuando la paciente, a continuación, empieza a hablar de sus dificultades en las relaciones sociales con otros, la terapeuta puede mostrarse más interesada en el discurso, centrando su atención y acercándose corporalmente. La terapeuta y la paciente podrán discutir las diferentes actitudes, junto con los sentimientos de la terapeuta, cuando escuchaba, aburrida, el interminable discurso de la paciente o en el momento de sentirse interesada por el relato de las dificultades interpersonales que estaban en la base de sus problemas obsesivos.

En otras intervenciones en las que la misma paciente empieza a hablar, emocionada, de sus sentimientos de rabia hacia su madre y la actitud de excesivo control que tiene sobre ella, la terapeuta podrá acercarse corporalmente, transmitiendo de modo no verbal, el mantenimiento del foco, tal como se explicitó en el contrato terapéutico.

Utilización del silencio:

Una de las técnicas de más interés es la del silencio. No hay que olvidar que el silencio es una comunicación y, como tal, conlleva un mensaje, aunque éste sea, paradójicamente, el de no comunicar. Es significativo el momento en el que aparece el silencio y muy importante el comprender los motivos de éste y saber manejarlo, pues permite, mejor que ninguna otra técnica, facilitar que el entrevistado escoja el contenido de lo que va a decir sin recibir presiones por parte del profesional. En general, los silencios ocurren cuando el paciente está pensando la respuesta o cuando ha llegado a una situación de intensidad emocional que hace que llore o se emocione. En éste caso el silencio comunica el respeto del terapeuta ante su expresión de sentimientos y su apoyo para reconducir la entrevista.

También a veces el terapeuta utiliza el silencio para estimular al paciente a que siga hablando y elabore más sus respuestas o llegue a expresar contenidos que le causan malestar o sufrimiento. En ocasiones el entrevistador, mediante expresiones facilitadoras como “siga” o “¿sí?”, anima al paciente a que siga hablando. Hay que tener cuidado de que la técnica del silencio no se emplee abusivamente y el paciente tenga la impresión de que el terapeuta es indiferente o lo pueda vivir de forma persecutoria. Es el profesional el que debe discernir cuando su silencio ayuda al paciente y cuando no.

Utilización del “tempo”:

A veces, para resaltar una parte especialmente importante de la conversación o procurar que el paciente fije su atención en ciertos aspectos de la comunicación del terapeuta, éste podrá enlentecer el ritmo de sus intervenciones, cambiar el tono de inflexión de la voz, adecuarlo al contenido de la comunicación y otras muchas maniobras. Por ejemplo, bajar el tono de la voz, hablar despacio o marcando silencios, suele ocurrir en casos en los que el terapeuta está reflejando, en su intervención, algunos recuerdos dolorosos del paciente.

• *Rituales:*

Consisten en una serie de acciones, cuyos aspectos formales están cuidadosamente definidos (Selvini, 1988). A través de los rituales se pretende la prescripción de una interacción en la que surjan nuevas formas de relación que cuestionen o reemplacen a las antiguas formas. La prescripción de un ritual familiar no incluye el comentario verbal acerca de él. Es decir, no se acompaña de una explicación acerca del motivo o el significado del mismo.

El ritual puede considerarse en el plano analógico, lo que la metáfora es en el plano verbal. Ambas son comunicaciones paralelas o indirectas, dirigidas a desafiar cogniciones, emociones o creencias, utilizando imágenes lingüísticas o conductas con las que el paciente puede establecer una analogía, no necesariamente explícita.

Un ejemplo de ritual relatado por Mara Selvini (Selvini, 1988, Matteo Selvini, 1990), es uno en el que prescribió:

A una familia que todas las noches, después de cenar y durante las dos próximas semanas, antes de la siguiente sesión, uno de los miembros, cerrara cuidadosamente la puerta de la calle con cerrojo. Después, toda la familia se reuniría entorno a la mesa de la sala de estar, donde colocarían un reloj en el medio. Cada miembro de la familia, empezando por el mayor, dispondría de quince minutos para hablar. Durante este tiempo, cada persona, en su turno, expresaría sus propios sentimientos, impresiones y observaciones con respecto a la conducta de los otros miembros de la familia. Si alguno no tuviera nada que decir, permanecería en silencio, durante los quince minutos, mientras el resto de la familia también lo haría. Todo esto se limitaría a estas reuniones nocturnas, estando totalmente prohibido hacerlo fuera de esos encuentros cuidadosamente estructurados.

Este ritual estaba diseñado para ayudar a la familia en varias tareas, como son (Selvini, 1988):

1. definir claramente los límites de la familia nuclear frente a la familia extensa o de origen
2. darle a la paciente designada el lugar de miembro de pleno derecho dentro de la familia
3. establecer el derecho de cada uno de los miembros de poder expresar sus propios sentimientos y opiniones sin ser descalificado
4. impedir, al prohibir explícitamente las discusiones fuera de esas reuniones nocturnas, la persistencia de coaliciones secretas entre los miembros.

Pero, para terminar con el apartado dedicado a las técnicas, insistimos en lo artificial que es separar las estrategias generales, de las integradoras o de las técnicas y en clasificar éstas en verbales o no verbales. Hacer este tipo de distinciones, ayuda a “ver” el proceso y a pensar en utilizar las técnicas en un caso concreto, pero, en la clínica, todo sucede a la vez. Es decir, cuando el terapeuta se encuentra con un paciente, puede iniciar, desde el principio, un acompasamiento de su narrativa, mostrarse cálido y receptivo a las inquietudes del paciente, y emplear técnicas verbales, como las descritas, para, a través de la conversación terapéutica iniciar el proceso de transformación de las narrativas. La separación entre estrategias y técnicas, solo sucede en los textos de los libros. Es decir, en “la narrativa acerca de la narrativa del proceso psicoterapéutico”.

Fase de terminación

La preocupación por las fases finales o la *terminación* de la terapia ha venido de la mano del interés por las formas breves de psicoterapia. Cuando se reconoce esta importancia, ello tiene repercusiones notables no sólo al final de la terapia, sino sobre el contenido de las fases iniciales o lo que se acuerda en el contrato. Hasta tal punto que, en la medida en que la cuestión de la terminación ha sido seriamente considerada en el diseño de la terapia, cuando se llega al momento de la fase de terminación propiamente dicha, queda poco que hacer con respecto a ella. Algunos de los alumnos de nuestros seminarios han mostrado su extrañeza porque, después del hincapié que habíamos hecho en la importancia de la fase durante todo un curso, llegados a hablar de ella tuviéramos tan pocas cosas que decir. Es ese precisamente ese hincapié previo el que hace que esta complicadísima fase pueda llevarse a cabo sin problemas aparentes.

El final de la intervención psicoterapéutica, no implica necesariamente el final de la relación entre el terapeuta y el paciente. Puede dar lugar al establecimiento de unas *sesiones de seguimiento*, o en el caso de trastornos crónicos o recidivantes, o de existencia de estresores crónicos o de factores de personalidad que predisponen a recaídas, puede dar paso a una *terapia de mantenimiento* (con un contrato, unos objetivos y una forma de trabajo diferentes) (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, Mas Hesse, 1997).

Esta fase se guía por la prosecución de una serie de **objetivos** como son:

1. Evaluar conjuntamente el resultado de la terapia y acordar la conveniencia de terminar
2. Evaluar y potenciar la generalización de los efectos beneficiosos de la terapia y la capacidad de funcionamiento independiente.
3. Prever los efectos del final de la terapia, la separación del terapeuta y el afrontamiento de problemas previsibles sin apoyo profesional.
4. Prever recaídas y circunstancias que justificarían una nueva consulta.

Para lograr estos objetivos el terapeuta acomete una serie de **tareas como son** (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, Mas Hesse, 1997).

Objetivos, tareas, estrategias y técnicas

1. Revisar el curso de la terapia, los logros conseguidos y la capacidad del paciente para afrontar los pendientes

Para que esta tarea pueda ser abordada convenientemente es preciso que la terminación en sí haya sido objeto de discusión y trabajo en las sesiones. Por ello podría establecerse como principio general que la terminación debe ser anunciada (o explícitamente recordado su anuncio previo) y discutida explícitamente al menos dos o tres sesiones antes de la última.

Debe preguntarse al paciente que es lo que ha supuesto para él la experiencia de la terapia y pedirle que haga una valoración de los objetivos que se proponía alcanzar cuando la inició y lo que cree haber conseguido con ella. Esta tarea se ve muy facilitada si en las sesiones iniciales se ha preparado explicitando claramente los objetivos y solicitando del paciente cuál es su percepción de cuales podrían ser los mejores, los más probables y los peores resultados de la terapia (como recomendábamos hacer en el capítulo correspondiente).

Frecuentemente los objetivos planteados no se han cubierto en su totalidad o, al menos, no se ha cubierto de la mejor de las formas posibles. Esto no implica que la terapia no pueda ser terminada. En esta situación debe explorarse hasta que punto los objetivos aún pendientes pueden ser logrados –muchas veces gracias a lo aprendido con el proceso psicoterapéutico– por el paciente, sin necesidad de la ayuda del terapeuta. Para ello frecuentemente es útil revisar con el paciente cómo los avances que se han producido durante la terapia lo han hecho, cada vez mas, como resultado de los esfuerzos del paciente, requiriendo cada vez menos la ayuda externa del terapeuta. Es importante cerciorarse de que el paciente termina con la seguridad de poder completar el trabajo por su cuenta.

Se deben explorar cuáles son sus hipótesis acerca de qué es lo que le ha sido útil de la terapia y, en que medida, eso le es aún útil o necesario. Se deben explorar cuáles son las posibles fuentes alternativas de eso que la terapia ha proporcionado (sea comprensión, apoyo, la posibilidad de contemplarse a uno mismo desde el exterior o de disponer de un tiempo para ordenar las cosas, por citar algunas de las cosas a las que los pacientes suelen referirse).

2. Revisar la evidencia de capacidad de funcionamiento del paciente independiente del terapeuta

Generalmente en el momento de terminar la terapia conocemos una buena cantidad de situaciones en las que el paciente ha sido capaz de desenvolverse bien utilizando aquello que de la terapia le ha sido útil. En la fase de terminación conviene revisar estas experiencias, preguntarse por cuales eran los temores y otras emociones que las precedieron, las acompañaron o las siguieron, compararlas con las que produce la consideración del fin de la terapia y cuales son las expectativas sobre las reacciones del paciente ante dificultades previsibles. Se puede revisar también que otras fuentes de apoyo, diferentes del terapeuta, está el paciente en condiciones de utilizar a partir de ese momento y cómo se encuentra respecto a su capacidad de solicitar ese apoyo.

3. Modular el proceso de retirada de apoyo según los requerimientos de cada paciente

En ocasiones es conveniente programar una disminución paulatina del apoyo que el paciente está recibiendo en la terapia, para facilitar la exposición a los riesgos o dar seguridad. Esto puede lograrse disminuyendo la frecuencia de las sesiones, alargando el intervalo entre las mismas. Estos períodos largos de tiempo entre sesiones, proporcionan material extrasesión para afrontar algunas de las otras tareas propias de la fase de terminación (comprobar la competencia de funcionamiento independiente, experimentar reacciones a la terminación...).

El mismo objetivo puede lograrse disminuyendo la duración de las sesiones hasta dejarlas prácticamente reducidas a una cita en la que el paciente da cuenta de que su funcionamiento se ha ajustado a lo previsto o de los modos en los que ha conseguido superar sus dificultades.

Otra posibilidad es la del cambio paulatino de la actividad del terapeuta que puede cumplir una papel de apoyo cada vez menor, puede intervenir

cada vez menos o puede mostrarse cada vez más como una persona real que ha cumplido el papel de terapeuta durante un momento concreto de la vida de otra persona que ha sido su paciente (con lo que, de hecho, está retirando disolviendo la relación explícita y activamente terapéutica)

4. *Abordar los aspectos de dependencia o beneficio secundario (bajas, rol de enfermo...) vinculados a la terapia*

Sobre todo cuando se trabaja en el sector público, es frecuente que el terapeuta desempeñe, además, otros papeles para el paciente. Puede ser, por ejemplo, el encargado de concederle la baja laboral. En este caso es obvio que aparecerán otros intereses que pueden interferir con el de mejorar y acabar el tratamiento lo más rápido posible. Volver a trabajar (o peor, perder la prestación por desempleo que se sigue percibiendo al estar de baja laboral) puede suponer una amenaza mayor que la de perpetuar el trastorno y, desde luego, que la de continuar el tratamiento.

Pero hay otras muchas situaciones en las que aparecen otros beneficios secundarios. Por ejemplo: adoptar el rol de enfermo puede ser el único modo de conseguir determinados cuidados, muestras de afecto o exenciones de obligaciones en algunas familias.

Rosa, una mujer de 81 años que acudió a consulta con cuadro depresivo grave, temía que si dábamos por terminado el tratamiento, la hija que le quedaba soltera, que, durante su enfermedad, se había trasladado a vivir con ella, volviera a su casa y la dejara, de nuevo, viviendo sola.

En ocasiones la relación con el terapeuta pasa a jugar un papel de sustituto de otras posibles relaciones que podrían ser fuente de satisfacción y el paciente trata de mantenerla. El terapeuta intentará en estas ocasiones hacerle ver que este tipo de relación precisamente impide que el terapeuta pueda serle de utilidad como tal, y que su papel consiste, precisamente en ayudarle a ponerse en condiciones de hacer otras relaciones.

Me gustaría que entendiera lo que quiero decirle. Usted ha podido establecer aquí, conmigo, en la consulta, una relación con la que se siente a gusto porque no se siente obligada a comportarse como hemos estado viendo que le sucede con otras personas. Si ha podido hacerlo aquí conmigo, podrá hacerlo con otras personas. Lo que tendríamos que hacer aquí ahora es, precisamente, averiguar qué es lo que ha sucedido aquí de distinto para que usted pueda ensayarlo fuera. Mi papel es ayudarla a que usted haga esto. Precisamente puedo hacerlo, y puedo serle útil como terapeuta, porque usted y yo no somos amigos y porque dedicamos nuestro tiempo en común a trabajar para que usted avance en este sentido y no a pasarlo bien. Si hiciéramos esto último y usted se conformara con lo que ha conseguido entrever que puede conseguir

de las relaciones con otras personas aquí, en este especie de laboratorio, yo me habría convertido en un obstáculo para su avance, en lugar de en una ayuda. Y nuestro compromiso, como recordará, era trabajar juntos para que usted pudiera dejar de actuar de esa forma que acaba haciéndole sufrir.

5. Afrontar los posibles aspectos de duelo ligados al fin de la terapia

Que duda cabe de que lo deseable es que la relación terapéutica sea contemplada por el paciente como una relación útil y valiosa. Por regla general, al llegar el momento de la terminación durante la terapia se han producido momentos emocionalmente intensos que se han compartido con el terapeuta. Por todo ello el fin de la terapia entraña una pérdida, que sobre todo en las personas que tienen dificultades para afrontar este tipo de acontecimientos –muchas de las que acuden a la consulta–. Puede entrañar dificultades que pueden requerir una intervención específica.

Por ello en las sesiones dedicadas a la terminación debe hacerse explícitamente referencia a la posibilidad de que esta sea experimentada como una pérdida y requiera un trabajo específico de duelo. En el caso de los pacientes que han acudido a terapia por trastornos afectivos es especialmente importante considerar que el sentimiento de pena (o de indefensión, o de miedo...) que puede acompañar a la separación de la terapia y del terapeuta pueda ser interpretado como una recaída en lugar de cómo una reacción adecuada.

6. Prever problemas futuros y estrategias de afrontamiento

Tras revisar las evidencias acerca de la capacidad del paciente de afrontar sus problemas sin ayuda a partir de las situaciones a las que ha hecho frente en el curso de la terapia, conviene cuáles pueden ser los problemas que es previsible que ocurran una vez concluida y preguntarse con el paciente que es lo que puede ocurrir ante ellos. Una estrategia recomendable puede ser la de preguntarse como hubiera respondido ante ellos si no se hubiera producido ningún cambio desde el inicio de la terapia, qué sería lo mejor que podría suceder y que es lo que parece más probable, así como qué cosas o personas –diferentes del terapeuta– le podrán ser de ayuda si en un momento dado flaqueara.

7. Definir condiciones de una nueva consulta

El auge de las formas breves de terapia ha tenido como efecto colateral el ocaso de la idea de que la terapia acababa de una vez por todas, con un suje-

to, sano, en el que no cabría esperar recaídas. Budman y Gurman (1988), por ejemplo, en su clásico texto sobre psicoterapia breve publican, para ilustrar su modo de trabajar un caso que es el de una segunda intervención psicoterapéutica sobre un sujeto que recae a raíz de un acontecimiento vital, después de haber sido tratado años antes con otra intervención breve.

En la fase de terminación debe establecerse cuáles son las condiciones en las que el sujeto debe buscar de nuevo ayuda y cuál es el procedimiento por el que debe hacerlo (llamar al centro, consultar con su médico de atención primaria...). Se deben establecer las diferencias entre éstas situaciones y otras (incluida la que puede desencadenar el duelo por el fin de la terapia) para las que se pueden encontrar otras explicaciones o en las que puede buscar otro tipo de ayuda o apoyo.

Dificultades

1. El paciente plantea nuevos objetivos diferentes de los acordados en el contrato

Lo más frecuente es que esto suceda como un procedimiento para evitar afrontar la separación

Lucas, un administrativo que acudió a consulta con síntoma conversivo muy incapacitante, que remitió en el curso de una terapia de casi un año de evolución, a la que estaba prevista que fuera su penúltima cita, comentando que, efectivamente, sus síntoma había desaparecido, pero que no creía que pudiera darse por terminada la terapia hasta que no se resolviera el miedo atroz que le daban —y siempre le habían dado— las ratas. Revisamos cuales habían sido los objetivos fijados para la terapia. Pero, sobre todo, tuvimos que trabajar cuáles eran las fantasías sobre la terminación que hacían que le pareciera necesario prolongar una relación en la que se había sentido valorado y apoyado. En el curso de este trabajo pudo enfrentar su propuesta revisando con humor otras fobias (las serpientes, las cucarachas...) que podría utilizar posteriormente para intentar mantener la relación.

En estas situaciones es necesario referirse a los acuerdos establecidos en el contrato como objetivos, pero lo principal es trabajar el miedo a la separación y a tener que afrontar sin apoyo la vida después de la terapia.

Puede suceder también que se planteen objetivos que realmente requieran atención y que pasaron desapercibidos durante la evaluación o que han sobrevenido durante la terapia. En ese caso es preferible explicar que se termina la terapia que inicialmente se contrató y que se procede a elaborar el contrato de una nueva que incluya los nuevos objetivos. La experiencia de trabajo ya realizado puede utilizarse en el proceso de contratación para hacer puntualizaciones sobre el encuadre, el modo de trabajar, la duración prevista o los resultados esperables.

2. El paciente no se considera capaz de mantener o consolidar los logros de la terapia sin ayuda

Este es uno de los temas básicos del trabajo de terminación. En ocasiones las dudas del paciente persisten a pesar de que, tras el análisis conjunto de lo ocurrido en la terapia, para el terapeuta sea claro que el paciente va a poder seguir avanzando sin su ayuda. Cuando esto es así, el terapeuta puede proponer al paciente un periodo de prueba, estableciendo un lapso de tiempo (dos, seis meses...) en los que el paciente intentará valerse por sí mismo, tras el cual, si el paciente sigue considerando que precisa ayuda el terapeuta se compromete a establecer un nuevo contrato con unos objetivos adecuados a la nueva situación.

Claudia es una mujer de 23 años que acudió a consulta con un cuadro depresivo de tres años de evolución que se no había respondido a los protocolos de tratamiento de depresión resistente con los que se había manejado en su ciudad de origen. Acudió a nuestro centro cuando su hermana decidió traérsela a su casa desde su ciudad de origen, antes de decidirse a firmar el consentimiento informado para la aplicación de una tanda de sesiones de terapia electroconvulsiva que su psiquiatra le presentó como la última alternativa en el citado protocolo. En la evaluación su cuadro se puso en relación con la transición del rol de adolescente estudiante al de mujer adulta, suficiente económicamente que se sentía obligada a ser atractiva para conseguir apoyo afectivo. En cuatro meses Claudia había mejorado francamente de estado de ánimo, había abandonado su retraimiento, había alquilado a la hermana un estudio que poseía en nuestra ciudad, había conseguido un empleo y había iniciado –muy prudentemente– una relación sentimental con uno de los compañeros de trabajo. Al evaluar conjuntamente con ella estos logros para plantear la terminación, Claudia, que admitía que estaba francamente bien, se resistía a terminar el tratamiento aduciendo que lo que había conseguido era, precisamente, porque sabía que contaba con el apoyo de la sesión semanal y que se derrumbaría inmediatamente en cuanto le faltase. Finalmente aceptó un periodo de prueba que se definió también como una oportunidad para poder trabajar conjuntamente los condicionantes del fracaso que ella temía –si llegaba a producirse– y las formas de evitar que se repitiera más tarde. Acordamos que llamarían si creía que precisaba más ayuda. Recibimos seis meses después una nota anunciándonos su boda y agradeciéndonos la ayuda.

Salvar las dificultades. La resistencia

La resistencia se entiende aquí como la dificultad para avanzar hacia el cambio, en el contexto de la relación con el terapeuta. Por ello, las técnicas verbales y no verbales dirigidas a transformar o rodear la resistencia, las describimos en el contexto de esa relación.

La resistencia se define como un proceso de distorsión, de evitación o de huida durante el proceso terapéutico, cuando en éste se enfrentan temas como los siguientes:

1. Evitación del sufrimiento. Por ejemplo, la recuperación de recuerdos dolorosos.
2. Aceptación y elaboración de impulsos y sentimientos negativos. En la elaboración de un duelo, la dificultad para reconocer sentimientos ambivalentes hacia el fallecido, sería un ejemplo.
3. Temor ante cambios en el sistema de relaciones significativos que afecte profundamente a la identidad personal. Un padre que se relaciona de modo muy autoritario con su hijo, teme, al dejar de hacerlo o aceptar una relación con él de iguales, sentirse como un hombre débil e inseguro.
4. Afrontamiento de nuevas habilidades. Es el caso de la cronificación de una depresión ante la necesidad, si se produjera la mejoría, de aprender a realizar nuevos roles y tareas.
5. Cuestiones de posición y poder referidas a la relación familiar o a la relación terapéutica.

6. Miedo a perder los beneficios que, pese a todo se asocian a la pauta-problema.

Todas estas situaciones tienen de común el desafío a las necesidades de seguridad, aceptación social e integridad personal y, por tanto, provocan culpa, ansiedad, vergüenza u otros sentimientos y emociones molestas o dolorosas. Los esfuerzos del paciente por evitarlos, se manifiestan en lo que conocemos por resistencia. La resistencia se puede traducir tanto en conductas, como la de llegar tarde a las citas o en acciones más sutiles, como llenar la conversación de detalles irrelevantes (Gold, 1996).

Consideramos que la resistencia puede surgir a cualquier nivel de conciencia, y ser reconocida o no por el paciente.

Para las posiciones psicoanalíticas más tradicionales, la “verdadera resistencia” es un proceso inconsciente. Las terapias gestálticas y existenciales consideran la resistencia como una escenificación, dentro de la terapia, de las formas en las cuales la paciente evita una verdadera expresión de sentimientos y experiencia (Gold, 1996).

Desde nuestro marco de pensamiento de las narrativas integradoras, es difícil entender la resistencia, si no se acepta un marco de relación en el cual se supone que la terapeuta tiene un mayor conocimiento acerca de la experiencia de la paciente, que la paciente misma. Con todo lo que llevamos dicho en éste y en otros capítulos, ese planteamiento no encaja con las ideas constructivistas, en las que se prioriza el conocimiento del paciente sobre sí mismo (“paciente como experto de sí mismo”).

Aceptar esto, nos lleva a pensar en las dinámicas de la resistencia como reflejo de una situación en la que la relación terapeuta-paciente, no está consiguiendo sus objetivos de construcción de narrativas nuevas, a través de la empatía, el acompañamiento y las técnicas transformativas.

Desde esta posición, el terapeuta adquiere una mayor responsabilidad, como experto conversacional, no como mayor conocedor de la experiencia del paciente. La resistencia no es fruto de las dinámicas intrapsíquicas del paciente o de la incapacidad del terapeuta como factores separados, sino de la fuerza contraria al cambio acordado por los dos, y que surge en el curso de la relación terapeuta-paciente. La terapeuta habrá de preguntarse, por ejemplo, cómo ayudar a salvar el miedo del paciente, o si una intervención determinada ha podido tener el efecto de culpabilizarle o si la dinámica que tiene que ver con el estatus y la forma en la que se percibe el poder de ambos está entorpeciendo el proceso.

Partimos de la postura general de que la resistencia, cuando surge, indica una necesidad de enlentecer o, en general, cambiar el ritmo del proceso o buscar nuevas vías o abordajes para el cambio. La resistencia tiene una fun-

ción protectora para la persona, por tanto, la responsabilidad del terapeuta es ayudar al paciente a entender cual es su propósito y volver a su favor la fuerza que la mueve, huyendo de posturas culpabilizadoras para el paciente.

Por ejemplo, una mujer de 20 años inicia tratamiento cognitivo-conductual por sintomatología bulímica. Refiere dificultades en las relaciones actuales con su madre y una infancia teñida de tristeza por la separación de los padres y la desaparición de éste de la vida de la paciente. La paciente había reencontrado a su padre hacía poco tiempo. La terapeuta, desde su modelo, mantiene una actitud más directiva, le propone una explicación de sus síntomas y le pide que haga un registro para la próxima sesión. La paciente acude a las sesiones, pero no cumple las tareas que la terapeuta le pide. Discutida la situación de estancamiento, se plantea el cambio a otro tipo de abordaje, en este caso una terapia interpersonal, en la que se traten más directamente las quejas centrales de la paciente, con respecto a sus relaciones significativas actuales y pasadas.

Este ejemplo puede ayudar a entender cómo una intervención que no es percibida por la paciente como consonante con sus principales miedos y ansiedades, tiene más probabilidad de suscitar actitudes de resistencia, no cumplimiento y fracaso terapéutico.

Las personas se apegan a sus viejas pautas de conducta y formas de vivir y de describir su experiencia. Sin duda, la ansiedad que suscita el cambio, y que se refleja en la resistencia, puede tener sus raíces en modelos de afrontamiento derivados de experiencias relacionales pasadas o en conflictos actuales del paciente. Como señala Gold, es un asunto de énfasis direccional (Gold, 1996) considerar si la interacción actual es una sombra del pasado y es causada por eventos ya distantes o el pasado todavía vive en la interacción actual.

De cualquier forma, lo que nos interesa aquí, es el “cómo” de la resistencia en el contexto de la relación con el terapeuta. Porque el paciente no se “resiste” al cambio en el vacío, sino a un camino de cambio determinado propuesto a través de una relación terapéutica determinada.

La actitud integradora que defiende terapias construidas “a medida” con el paciente tendería a disminuir las fuerzas contra-cambio.

Se puede manejar la resistencia de modo directo, confrontándola e interpretándola explícitamente o también de modos indirectos, como por ejemplo, evitando responder a comunicaciones incongruentes o utilizando técnicas como las metáforas o potenciando la resistencia hasta ser evidente la incongruencia.

Sea cual sea el método que se utilice, es fundamental respetar siempre el ritmo del paciente. Esto quiere decir, que hemos de estar seguros, terapeuta y paciente, que éste último está preparado para avanzar hacia una posición nueva. De esa forma se disminuye la ansiedad y la sensación de fracaso, al mismo tiempo que se ayuda al paciente a aumentar su sensación de capacidad de control del proceso de cambio.

Es útil explicitarlo así con el paciente. Por ejemplo, algunos terapeutas sistémicos (Segal, 1991) siempre advierten al paciente del “peligro” de la mejora, es decir, repasan con él o ella las dificultades que pueden originarse si se produce el cambio deseado, incluso ayudando al paciente a pensar en riesgos adicionales en caso de desaparición del síntoma.

Así, por ejemplo, ante una paciente que presenta una agorafobia, se le puede pedir con insistencia que cualquier solución de las que se acuerden en la terapia, ha de intentarla sin mucha energía y con calma, pese a reconocerle a la paciente su intenso deseo de mejorar, para asegurarse que los hipotéticos cambios tengan lugar de modo muy gradual, de forma que le de tiempo a la paciente de ir asimilándolos. Con la mujer agorafóbica del ejemplo, el terapeuta puede hablar de todo lo que ella arriesga si empezara a cambiar y a salir de su casa. Es fácil prever que aumentaría su ansiedad, se expondría a las situaciones sociales temidas por ella, tendría una probabilidad mayor de encontrar trabajo, convertirse en una persona adulta y autónoma y salir de su casa. De ese modo dejaría, también, de ser la compañera eterna de su padre minusválido.

El objetivo de este tipo de intervenciones es prever situaciones de riesgo potencial de recaídas y evitar la desesperanza de la paciente. Además la terapeuta es así capaz de empatizar con las ansiedades de la paciente y transmitirle que no tiene prisa porque se produzca el cambio.

Las dificultades pueden ponerse de manifiesto en algunas situaciones de la interacción terapéutica con más frecuencia. Las siguientes pueden considerarse como ejemplos de indicadores de situaciones de estancamiento o dificultad para conseguir el cambio:

1. Conductas que dificultan las condiciones para la interacción: agresividad, faltas a las sesiones injustificadas... Es el caso del paciente que con un tono irritado o abiertamente hostil, impide la exploración de algunos temas. También la paciente a la que “siempre le ocurre algo”, que le impide llegar a tiempo a la sesión o acudir con regularidad.
2. Conversaciones prolijas en detalles irrelevantes. Como cuando el paciente se está acercando a relatar algún hecho doloroso y desvía la conversación en temas paralelos, en los que pierde el hilo del discurso.
3. No comunicación de datos o secretos. A veces, la terapeuta puede tener la sensación de que la terapia no avanza, y es porque le pueden faltar datos que el paciente, de modo consciente o no, está ocultando.

Es el caso del tratamiento de una mujer agorafóbica, que no cumplía, pese a haber sido acordado previamente, ninguna tarea que requiriera ni la más mínima exposición. El tratamiento avanzó, cuando la paciente se sintió con más confianza con la terapeuta, y pudo hacerle una revelación. Hacía años, esta mujer se había separado de una pareja que la había maltratado física y psíquicamente. En los últimos meses había reiniciado relaciones con este mismo

hombre, hasta que, al reproducirse el maltrato, había decidido abandonarlo definitivamente. Desde entonces, la mujer estaba siendo víctima de una situación peligrosa de amenazas y acoso a ella y a su hijo, por parte de este hombre. La paciente no había revelado esta situación hasta muy avanzada la terapia, porque se sentía avergonzada por haber reiniciado la relación con su maltratador. La mujer expresaba a través de sus síntomas, no solo los conflictos pasados de su infancia, sino la situación de miedo actual, ante la idea de salir de casa o distanciarse de su hogar.

4. Propuesta de coaliciones al terapeuta con otros miembros de la familia. Es el caso del padre que le hace gestos al terapeuta, mientras el hijo está hablando o la mujer que acude sin cita para ver al terapeuta y “revelarle importantes datos, sin los cuales no puede entender el problema”. A veces, la propuesta encubierta de coalición llega por otras vías, como envío de cartas y mensajes, llamadas telefónicas no previstas, etc. El terapeuta ha de estar muy atento a señalar las “reglas del juego” de modo claro desde el inicio y a desmontar con habilidad estas maniobras sin reproches ni culpabilizaciones estériles. Ayuda a hacerlo así, el considerar todos estos gestos como consecuencia de la angustia y del “no saber cómo hacer” para ayudar a un paciente determinado. En raras ocasiones puede haber un intento de boicotear la terapia de otra índole, como en el caso de intereses encubiertos e ilegítimos. Por ejemplo, la búsqueda de una incapacitación por motivos económicos, etc.
5. Rigidez y repetición de pautas disfuncionales. Ocurre a veces, en el curso de una terapia, que se interrumpe el proceso de mejoría emprendido por la reaparición o intensificación de una pauta de conducta disfuncional, ya abandonada por el paciente. Es decir, se produce una reagudización de la pauta-problema, cuyo significado habrá que discutir con el paciente, en cada caso.
6. Cuestionamiento continuo de la pericia del terapeuta o actitudes de extrema dependencia. En muchas ocasiones son expresión del miedo soterrado del paciente a confiar en alguien que sea capaz de sostenerle, si se llega a desmoronar. Algunas actitudes de dependencia suponen la reproducción de pautas de incompetencia y minusvalía que el paciente mantiene en su auto-narrativa.

A veces, tienen que ver con cuestiones de estatus y diferencias de poder entre paciente y terapeuta. En ocasiones, son dificultades “conocidas” por el terapeuta, y que provienen de sus propias pautas disfuncionales personales, que se reactualizan en la relación concreta con ese paciente. Por parte del paciente se podría decir lo mismo. Que las cuestiones de lucha por el poder en una relación, le han acompañado desde siempre y que, la relación tera-

péutica es una más en las que se ponen de manifiesto. Otras veces, estos aspectos de la relación, asociados a la posición, jerarquía y poder, salen a la luz con fuerza, por primera vez en esta relación terapéutica, y no han tenido tanta importancia en relaciones pasadas o actuales diferentes de la terapéutica.

Una conclusión que se desprende de todo lo anterior es que durante el proceso psioterapéutico, las dificultades que surgen, obstaculizando el cambio para los pacientes, se consideran dentro de la interacción terapeuta-paciente. Esta perspectiva obliga a una mayor responsabilización del terapeuta que ha de buscar otras alternativas que ayuden a rodear las dificultades, así como a mantener una actitud de flexibilidad para poder adaptar la propuesta psioterapéutica a la relación con *ese* paciente en particular.

Combinación de psicofármacos y psicoterapia

La práctica de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos combinados es, probablemente, una de las más frecuentes en nuestro medio. Coinciden con esta observación, las opiniones de los clínicos de distintos países, que afirmaban que la combinación de tratamientos se usaba también de modo habitual.

Pese a esa experiencia de la clínica, la psicoterapia y los diferentes libros de texto sobre su práctica, han obviado hasta hace poco esta cuestión. La farmacología por su lado, también ha pretendido campar por sí sola en el campo de los tratamientos, por lo que en los manuales al uso, tampoco ha sido frecuente encontrar un capítulo dedicado a la combinación de tratamientos.

Las raíces de esa disociación, a veces reconocida y a veces no, las podemos encontrar en el antiguo dilema acerca de la oposición entre lo biológico y lo psicológico, entre el cuerpo y la mente, heredera del dualismo cartesiano.

Las dificultades de integración psicofármacos y psicoterapia tienen que ver, en su base, con las dificultades para experimentar el mundo de forma integrada. Desde la Antigüedad, nuestra forma de percibir se apoya en la confrontación entre un mundo de las ideas, frente a un mundo de las cosas. La psicoterapia, por una parte, y los psicofármacos, por otra, son representantes de cada una de esos mundos excluyentes.

Desde esta postura, viva aún en los modelos médicos reduccionistas, o se trata la mente a partir de técnicas psicológicas o se trata el cuerpo a través de técnicas dirigidas a lo biológico representadas por el uso de los psicofármacos.

La psiquiatría y la psicología, las dos profesiones a las que se les debe el nacimiento y desarrollo de las prácticas psicoterapéuticas, han actuado también como herederas de ese antiguo dilema. La Psiquiatría, que se acercó a la psicoterapia desde la tradición médica más biologicista y la Psicología que surgió, desde una tradición basada en el pensamiento y la Filosofía.

Pero mientras sucedía esto en lo teórico, en la práctica clínica los profesionales seguían utilizando psicofármacos. Salvo aquellos terapeutas que no se veían obligados, como en el caso de los profesionales de la asistencia pública a dar respuesta a una gran variedad de casos, el resto tenían grandes dificultades cuando intentaban separar los contextos farmacológicos de los psicoterapéuticos o no lo intentaban y utilizaban simultáneamente las dos alternativas. Mientras tanto la contradicción entre lo que supuestamente planteaba el modelo teórico y la experiencia clínica no se debatía o se intentaba reformular, sino que sencillamente se negaba.

Eso se reflejó en la escasez de publicaciones sobre el tema en libros y revistas donde la cuestión se obviaba, de modo que, hasta donde nosotros conocemos, no ha sido un aspecto de la práctica de la psicoterapia que haya merecido una gran reflexión o una preocupación por la elaboración de guías o de recomendaciones sobre la práctica.

Tradicionalmente, para la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas convivían dos posturas. Por un lado, las derivadas de la tradición más puramente médica, que aceptaban que el paciente se sometiese a un tratamiento psicofarmacológico, pero en ningún caso, integrado dentro del tratamiento psicoterapéutico. El paciente discutía las cosas de su medicación con un psiquiatra, mientras llevaba a cabo su psicoterapia con un psicólogo, un psiquiatra u otro profesional. Quedaban así divididos los campos de acción.

La otra postura, entendía el trastorno mental como emergente de una disfunción comunicativa o de un conflicto en el proceso de la dinámica familiar o del atrapamiento en una narrativa coercitiva, según las distintas épocas y modelos. Se negó la implicación biológica en el enfermar mental, y no fue éste un tema de interés en las publicaciones. De cualquier modo, la “causa” radicaba en el “interior” del psiquismo del sujeto o de la dinámica familiar, en paralelo con la visión médica en la que la causa radicaría en un gen o en una alteración bioquímica susceptible de ser corregida con drogas. La posible alteración biológica sería secundaria y el tratamiento de elección sería siempre la psicoterapia.

Desde el otro campo, la psicofarmacología, la introducción desde los años 50 de los antipsicóticos, los antidepresivos y los ansiolíticos modernos en el tratamiento de los trastornos mentales tuvo como consecuencia no sólo un nuevo arsenal de recursos terapéuticos sino un nuevo modelo en la confor-

mación de estos recursos. Un modelo que vino de la mano del **ensayo clínico** y que exigía la demostración empírica de la utilidad de los remedios que se iban a utilizar con los pacientes. Un modelo que produjo una revolución de la psiquiatría que supuso la práctica desaparición de las intervenciones psicosociales (y aún, aunque eso no nos ocupe aquí, de la reflexión psicológica o psico(pato)lógica) de las principales publicaciones, líneas de investigación y reflexiones de la Psiquiatría desde mediados de los años setenta.

Como consecuencia de esto, a los tratamientos se les exige no una justificación racional⁶, sino una demostración de eficacia. Sorprendentemente en los albores de la época farmacológica las diferentes escuelas psicoterapéuticas habían producido volúmenes ingentes refutándose mutuamente las bases teóricas y se habían dividido como resultado de apasionados cismas, pero no existía ninguna demostración de que la psicoterapia fuera eficaz en el tratamiento de los trastornos mentales –como señaló acertadamente Eysenc ya en 1952– y, lo que es peor, no existía una metodología adecuada para dar cuenta de tal eficacia.

Basta echar una ojeada a los índices de las revistas internacionales de mediados de los años 90 para comprobar que las intervenciones psicosociales vuelven a ocupar en ellas el lugar que habían abandonado durante los ochenta (como retorna, a veces de su mano y a veces como un eco desde lo académico, el interés por la psicología y la psico(pato)logía). (Fernández Liria, 1998)

Aún estábamos en la época en la que se confiaba que un único modelo tuviese la llave explicativa de la compleja conducta humana, y de nuevo los distintos modelos psicoterapéuticos, aún aquéllos que defendían en lo teórico un concepto de mente muy alejado de la dicotomía cartesiana, utilizaron una metodología derivada de ésta, pues se redujo el nivel de análisis del trastorno mental al nivel intrapsíquico o conductual o relacional, según las distintas escuelas, actuando cómo si no existiese un nivel de influencia social o cultural o un nivel de influencia biológico (cuando hablamos de influencia nos referimos a una influencia biunívoca). La negación de la interdependencia cultural o social, llevó a los terapeutas a contemplar al sujeto o la familia como un ente aislado de ese contexto social, dentro del cual radicaba la patología, ahora no en forma de genes disfuncionantes, sino de psiquismo o relaciones disfuncionales. La crítica a estos planteamientos se hizo patente sobre todo en la década de los 80, con el auge de las publicaciones dedicadas a cuestionar el tratamiento dado hasta el momento a los temas de género, cultura, poder, etc. (Rodríguez Vega, en Mirapeix, 1998).

6. En este aspecto lo que luego experimentó un impresionante desarrollo con el nombre –abusivo– de *psiquiatría biológica*, carente de un modelo de ser vivo y conformada como un conglomerado de hipótesis *ad hoc*, no podía competir en modo alguno con ninguna de las escuelas que se disputaban la hegemonía en la psiquiatría a la que sustituyó con tanto éxito

La influencia de lo biológico era claramente aceptada por algunos modelos, aunque no se consideraba como un terreno de acción propia, mientras que otros modelos, sencillamente, la negaban. Quizá porque el discurso biológico se había cedido a los modelos médicos tradicionales. Lo cierto es que en esa época muchas escuelas, algunas aún en la actualidad, consideraron que la administración de psicofármacos podía suponer una obstaculización al proceso psicoterapéutico o una mayor designación del paciente ya previamente designado y contribuir aún más a su descalificación en su estatus de enfermo mental. Las acusaciones de tener un efecto meramente encubridor o carecer de base científica fueron, durante años, el único intercambio practicado entre las aproximaciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas al trastorno mental.

Pero las actitudes integradoras en psicoterapia, que vinieron después, plantearon un marco privilegiado desde el cual comprender múltiples causas y contextos de conducta. Era un territorio más comprensivo para el desarrollo de intervenciones y uno de los más prometedores para propiciar el cambio.

Para Villegas (Mirapeix, 1998) desde una perspectiva constructivista, “la existencia, la producción y la administración de psicofármacos y la construcción psiqu(e)-iátrica de la “enfermedad mental” responde coherentemente a la cosmovisión en la que vivimos y conforme a la cual pensamos, sentimos y actuamos y a la que, en consecuencia, se atienen nuestros pacientes”.

Si partimos del supuesto de que el bienestar de la persona se deriva del equilibrio dinámico entre los niveles biológicos, psicológicos y familiares y sociales, podremos aceptar que el nivel de intervención pueda quedarse en un solo nivel, afectar a varios de ellos o incluso a todos.

Es en estos dos últimos supuestos cuando surge el problema de la integración de psicofármacos y psicoterapia. Hay múltiples ejemplos, sobre todo en la psicofisiología de cómo los distintos niveles están en interrelación. Quizás donde más claramente se ponen de manifiesto sea en los extremos de la vida. Pensemos, por ejemplo en el retraso del crecimiento de un niño por privación afectiva o en la demencia de un anciano tras enviudar. El nivel de intervención biológico ha de ser uno más a considerar en una psicoterapia. No es el principal foco, ni por descontado el único. (Rodríguez Vega en Mirapeix, 1998)

El campo principal de acción es el intersubjetivo, el relacional, en coherencia con la intervención individual psicoterapéutica y/o biológica según los casos. Porque, en ocasiones, también hay un equilibrio biológico que ayudar a restituir. El cómo incluir y dar sentido a los psicofármacos dentro de la terapia es uno de los objetivos de este capítulo

Estudios de investigación en tratamientos combinados. El ejemplo de la depresión

Como un resumen de las conclusiones procedentes de la investigación en el campo de los tratamientos combinados, Beitman, siguiendo a Thase (2000) señala:

1. Los tratamientos combinados, comparados con sus monoterapias respectivas, no siempre producen efectos aditivos. Antes de iniciar el tratamiento combinado, el clínico ha de estar seguro de la indicación de éste, dado el mayor coste de este último, comparado con las monoterapias.
2. Algunos problemas diagnósticos requieren farmacoterapia, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y las depresión mayor con síntomas psicóticos. La psicoterapia puede ayudar en estos casos para fomentar la adherencia al tratamiento, y mejorar el nivel de funcionamiento social y laboral y reducir la tasa de recaídas.
3. En base a ensayos clínicos, los siguientes trastornos pueden ser tratados solo con psicoterapia: trastorno depresivo mayor unipolar sin síntomas psicóticos, distimia, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, bulimia e insomnio primario. Para cada uno de estos trastornos también existe, obviamente, tratamiento farmacoterápico. En pacientes con depresiones de intensidad media o moderada parece que se produce poco efecto aditivo al combinar tratamientos, mientras que en personas gravemente deprimidas, la combinación se asocia con un resultado mejor que cualquiera de los dos tratamientos por separado.
4. Los estudios sobre tratamientos combinados son difíciles de llevar a cabo, por el alto coste que implican
5. Comparados ambos tratamientos, la farmacoterapia tiene una desventaja grande, porque una vez que se interrumpe el tratamiento la recaída es más probable.

Nos centramos en la depresión, como uno de los trastornos en los que los tratamientos combinados han recibido más atención

Varios grupos de psicoterapeutas realizaron desde el final de la década de los setenta un trabajo de investigación que ha sido relevante tanto por sus efectos demostrativos directos como por los hallazgos metodológicos a que hubieron de desarrollar para ser llevarlo a cabo. Dos de ellos constituyeron con su presencia en las principales publicaciones biomédicas en los años 80, la excepción a la regla de ausencia que siguió la psicoterapia durante estos años.

Ambos trabajaron en primer lugar sobre depresión. El grupo de Beck desarrolló la Terapia Cognitiva de la Depresión (TCD), cuyo manual vio la luz en 1979. El grupo de Klerman y Weissman desarrolló la Terapia Interpersonal de la Depresión (TIP) cuya versión manualizada se publicó en 1984.

Las propuestas de estos dos grupos tenían unas características comunes que han conformado el modo en el que la psicoterapia reaparece en la consideración de los tratamientos de los trastornos mentales.

- 1) Ambos se presentan al colectivo profesional mostrando sus resultados según el modelo general del **ensayo clínico**
- 2) Ambas se definen como **tratamiento** de un trastorno definido (con lo que se hacen coherentes con la práctica médica en su acepción más tradicional) y no en función de otros valores como el autoconocimiento, el desarrollo personal...
- 3) Ambas se perfilan como una **destreza profesional** bien definida y para cuya adquisición existen procedimientos reglados.
- 4) Ambos conciben su utilidad como **complementaria con la de los tratamientos farmacológicos** y no como antagónica a estos.

Desarrollaremos nuestra exposición de acuerdo con estos puntos iniciales

1. Ensayo clínico y psicoterapia

Es la referencia al ensayo clínico (y no la colección de explicaciones *ad hoc* con referencia al sistema nervioso que han seguido a los hallazgos empíricos de la farmacología moderna) lo que ha sustentado la preeminencia de los tratamientos biológicos durante los últimos veinte años. Los dos grupos mencionados presentaron su propuesta de intervención en base a una demostración de su eficacia frente a ausencia de tratamiento, placebo, a otras formas de intervención psicosocial y a imipramina en pacientes seleccionados según criterios del DSM. Ambos habían demostrado en esos estudios iniciales, mas eficacia que la ausencia de tratamiento, mas que el placebo y al menos tanta como la imipramina, con algún indicio de que la combinación de ambas (imipramina y psicoterapia) podía ser mas eficaz que cualquiera de ellos por separado. Ambos grupos han ampliado sus propuestas a problemas particulares dentro del tratamiento de los trastornos depresivos (Evans, 1992; Kovacs, 1981, Frank, 1993, 1994), ancianos (Reynolds, 1992; Frank, 1993), adolescentes, trastorno bipolar (manual no publicado del grupo de Pittsburgh), distimia (Mason, 1993), tratamientos en atención primaria (Mufson, 1993), enfermos terminales (Schulberg, 1993) o de otros trastornos como las drogodependencias (Markowitz, 1993; Rousanville, 1993), trastornos de ansiedad

(Cherry, 1996; Beck, 1985; Clark, 1986, 1991), bulimia (Fairburn, 1981, 1991, 1993) o trastornos de la personalidad (Beck, 1990).

Pero lo que aquí nos interesa es que abrieron un camino que ha sido transitado por diferentes propuestas psicoterapéuticas. Lambert y Bergin en la cuarta edición del manual de Bergin y Garfield (1994) recogen los metaanálisis de estudios de eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos sobre depresión que reproducimos en el **cuadro 1**. En ellos podemos observar una magnitud de efecto (*effect size*) de 0,65 y 2,15. No es fácil una traducción a términos más descifrables intuitivamente de estos resultados. Pero considérese que estudios semejantes para tratamientos con fármacos antidepresivos han puesto de manifiesto magnitudes de efecto que oscilan entre 0,40 y 0,81 dependiendo de la sustancia y el tipo de trastorno depresivo considerado (Lambert, 1994) (Dobson, 1989; Nietzel, 1987; Quality Assurance Project, 1983; Robinson, 1990; Steinbrueck, 1983).

Tampoco son fáciles de interpretar los resultados del Proyecto Coordinado de Investigación sobre el Tratamiento de la Depresión (Elkin, 1994) auspiciado por el Instituto Nacional de la Salud americano cuyas publicaciones, además, tenido una historia complicada debido a desavenencias entre los distintos colaboradores que se han complicado, además, con el cambio de apellido (por cambio de estado civil) de la investigadora principal Irene Elkin (antes Waskow). En este estudio –que tendrá, sobre todo, repercusiones en la metodología de investigación– se compararon cuatro condiciones de aten-

Cuadro 1: Revisiones meta-analíticas de resultados con depresión
(tomado de Lambert y Bergin 1994 (1994), reproducido con permiso de John Wiley and Sons, Inc, all rights reserved)

Autores	diagnóstico/tratam	nº estudios	magnitud. efecto
Dobson (1989)(24)	depresión/ter cognit	10	2.15
Nietzel, Russel, Hemmings y Gretter (1987)(25)	depresión unipolar	28	0.71
Quality Assurance Project (1983)(26)	depresión	10	0.65
Robinson, Berman y Neimeyer (1990)(27)	depresión	29	0.84
Steinbrueck, Maxwell y Howard (1983)(28)	depresión	56	1.22

ción a pacientes deprimidos (excluidos bipolares y psicóticos): Terapia Cognitivo conductual de la Depresión (TCD) (Beck, 1979), Terapia interpersonal de la depresión (TIP) (Klerman, 1984), Imipramina más Manejo Clínico (IMI-MC) (especificado en un manual elaborado al efecto) y Placebo más Manejo Clínico (PLA-MC). Entre sus conclusiones (de análisis complejo) destacamos para lo que aquí nos concierne las siguientes. 1) Las cuatro condiciones estudiadas produjeron diferencias significativas en las medidas de síntomas pre y post-tratamiento. La condición PLA-MC obtuvo una tasa de respuesta inesperadamente alta –posiblemente atribuible al componente de terapia de apoyo incluido en el manual de Manejo Clínico, lo que en realidad podría también convertir la opción IMI-MC en una suerte de *tratamiento combinado*, más que en un tratamiento farmacológico puro. 2) Todas las formas de tratamiento activo resultaron más eficaces que el placebo (efectos que son más evidentes para TIP y IMI-MC –no así para TCD– si se utilizan criterios de *recuperación* en lugar de respuesta). 3) No se pudieron demostrar diferencias significativas entre las 3 formas de tratamiento activo empleadas al final del tratamiento –ni siquiera en las medidas en las que cabía esperar una mayor especificidad debida a las hipótesis de base o a las estrategias empleadas en cada forma de tratamiento (excepto mejores resultados para TIP en funcionamiento social y para TCD y IMI-MC para disfunción cognitiva en los pacientes con alteración menos grave de estos parámetros). 4) La modalidad IMI-MC resultó de acción más rápida que el resto. 5) La tasa de retención fue mayor para TIP. 6) Las depresiones más graves tendían a responder mejor a IMI-MC y, en segundo lugar, a TIP.

Resulta particularmente inquietante el hecho de que, aunque la tasa de *respuesta* es mucho mayor, al final del tratamiento, sólo algo más de la mitad de los pacientes (51% para TCD, 55% para TIP y 57% para IMI-MC frente a 29% para PLA-MC) hubieron alcanzado criterios de *remisión*. Más adelante nos referiremos a este hecho como un motivo de insatisfacción que nos debe animar a continuar la investigación y como un argumento a favor del tratamiento combinado.

2. La psicoterapia como tratamiento de los trastornos mentales

El trabajo de los dos grupos a los que venimos refiriéndonos se caracteriza por realizarse sobre un trastorno bien definido –la depresión– y por plantearse como objetivo (en función del cual pueden ser evaluados) la remisión de este trastorno y no algún tipo de cambio definido en terrenos diferentes como la estructura de personalidad o hábitos de comportamiento del que según una hipótesis teórica que fundamenta la práctica, debería, en todo

caso, desprenderse como resultado, la mejoría. Se trata de un dato muy importante que ha facilitado la aceptación de estas formas de actuación por el colectivo médico psiquiatra más impregnado que nunca por la concepción positivista de la medicina durante los años a los que nos estamos refiriendo.

La TIP se declara desde el inicio como un tratamiento específico para la depresión, no doctrinario y empírico, basado en la experiencia clínica y en la evidencia experimental y que puede ser practicado desde cualquier postura teórica que no incluya el prejuicio contra las intervenciones psicosociales breves. La TCD parte de unos postulados teóricos claros (la existencia de alteraciones cognitivas de las que resulta el trastorno depresivo). Pero, como han señalado sus propios promotores ni siquiera la refutación de alguno de esos postulados (como la existencia de predicciones erróneas por los pacientes depresivos) puede quitar valor a lo evidenciado por los múltiples ensayos clínicos y más bien debería orientar a una revisión de los planteamientos epistemológicos de partida del grupo investigador (desde un neopositivismo ingenuo hacia el constructivismo social) (Haaga, 1993). Ninguna de las dos concepciones exige, para ser practicada con eficacia, la asunción en exclusiva de grandes concepciones acerca de la naturaleza del hombre, la conciencia, la conducta o la enfermedad mental (Como pueden utilizarse inhibidores de la recaptación de la serotonina sin pensar que la conducta humana sea un epifenómeno de la actividad bioquímica en las neuronas o que una alteración del metabolismo de la serotonina sea la causa última de los trastornos depresivos).

3. La psicoterapia como una destreza adquirible

El manual de Beck (1979) –aunque había tenido antecedentes desde la modificación de conducta (Bellack, 1981; Fuchs, 1977)– inaugura la era de la manualización (a la que Luborsky calificó de “pequeña revolución”) (Luborsky, 1984) –de las intervenciones psicoterapéuticas (que desde la tradición psicodinámica abrieran los ya citados Klerman y Weissman (1984), Luborsky (1984b) y Strupp y Binder (1989) a los que se sumará un amplio abanico de autores más jóvenes y alguna versión manualizada de las psicoterapias más clásicas (Sifneos, 1992). No es el principal efecto de la manualización pero, en lo que aquí nos interesa, la manualización conllevó, en ambos casos, el establecimiento de un procedimiento regalado de formación que determinaba las características de los aspirantes a terapeutas, los requerimientos teóricos y prácticos y el modo de adquirirlos y de comprobar que se habían adquirido. Con ello la práctica de la psicoterapia dejó de ser contemplado como aplicación de algo para lo que facultaba alguna suerte de recorrido iniciático del que resultaban algunas características personales del terapeuta.

4. *Complementariedad con los tratamientos farmacológicos*

Beck y su grupo comienzan su manual (1979) respondiendo a la pregunta de por qué proponer un tratamiento psicosocial para un trastorno para el que existen tratamientos –farmacológicos– de utilidad probada. Exponen tres razones. En primer lugar, según aseveran, aunque un 65% de los cuadros depresivos responden a la medicación antidepresiva queda un 35% de no respondientes (el porcentaje de respuesta a psicoterapia es semejante. Pero no hay porqué pensar que el grupo de no respondientes está en ambos casos compuesto por los mismos individuos). Tendría, pues sentido buscar una solución para el 35% restante. En segundo lugar hay quien no quiere tomar fármacos (o no los tolera). Por último el proceso psicoterapéutico constituye una experiencia de la que el sujeto puede sacar otros beneficios que pueden redundar en su capacidad de afrontar nuevas situaciones o síntomas prodrómicos en un futuro, evitando recidivas.

El argumento ha sido recientemente reformulado y aplicado en un editorial del *Current Opinion in Psychiatry* firmado por John Rush (1996). En él señala que aunque las tasas de **respuesta** obtenidas en el tratamiento de los trastornos afectivos están en torno al 50%, las tasas de **remisión** (en los escasos estudios que proporcionan datos para poder evaluar este concepto) se sitúan en torno al 25%. Rush no se refiere a tasas de **recuperación** que incluyan medidas de recuperación de niveles previos de funcionamiento psicosocial o calidad de vida, que la experiencia clínica nos sugiere que deben ser aún peores.

Esta masa de pacientes no respondientes o respondientes pero no recuperados señala la ineludibilidad de los tratamientos combinados. Tanto el grupo de Beck (1979) como el de Klerman (1984) y Weissman propugnan los tratamientos combinados con fármacos antidepresivos que indican exactamente en las condiciones en que está establecido que cabe esperar mejor respuesta de los antidepresivos. En una perspectiva más psicoanalítica, Luborsky (1984b) hace lo propio y da indicaciones para la combinación y el manejo de los problemas que de esta pudieran surgir.

Indicación del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico combinado

Karasu, editor de la amplísima terapéutica publicada por la *American Psychiatric Association* y de alguno de los más originales, brillantes y divertidos textos sobre psicoterapia de los últimos años (Karasu, 1992) propuso en un modelo de indicación de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (como posibilidades no excluyentes en base a la consideración de una serie de dimensiones (**cuadro 2**) (Karasu, 1990, 1990b). Estas mismas dimensiones

Cuadro 2: Indicaciones de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
Karasu TB (1990b)

Variable	Indicación de tratamiento (a)	
	farmacológico	psicoterapia
Criterios DSM-III- R de depresión mayor		
humor depresivo	signos vegetativos prominentes; alteración extrema o incontrolada	Alteración media, leve o caracterológica
alteración del peso	importante	Menos importante
alteración del sueño	despertar precoz	Hipersomnia, pesadillas
agitación psicomotriz	hiperactividad o retardo	Inquietud o sentimientos de enlentecimiento
fatiga o anergia	estupor depresivo	Falta de motivación, abulia
baja autoestima o culpa	delirios o alucinaciones	Autoinculpación, autorreproches
dificultades de concentración y pensamiento	descontrol del pensamiento, rumiaciones, incapacidad de concentración	Distractibilidad, indecisión, cogniciones negativas
ideas de muerte o suicidio	episodios agudos incontrolados o planes suicidas (b)	Sentimientos crónicos de desesperanza y desamparo (c)
Rasgos asociados	ataques de pánico o fobias, delirio paranoide, pseudodemencia síntomas o delirios somáticos	Aislamiento social, miedo al fracaso o al rechazo, quejas somáticas o hipocondría
Historia familiar	carga genética (bi o unipolar)	No carga genética (distimia)
Factores predisponentes	otros trastornos (esquizofrenia, alcoholismo, anorexia...)	Estresores psicosociales, pérdidas, cambios de estatus o rol
Trastornos de la personalidad	límite, histriónico, obsesivo	dependiente, inadecuado, masoquista

(a) No son categorías excluyentes

(b) Puede requerirse, además, hospitalización

(c) la medicación puede ser también útil

podrían, según este autor orientar hacia el tipo de psicoterapia indicado (**cuadro 3**). Karasu recomienda que los clínicos estén formados en alguna de las tres orientaciones psicoterapéuticas y conozcan los principios e indicaciones de las otras dos de modo que puedan utilizar la suya o derivar para las otras solas o en combinación con tratamiento farmacológico

La evidencia a favor de la superioridad de los tratamientos combinados, como señalaron en un trabajo completísimo Klerman y colaboradores

Cuadro 3: Variables selectivas y no selectivas para la psicoterapia de la depresión. Karasu TB (1990b)

VARIABLES NO SELECTIVAS	VARIABLES SELECTIVAS		
	PSICODINÁMICA	COGNITIVA	INTERPERSONAL
sentimientos de desesperanza y desamparo	sentimiento crónico de vacío y minusvalía personal	Pensamientos claramente distorsionados acerca de sí mismo del mundo y del futuro	Disputa reciente con conyuge u otro significativo
apatía, dishedonia	pérdidas o separaciones largas en la niñez	pensamiento pragmático (lógico)	Problemas sociales o de comunicación
expectativas e ideales inalcanzables	conflictos en relaciones pasadas (padres, compañeros sexuales...)		Transición o cambio reciente en la vida
hipersomnia, pesadillas	capacidad de <i>insight</i>	insuficiencias reales (incluido fracaso en otras psicoterapias)	Reacción de duelo anormal
sentimientos de inquietud o enlentecimiento	capacidad de modular la regresión	necesidad de guía moderada o alta	Necesidad de guía modesta o moderada
abulia y apatía	acceso a sueños y fantasías	respuesta a entrenamiento conductual y autoayuda (alto grado de autocontrol)	Respuesta a la manipulación ambiental (existe red social)
culpa, baja autoestima	poca necesidad de dirección		
distractibilidad, alteración del pensamiento	entorno estable		
deseos o intenciones de muerte			
aislamiento social, temor al fracaso o rechazo			
quejas somáticas o hipocondría			

(Klerman, 1994), es metodológicamente difícil de obtener y requiere de grandes muestras para comparar cuatro o preferiblemente 6 grupos de pacientes. Por ello aunque existen trabajos que apuntan tal superioridad (Eysenc, 1952; Weissman, 1990; Blackburn, 1981; Hollon, 1990; Covi, 1990; Frank, 1990) han sido discutidos (Manning, 1990) y están por dilucidar los mecanismos (adición, sinergia, facilitación) y condiciones en que se produce.

Klerman y colaboradores (Klerman, 1994) señalaron como posibles mecanismos de acción de la combinación los siguientes: 1) la medicación puede facilitar el acceso psicoterapéutico, 2) La medicación puede mejorar las funciones y/oicas que son requeridas para la participación en la psicoterapia, 3) la medicación puede facilitar la abreacción, 4) Los efectos positivos de la medicación pueden mejorar las expectativas, actitudes y estigmatización de los pacientes, 5) la psicoterapia puede facilitar la adherencia y adaptación al tratamiento farmacológico, 6) la psicoterapia puede constituir, en realidad, un abordaje rehabilitador complementario del tratamiento causal que proporcionaría la medicación.

De lo que no cabe duda es de que si la psicoterapia consiste en un proceso de adquisición de nuevos significados de los elementos que constituyen la realidad del sujeto, la mera aceptación de un tratamiento medicamentoso que pretende abordar una *enfermedad* donde había desesperación, culpa e impotencia (que se convierten así en síntomas de los que el sujeto es víctima en lugar de castigos de los que el sujeto es merecedor) supone una operación psicoterapéutica a la que cabe atribuir la altísima eficacia obtenida por el placebo⁷.

Klerman y colaboradores advierten también de los posibles efectos negativos de la combinación. Los posibles efectos negativos de la medicación sobre la psicoterapia se deberían a 1) efecto placebo de la medicación en presencia de la psicoterapia, 2) una reducción de los síntomas que conllevaría una reducción de la motivación para la psicoterapia y 3) un socavamiento de las defensas que propicia la sustitución de síntomas. Los posibles efectos negativos de la psicoterapia sobre la farmacoterapia podrían ser 1) aumentar innecesariamente el gasto 2) ser sintómicamente disruptiva y 3) dificultar la adaptación a la medicación. En cualquier caso Manning y Frances (Manning, 1990) aunque, como ya hemos mencionado son sumamente cautos a la hora de valorar las evidencias a favor de la combinación existentes en la literatura, sí creen poder concluir que en ella no existe ningún indicio de que el resultado de la combinación pueda ser peor que el de cualquiera de ellos por separado.

7. Nótese el gran parecido de esta operación con lo propiciado por los terapeutas interpersonales en las fases iniciales bajo los epígrafes *hacerse cargo de la depresión* y *otorgar al paciente el rol de enfermo*.

En un grupo de expertos con práctica en psicoterapia en el sector público que trabajó en Madrid (Fernández Liria, 1997) recientemente, publicamos el árbol de decisión que hemos analizado con detenimiento en el capítulo sobre indicación de este volumen, y que considera el momento de indicación de una intervención psico y/o farmacoterapéutica. Los criterios utilizados para ello se explicitan en los **cuadros 4 y 5**. Como puede observarse la sus-

Cuadro 4: Condiciones para la viabilidad de un tratamiento farmacológico. Fernández Liria, A., Hernández Monsalve, M., Rodríguez Vega, B., Benito Cano, T., Mas Hesse, J. (1997)

- 1) se admite que el cuadro clínico que presenta el paciente suele responder a tratamiento con determinados fármacos. O bien, que, aún no siendo así
- 2) el cuadro incluye síntomas que sí responden a tratamiento farmacológico y cuya modificación alteraría el curso o el impacto del trastorno sobre la vida del paciente. Hay que valorar así mismo
- 3) la posible existencia de contraindicaciones y
- 4) la aceptación de este tipo de tratamiento por parte del paciente.

Cuadro 5: Condiciones para la viabilidad de un tratamiento psicoterapéutico. Fernández Liria, A., Hernández Monsalve, M., Rodríguez Vega, B., Benito Cano, T., Mas Hesse, J. (1997)

- 1) existe evidencia de que el cuadro clínico que presenta el paciente responde a psicoterapia. O bien, aunque no sea así,
- 2) existen ciertos aspectos del problema por el que se consulta que serían modificables por la psicoterapia y su alteración mejoraría el curso o atenuaría el impacto del trastorno. Además es preciso que
- 3) exista o se pueda construir una versión del problema (aportada o aceptada por el demandante) que plantea
 - un conflicto en la relación consigo mismo
 - un conflicto en relación con otros significativos
 - un conflicto con acontecimientos.
 Este requisito supone la capacidad del paciente de colocarse como implicado personalmente en el problema o la resolución del mismo. Hay que considerar así mismo las
- 4) expectativas del paciente respecto al tratamiento, así como la presencia de posibles
- 5) factores limitantes (edad y etapa del ciclo vital del paciente, accesibilidad, aspectos culturales –incluida la concordancia con el terapeuta– y actitud y susceptibilidad ante el cambio)

ceptibilidad de un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico debe analizarse independientemente. En caso de estar ambos igualmente indicados consideraciones acerca de la eficiencia deben orientarnos en la elección de uno de ellos o la combinación de ambos.

Otra variable que contribuye en el éxito del tratamiento y que hay que tener en cuenta desde el momento de la indicación es la disponibilidad para el cambio que presenta el paciente. Si una vez más, siguiendo a Beitman (en prensa), citamos los estudios de Prochaska (1992) sobre los estadios del cambio, nos encontramos que los pacientes que se encuentran en la categoría de “precontemplación” (“yo no tengo ningún problema” o “el problema que yo tengo no tiene nada que ver con lo psicológico”) conseguían cambiar con menos probabilidad que aquellos que habían sido clasificados en alguna de las otras categorías. Esto ocurría en ensayos clínicos de medicación frente a placebo en trastornos de ansiedad generalizada y en trastorno de pánico, llevados a cabo por el grupo de Beitman en Missouri (Beitman, 1994). Una conclusión que se desprende ello es que incluso en tratamientos farmacológicos solos, el estadio y disponibilidad para el cambio, juega un papel muy importante.

Significado y secuencia de las intervenciones

Drogas y/o psicoterapia, antes o después, dependerá no solo del diagnóstico, sino de otras variables del caso concreto (creencias, expectativas, capacidad de psicologizar el problema) En general, los estudios de investigación apuntan a que los psicofármacos actúan con eficacia a la hora de mejorar síntomas somáticos, mientras que la psicoterapia resulta más eficaz para modificar funcionamiento social e interpersonal. Todo ello, sin caer en actitudes dicotómicas, y considerando que estamos dentro de un mismo marco explicativo, ante diferentes niveles de acción.

Estos datos son acordes con la práctica clínica en la que se da prioridad a los psicofármacos cuando los síntomas son de tal intensidad que impedirían o dificultarían en extremo el trabajo psicoterapéutico. También con la experiencia de que los psicofármacos, en muchos casos, actúan con más rapidez sobre los síntomas que las intervenciones psicoterapéuticas. Pero hay otros factores a tener en cuenta a la hora de decidir como secuenciar o dar prioridad a un tratamiento sobre otro. Así, por ejemplo, hay que atender a la versión que el paciente mantiene de su problema.

Conocerla requiere una exploración exhaustiva de las creencias o significado psicológico que el o la paciente da a sus síntomas. Quiero decir, pacien-

tes “orgánica o médicamente orientados”, que localizan las causas de sus problemas estrictamente en un plano biológico y fuera de su capacidad de control, buscarán con más probabilidad intervenciones medicalizadas y respuestas desde el exterior como es la toma de psicofármacos. Con estos pacientes la intervención se limita, muchas veces, a la medicación y a una relación interpersonal con el psiquiatra, que tiene por objeto principal reforzar la toma de medicación y discutir los efectos secundarios de ésta (Salzman, 1990).

Otros pacientes, más “orientados a lo psicológico”, consideran el trastorno psiquiátrico, como algo consonante con su forma de entenderse a sí mismos. Estos pacientes puede que no busquen solamente un alivio de sus síntomas, sino una intervención terapéutica que les ayude a construir una explicación o narrativa con la que comprender la irrupción del trastorno en el marco de su biografía individual e interpersonal. Estas personas, con frecuencia, van a pedir explícita o implícitamente, desde el principio, una intervención psicoterapéutica, cuando no rechazar abiertamente la toma de medicación al considerarla una prueba más de su propia incapacidad para salir “por sí solos” de la situación.

También es frecuente encontrarnos pacientes que interpretan la toma de medicación como un abandono del autocontrol en manos del médico o de la droga psicotropa, lo que les refuerza la idea de que los factores curativos están fuera de él o ella.

Las dificultades o ventajas que pueden surgir, toman un cariz diferente dependiendo, también del momento de la inclusión de la combinación de tratamientos. Incluir un fármaco podría llevara que el paciente atribuya su mejoría a éste y eso dificulte su trabajo en psicoterapia. Pero manejar la inclusión del fármaco puede ayudar a la “externalización” del problema, también necesaria y adecuada en las fases iniciales. Como dice White, la externalización es una técnica en la que instamos a las personas a “cosificar” los problemas que les oprimen. La persona o las familias acuden a la consulta con descripciones “saturadas” por el problema. Al ayudar a los miembros de la familia o paciente a “externalizar” disminuimos los conflictos entorno a quien es responsable del problema y la sensación de fracaso por no poder resolverlo. “Es el problema lo que es el problema, y por tanto la relación de la persona con él se convierte en el problema” (White, 1993).

En las fases iniciales: La prescripción de medicación puede ayudar al desarrollo de una relación de confianza o, al contrario, la aparición de efectos secundarios no deseados, puede provocar la ruptura de una relación aún incipiente.

Parece, pues, fundamental en las fases iniciales de la relación terapéutica, hablar de las creencias sostenidas por el paciente al respecto, y trabajarlas

desde el principio. En las primeras fases es frecuente que los esfuerzos se encaminen al alivio sintomático y que el discurso del o la paciente estén muy centrados en sus síntomas. En estas fases, o en el caso de los pacientes más “orientados orgánicamente” el tratamiento psicofarmacológico es, con frecuencia, el predominante.

En las fases intermedias: Cuando el paciente adopta una actitud regresiva o la necesidad de medicación surge en las fases intermedias de una intervención psicoterapéutica, la toma de medicación puede, aún cuando sea prioritaria, intensificar los sentimientos de dependencia. Las “pastillas” pueden convertirse en el sustituto de la relación buscada que solucione los problemas sin que él o ella tengan que adoptar una actitud más activa.

Como señala Beitman (en prensa) los eventos que ocurren en torno al proceso de ofrecer, prescribir e ingerir medicación, puede ayudarnos a detectar (o mejor a construir) “puntos de inducción” de las pautas disfuncionales (Beitman, en prensa). Para algunos pacientes, la recomendación de medicación puede desencadenar la exploración de sus miedos a la dependencia (química y de otra índole), para otros la confirmación de la falta de confianza del terapeuta en sus capacidades para remontar la situación actual, o un intento de control por parte de éste que remueve las pautas de interacción familiares antiguas, o la repetición de una pauta de aceptación pasiva de ayuda.

Cuando en el curso del tratamiento se produce un empeoramiento que hace aconsejable el tratamiento farmacológico, lo fundamental será la comprensión y el trabajo terapéutico sobre los factores que lo han propiciado (personales, relacionales, etc.), utilizando los fármacos en ese contexto o, de nuevo, como señalábamos antes dándoles un sentido de “externalización” del problema, desde donde sea más fácil combatirlo.

Cuando el foco de tratamiento es la familia o la pareja la situación se complica por el significado relacional que adquiere la prescripción de medicación para la persona que la toma y para los demás participantes. La prescripción de psicofármacos supone en estos casos una designación mayor del sujeto como paciente y, al tiempo que medicaliza la intervención, también puede desresponsabilizar al resto de los miembros que pueden colocar en la medicación toda la responsabilidad de la marcha del tratamiento.

En la fase de terminación: La retirada o disminución del tratamiento farmacológico puede plantear problemas similares, al devolver al paciente o a la familia y en fin al proceso relacional terapéutico, una mayor responsabilidad en la evolución del trastorno, que será preciso explicitar y trabajar.

A veces, en esta fase se produce un empeoramiento de los síntomas, que suele ser transitoria y que puede representar la dificultad para terminar, como señalamos en el capítulo dedicado a esta fase. La prescripción de medicación en esta situación puede ser una intervención no adecuada que ralentice el proceso.

Cuando, por otra parte, se considera la necesidad de mantenimiento a largo plazo de la medicación, una vez finalizada la psicoterapia, es más fácil de entender de forma coherente si al paciente se le explica desde una posible vulnerabilidad biopsicosocial que el fármaco puede ayudar a estabilizar. De todas formas, es una situación parecida en cierta forma a las de las sesiones de seguimiento, cuyo objeto es la supervisión y consolidación de los logros alcanzados. Un ejemplo, dentro de terapias integradoras son las sesiones de mantenimiento a largo plazo descritas para la distimia depresiva o la depresión recurrente por los autores de la terapia interpersonal de la depresión.

En resumen, la decisión de la importancia de uno u otro y la secuencia de éstos dependerá:

1. De la intensidad de los síntomas (que por un lado pueden bloquear el enganche psicoterapéutico y, por otro lado, responder con más rapidez a los psicofármacos) –del momento de la relación psicoterapéutica.
2. De la versión que el paciente aporta de su problema (psicológica u orgánicamente orientada).
3. Y como no, de la versión que el psiquiatra o psicólogo mantenga.

Parte 3 - La formación del terapeuta integrador

A lo largo de los capítulos anteriores, hemos desarrollado una propuesta de psicoterapia basada en la integración de narrativas. Ahora, en este capítulo, pretendemos esbozar la trayectoria del psiquiatra o psicólogo empeñados en el camino de convertirse en terapeutas integradores con el modelo aquí propuesto.

Entender la psiquiatría y la psicología como campo de estudio de las relaciones interpersonales (Sullivan, 1944) apoya la necesidad de formación en psicoterapia como piedra angular en el entrenamiento de los nuevos residentes de Psiquiatría y Psicología o de terapeutas en general, y excluye la consideración optativa de dicha necesidad como un apéndice a integrar o no en una psiquiatría dominada por el biologicismo.

Es importante aclarar esta posición de partida porque condiciona la forma de imaginar al psiquiatra y al psicólogo clínico del futuro y, por tanto, el camino de formación a seguir para llegar a los objetivos propuestos.

En nuestro programa, no se entiende la formación en psicoterapia como un conjunto de clases magistrales, aunque éstas sean impartidas por terapeutas muy autorizados en el campo. Haley (1997) compara esa formación con el aprendizaje de la conducción de automóviles. El alumno que acude a una autoescuela, no aprende a conducir escuchando la disertación de un docente sobre las diferentes marcas de automóviles y el funcionamiento de un motor, o sobre lo que se siente al convertirse en conductor. De la misma forma, la enseñanza de la psicoterapia ha de incluir la transmisión de una forma de entender los

trastornos mentales, que sin duda refleja una forma de ver el mundo, así como el aprendizaje de técnicas terapéuticas y habilidades conversacionales, que han de ser practicadas. El terapeuta en formación ha de aprender a hacer la indicación de psicoterapia, a implicar al paciente en el proceso, sabiendo preguntar, acertando a definir el contexto significativo en el que se desenvolverá el tratamiento y utilizando las técnicas más adecuadas a cada caso.

La formación en psicoterapia

Clásicamente la formación en psicoterapia ha estado muy influida por posturas psicoanalíticas, ya que fue el Psicoanálisis el que primero planteó en 1910 el problema de los requisitos específicos de la formación, más allá de una formación teórica.

Lo sorprendente es que mientras que la actitud integradora se ha hecho casi obvia en el campo de la práctica clínica, esto no ha tenido –aún– una consecuencia clara en el terreno de la formación.

Por un lado, con el declinar de las actitudes sectarias (“de escuela”), queda patente que no hay una forma única de hacer terapia, sólo hay modos diferentes. Por otro, se presiona cada vez más al terapeuta para que sea capaz de hacerse cargo de todo tipo de problemas (Haley, 1990, 1997)

Buena parte de los psicoterapeutas integradores plantean que para practicar la integración es preciso –como les ha sucedido a ellos– haberse formado primero como psicoterapeutas de una o varias escuelas específicas, para, sobre esa base, plantear combinar posteriormente elementos de diversas procedencias. Así parece que lo han entendido incluso las autoridades alemanas cuando han establecido que la formación de los médicos residentes en psiquiatría y psicoterapia debe realizarse como psicoterapeutas o de orientación psicodinámica o de orientación cognitivo-conductual o de orientación rogeriana (Hohagen, 1993).

Estamos convencidos de que esto no es así y de que, hoy, estamos en condiciones de ofrecer a los que han de formarse como futuros terapeutas, una formación desde una perspectiva integradora desde un inicio.

Esta es la opción que, en España, hemos tomado tanto el grupo que los autores hemos articulado en Madrid, como el grupo de Manuel Gómez Beneyto en Valencia o el de Carlos Mirapeix y Miguel Ángel González Torres en el norte del país o el de Guillem Feixas y Manuel Villegas en Cataluña. Es también la opción sobre la que el Dr. Bernard Beitman y la Dra. Domgmei Yue han desarrollado en la Universidad de Missouri en Columbia un procedimiento sistemático para la formación en factores comunes.

Beitman (1999) define tres categorías dentro de los programas de formación en psicoterapia actuales. La mayoría de ellos, señala, se incluyen en la primera categoría. Son programas que parecen desorganizados en su presentación conceptual de la psicoterapia, en los que diferentes profesores hacen una presentación de sus propias perspectivas, a través de la supervisión y de seminarios didácticos y que, implícitamente, sugieren que los alumnos han de poner en juego ideas y técnicas de una forma personal. La segunda categoría definida por Beitman, basa la formación en el entrenamiento en manuales. Se espera que la persona en formación aprenda técnicas específicas. Es el caso de la formación en terapia interpersonal de la depresión, por ejemplo, en cuya versión española hemos trabajado los autores. Estos métodos son valiosos en el entrenamiento, ya que incluyen medidas de evaluación de resultado y transmiten a la persona en formación confianza en sus habilidades y una sensación de dominio en su área de conocimiento. Pero, por otra parte, estos programas limitan la posibilidad de plantearse otros posibles abordajes para aquellos pacientes que no encajen con el manual. Por fin, en la tercera categoría, la de la psicoterapia de integración, se acentúa la importancia de la formación en conceptos y técnicas compartidas por las principales escuelas psicoterapéuticas. Este programa, como el de Beitman, pretende incluirse dentro de esta tercera categoría y la formación en psicoterapia, tal como nosotros la entendemos, se basa en una serie de principios que se enumeran a continuación:

1. Debe estar basada en la práctica supervisada de la clínica, con asunción progresiva de responsabilidad. No hay sustituto posible para esto. Por eso en lugares privilegiados para la enseñanza de la psicoterapia han de ser los programas de residencia para la formación de médicos psiquiatras y de psicólogos clínicos. Si consideramos que la psicoterapia es un instrumento básico de la psiquiatría y la psicología clínica para la intervención sobre los trastornos mentales y los problemas de salud mental, la formación será más adecuada cuanto más se base en el entrenamiento en la actuación sobre los casos reales que configuran la práctica común de la psiquiatría y la psicología clínica y cuanto más se ponga a prueba sobre los encuadres en los que se lleva normalmente a cabo esa actuación. La formación sobre análogos o sobre poblaciones y en encuadres específicamente seleccionados para facilitar la aplicación de técnicas muy depuradas, puede ser el marco idóneo para el adoctrinamiento en determinadas ideologías pero no para la formación de clínicos en la práctica de la psicoterapia.

2. Debe seguir las vías marcadas por los trabajos de investigación. La investigación de proceso-resultados y la investigación sobre factores comunes nos han mostrado la importancia de algunos elementos que se asocian a bue-

nos resultados –más allá de las diferencias de escuela–, y que, por tanto, deberían ser objeto de entrenamientos específicos. Entre estos aspectos se encuentran por ejemplo la importancia del encuadre –y consecuentemente del contrato–, la alianza de trabajo y el mantenimiento del foco –y consecuentemente la formulación y el establecimiento de objetivos– o el manejo de los sentimientos negativos hacia la terapia o el terapeuta, y, consiguientemente, con los aspectos de la práctica que se han estudiado tradicionalmente bajo los epígrafes de manejo de la resistencia, la transferencia y la contra-transferencia.

3. Debe otorgar una importancia central a la supervisión reglada y entendida no solo como lugar en el que se expresan dudas o se consultan posibles alternativas, sino, sobre todo, en el que la actividad y las experiencias del psicoterapeuta en formación pueden ser observadas en perspectiva y donde puede ser entrenada la capacidad de autoobservación.

4. Debe prestar atención a los aspectos de la persona del terapeuta implicados en la práctica de la psicoterapias y en la adquisición del rol de terapeuta. Esto se consigue a través del entrenamiento de la capacidad de autoobservación y del conocimiento de los modos idiosincrásicos de relación interpersonal del terapeuta en formación que pueden interferir con su trabajo. Este conocimiento puede ser obtenido desde luego, a través de la experiencia personal en psicoterapia, pero también de la supervisión y de actividades específicamente orientadas hacia ello en los programas de formación. Los ejercicios estructurados, el trabajo con la familia de origen del terapeuta, los grupos de trabajo sobre las dificultades en la adquisición del rol de terapeuta o la terapia personal, son algunos de los instrumentos que pueden ser útiles. Por una u otra vía este es un aspecto básico de la formación.

5. Debe estar estructurada de tal modo que el progreso en la formación sea evaluable. Esto es importante no tanto porque ello nos permitiría poder garantizar la capacitación de las personas acreditadas sino, sobre todo, porque una de las dificultades del proceso por el que atraviesan las personas que se están formando en psicoterapia es la dificultad en percibir los avances que acompañan a las esferas que exige tal formación y ello se asocia a un efecto de desmoralización que dificulta el aprendizaje.

Uno de los alumnos de uno de nuestros cursos, al terminar éste y su formación como psicólogo clínico nos decía: “Creo que estoy como el primer día; no me parece que nada haya cambiado con mi formación; sigo haciendo lo mismo que entonces: aplicar el sentido común”. En realidad, a esas alturas era ya un psicoterapeuta muy competente. Se le escapaba algo importante: el sentido común no le decía lo mismo ahora y al principio de su residencia. Pero su observación nos hizo aprender a nosotros algo muy importante: era crucial que, no sólo nosotros, sino, sobre todo, que nuestros alumnos pudieran tomar conciencia de sus progresos. Ese fue uno de los motivos por el que el sistema de formación de Beitman y Yue (1999) despertó, enseguida, nuestro interés.

Pero la necesidad de formación en psicoterapia no solo se basa en los aspectos conceptuales mencionados, sino en algunos más prácticos derivados de necesidades políticas y económicas. Por un lado está la aparición de sociedades médicas que actúan como terceros pagadores y que presionan para la definición clara de intervenciones psicoterapéuticas hechas por terapeutas reconocidos. Por otro lado, en el marco Europeo con la llegada de la libre circulación de profesionales, plantea el problema del reconocimiento entre países de acreditaciones profesionales diferentes y la necesidad de una regulación consensuada entre los países miembros.

Las cuestiones conceptuales y estas otras de índole más concreto, hacían necesario y urgente el diseño de la trayectoria a seguir para llegar a ser psicoterapeuta.

Así se refleja en el trabajo de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas o en la Unión Europea de Médicos Especialistas, donde se han debatido estas cuestiones, planteando cada una, su propia propuesta.

Tal como refiere Alejandro Ávila (1994), en 1991 con la constitución de la Asociación Europea para la Psicoterapia, se abrió un intenso debate entre las organizaciones científico-profesionales de los distintos países acerca de los requisitos mínimos para la acreditación, con independencia de cual sea su orientación teórica y ámbito de aplicación. España estuvo desde el principio presente en la EAP, a través de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. En 1993 la EAP, y posteriormente también la FEAP llegaron a un consenso sobre los requisitos mínimos en su resolución I. La FEAP aceptó que pudieran acceder a esta formación los titulados de rango Universitario (se consideraban apropiadas las licenciaturas de Psicología y de Medicina). Los médicos que no hubieran cursado la especialidad de Psiquiatría y los Psicólogos que no hubieran cursado las materias propias del perfil de Psicología clínica, habrán de cursar un conjunto de materias propias de salud mental. Otros titulados de primer y segundo ciclo universitario, podrán acceder a la formación mediante los mecanismos que se establezcan de homologación del currículum y de complementación.

En cuanto a los requisitos ya inherentes a la formación, establece unos criterios mínimos comunes a todas las acreditaciones (FEAP, 1999) de formación que incluyen, al menos seiscientas horas de cursos y seminarios. También incluye al menos cincuenta horas de toma de contacto con los procedimientos prácticos de las principales orientaciones en psicoterapia. Al menos ha de haber llevado a cabo, durante el periodo de supervisión de dos años, 300 sesiones de tratamiento. Un mínimo de 100 sesiones de supervisión. Esta supervisión se desarrolla, al menos cincuenta horas, de modo preferible en un contexto individual, el resto puede hacerse en forma de supervisión gru-

pal. La FEAP establece una duración mínima de tres años para marcar un periodo temporal necesario para la elaboración del aprendizaje y un mínimo total para cursos y seminarios de seiscientas horas.

Una de las cuestiones más debatidas fue la de si exigir, como requisito de entrada, haber pasado por la experiencia de la terapia personal. Se llegó a una solución de consenso según la cual “la formación en psicoterapia debe incluir ciertos compromisos para el formando de devenir consciente y de aprender a gestionar adecuadamente su propia implicación personal en el proceso psicoterapéutico por vías que habrán de ser definidas de forma separada en los criterios que cada una de las orientaciones de la psicoterapia desarrollen”. Se precisa un mínimo de cincuenta horas dedicadas a este compromiso, “que permita a los alumnos identificar y manejar adecuadamente su implicación personal y su contribución al proceso de la Psicoterapia, mediante métodos que contengan elementos de autorreflexión, terapia o experiencia profesional” (FEAP, 1999).

Se prevé una evaluación, durante, o al menos al final, del periodo de formación.

Después de establecer los mínimos comunes a todas las orientaciones pasan a considerar las singularidades de la formación de cada una de las principales: Psicoanalítica, cognitiva y conductual, sistémica, experiencial o humanista y terapias psicocorporales. Varían así los casos de supervisión requeridos, por ejemplo son diez para el caso de los terapeutas sistémicos y menos en abordajes más prolongados como los psicoanalíticos. Se considera fundamental la adquisición de una mentalidad investigadora.

La UEMS (unión europea de médicos especialistas) es, en realidad, un grupo de presión en el que participan las principales organizaciones médicas de los países de la Unión Europea (y de los que se prevé que se incorporarán a ella en breve) para actuar conjuntamente sobre las regulaciones comunitarias que puedan afectarles. Ha organizado secciones que se corresponden con especialidades. Su sección de Psiquiatría (“European board of psychiatry”) a la que acude por España Manuel Gómez Beneyto, se ha planteado como una de sus primeras tareas el conocimiento de los distintos planes de formación en los distintos países miembros. Intentan la armonización de la enseñanza postgrado y las recomendaciones de estándares para la formación o la evaluación. Uno de sus objetivos es que exista un programa uniforme para cada país aprobado por autoridad nacional, reconocimiento oficial de los centros de formación y un sistema de reconocimiento oficial (nacional) de los tutores y supervisores, entre otras cosas.

El panorama europeo varía de unos países a otros. Por citar algunos ejemplos, en Inglaterra, la psicoterapia es una parte obligatoria de la formación,

reconocida en las directrices de formación; no hay requisitos formales en cuanto al número de sesiones, ni para seminarios teóricos ni para la supervisión.

En Francia, la formación en psicoterapia no es una parte integral de la formación en psiquiatría; la psicoterapia dinámica desempeña el papel más importante en la práctica de la psicoterapia; se enseña dentro de cuadros especiales dentro de las sociedades psicoanalíticas o psicoterapéuticas, pero está totalmente separada de las universidades y centros de formación para psiquiatras, no constituye una parte obligatoria de la formación.

En España las directrices nacionales mencionan la supervisión de casos en psicoterapia, sin embargo no describen los requisitos formalizados; cada centro de formación establece sus requisitos concretos.

En Suiza, la psicoterapia es una parte integral de la formación psiquiátrica, como se refleja en el título de “especialista en psiquiatría y psicoterapia”; hay que asistir a los cursos de psicoterapia durante al menos 12 meses; se requiere un mínimo de 100 horas de supervisión, durante un mínimo de 200 sesiones de psicoterapia; la formación debe durar al menos dos años e incluir al menos tres pacientes de psicoterapia; hay una evaluación escrita continua de los conocimientos adquiridos; la terapia personal no es obligatoria, pero sí recomendable. En este país, se está implantando una reforma para la psiquiatría que introduce cuatro especialidades diferentes, siendo una de ellas la psicoterapia; cada residente ha de tener algún conocimiento básico en el campo de la psicoterapia, pero podrá elegir una mayor profundización específica. En la formación del psiquiatra infanto-juvenil, la psicoterapia ocupa, en Suiza, la primera plaza en el arsenal terapéutico (Manzano, 1993).

En Alemania, desde 1992, como ya se señalaba más arriba, se abrió una nueva perspectiva, al tomar la decisión de que los especialistas lo serían no solo en psiquiatría sino en psiquiatría y psicoterapia. Desde entonces la psicoterapia se considera parte integrante de la psiquiatría. Se prevé: a) un seminario teórico de 100 horas, b) 120 horas de terapia como método principal supervisado cada 4 horas (conductual, cognitivo-conductual o dinámica), c) 80 horas de terapia como método secundario, supervisado cada 4 horas, d) terapia de relajación e) un seminario de 10 horas sobre intervención en crisis, f) un seminario de 10 horas sobre el trabajo en la interconsulta, g) un grupo Balint 35 sesiones de dos horas, h) 150 horas de análisis personal o 70 horas en grupo (Hohagen, 1993).

Como queda de manifiesto, es difícil proporcionar un cuadro general porque la validación de los títulos puede proceder de muchas organizaciones distintas y la estructura del sistema de salud se diferencia ampliamente de unos países a otros. Por ejemplo en el Reino Unido, el Royal College ofrece formación en psicoterapia como una especialidad, pero también hay institucio-

nes privadas acreditadas. En Francia no existe formación y reconocimiento públicamente autorizados. En España, la práctica de la psicoterapia está en la misma situación que la psicofarmacología o la rehabilitación, todas se practican, pero ninguna es específicamente reconocida.

La UEMS, en definitiva, a la vista de lo anterior, recomienda una serie de estándares mínimos generales:

- 120 horas en total de teoría
- 100 horas de supervisión, de las cuales, al menos 50 individual
- Recomendando que el supervisor sea un psicoterapeuta externo
- Recomendando la experiencia en dos enfoques diferentes,
- Recomendando un mínimo de seis años de formación, cinco, de ellos, dedicados a la psiquiatría.

A nivel nacional, La Comisión de la Especialidad de Psiquiatría incluye entre sus recomendaciones publicadas en 1996, además de lo que entiende por objetivos generales y específicos de la formación, algunos puntos muy generales que tienen que ver con la formación psicoterapéutica como son:.

Se recomienda a los residentes especialmente durante su primer año la participación en experiencias en grupo que les permita explorar la incidencia de sus vínculos interpersonales sobre la actuación profesional.

En la organización general, además de las horas teóricas (5 horas) y las sesiones clínicas semanales, el MIR contará durante su periodo formativo, con supervisión para su formación teórica, clínica, terapéutica y de inicio a la investigación, con una especial concentración de la misma durante el primer y segundo año.

También en el contenido y desarrollo de la formación se hace de nuevo mención cuando se habla de los contenidos clínico-asistenciales, de la necesidad de formación en métodos y actividades psicoterapéuticas.

Después del periodo de formación obligatorio, el residente ha de formarse en un campo de especial interés: Psiquiatría de la infancia y adolescencia, de la vejez, alcoholismo y otras drogodependencias y psicoterapias. Durante este año y medio, el residente puede permanecer y profundizar en uno de esos campos durante todo el tiempo disponible o realizar formación básica repartiendo el tiempo disponible en, al menos dos de ellos.

En el caso de los Psicólogos residentes, el Programa elaborado por el grupo de expertos en 1996, cita como parte de los contenidos a desarrollar en el programa, la formación en nociones fundamentales sobre los diferentes modelos psicoterapéuticos y técnicas de intervención psicológica en los distintos niveles: individual, familiar, grupal, institucional y comunitaria (Comisión Nacional Promotora de Psicología Clínica, 1996)

En los programas oficiales no se concreta la forma de desarrollar la formación psicoterapéutica ni se facilitan criterios de tiempo y contenido

Aunque en los documentos se reflejen las buenas intenciones, la realidad es que la formación en psicoterapia, no se concreta en propuestas factibles y sigue estando en el campo privado y en los master y cursos de especialización de las Universidades.

El desarrollo de un plan de formación en Psicoterapia hace necesario: En primer lugar decidir quien va a tener la responsabilidad en dicha formación, si irá incluida como tal en el programa de formación, si correrá a cargo de los Departamentos de las Universidades (a través de master y cursos de especialización, financiados por los mismos interesados) o a través de conciertos con las distintas asociaciones psicoterapéuticas acreditadas.

Planteamientos generales

En este contexto, cualquier propuesta de formación, ha de partir de hacer explícitos los planteamientos generales que, en nuestro caso, son los siguientes:

- La enseñanza de la psicoterapia ha de **basarse en el estado del arte** que, por ser dinámico, ha de estar sujeto a revisiones periódicas. Mantener una mente abierta y una actitud de investigación curiosa protege contra el dogmatismo y la exclusión de la diversidad. Los educadores han de estar atentos al cambio del horizonte que van planteando los resultados de las distintas investigaciones y propuestas teóricas, y que se incorporan al conjunto de conocimientos aceptados por la generalidad. Del mismo modo, han de estar atentos al avance y evolución de los métodos de entrenamiento de los futuros terapeutas. ¿No hay una tendencia a enseñar los distintos métodos psicoterapéuticos tal y cómo a nosotros se nos han transmitido, es decir, enseñarlos como verdades absolutas y estáticas que no evolucionan?
- Pese a que hay descritas multitud de formas de psicoterapia, en general se aceptan como **corrientes principales**: la psicoanalítica o psicodinámica, la cognitiva, la conductual, la sistémica. Más recientemente la integradora. Este segundo punto se basa en dos hechos: por un lado la caída, no solo en el campo de la psicoterapia, sino en el del pensamiento en general, de actitudes dogmáticas, difíciles de conciliar con el espíritu postmoderno y en segundo lugar con la falta de demostración de la superioridad de un modelo sobre otro.
- La experiencia, sobre todo en servicios de salud públicos, centra los tratamientos psicoterapéuticos en las **intervenciones breves e integrado-**

ras. Se destaca la importancia de la enseñanza de los llamados **factores comunes**, que incluyen aspectos tan importantes como la alianza terapéutica y que son los que, de modo más consistente, se han relacionado en la investigación con la buena evolución de los tratamientos.

- La primera decisión ha de ser si **el objetivo de la formación será capacitar a los estudiantes en un solo modelo** psicoterapéutico y la derivación subsiguiente de los pacientes a tratamientos más adecuados, o si nuestra misión como formadores ha de ser la de entrenar a los residentes para que puedan acomodarse a la mayoría de los pacientes mediante el entrenamiento **en psicoterapia de integración**. En general, los principiantes son expuestos a una amplia bibliografía y pueden contemplar el inicio de la formación con un alto nivel de confusión. Algunos resuelven este problema adhiriéndose desde el principio a una única escuela y evitando los contactos con otros conocimientos que les sumerjan de nuevo en la confusión. Sí es cierto que los psicoterapeutas pueden funcionar adecuadamente dentro de un único modelo, pero siempre que tengan la ética y el talento para discriminar que pacientes pueden beneficiarse de su sistema y cuales no. Porque “el problema principal no son los psicoterapeutas de mente estrecha, sino los terapeutas que imponen su estrechez a los pacientes. Las dos tareas esenciales, para el terapeuta que sigue una orientación específica es reconocer las contraindicaciones respectivas y educarse para decidir derivaciones bien fundamentadas” (Andrews, 1992).
- Para la formación en el **campo infanto-juvenil las intervenciones psicoterapéuticas, con sus abordajes específicos** resultan imprescindibles
- Conseguir pericia en los distintos formatos **individual, pareja, familia o grupo**.
- No basta la formación teórica, sino que ha de complementarse con la **formación experiencial**. Se ha demostrado que los programas ideales de formación reúnen una combinación de los aspectos didácticos y experienciales. Punto fundamental en el entrenamiento es la **supervisión**, entendida como una relación diádica en la cual una persona ayuda a otra a modificar conductas, afectos y cogniciones en orden a ofrecer servicios más eficaces a los pacientes (Halgin, 1995).
- Una vez puesto en marcha el plan de formación es preciso **evaluarlo**, y confrontarlo periódicamente con el estado de la investigación en el tema, con lo cual **volveríamos al punto inicial** de partida de estos planteamientos generales, en el que se destacaba la necesidad de basar el programa en el estado del arte.
- Trabajamos con la asunción de que convertirse en un buen psicoterapeuta requiere algo más que las cualidades personales inherentes al prin-

cipiante. Aunque un estilo sensible y hábil en las relaciones interpersonales es necesario, no es un factor suficiente.

- Nuestra propuesta de formación incluye un programa de entrenamiento estructurado en el que se intentan armonizar los componentes didácticos con los experienciales y la supervisión. Como requisito imprescindible, se pide una participación activa de la persona en formación y se les anima a asumir responsabilidades acerca de su propia formación. Estamos convencidos de que solo se aprende “haciendo”.

Primer nivel o nivel básico

El primer nivel se desarrolla en un primer curso de 200 horas lectivas. Lo que sigue es la descripción de los objetivos de este primer nivel, junto con el procedimiento a seguir, que incluye las dimensiones didáctica, experiencial, la actividad clínica requerida y las técnicas de entrenamiento recomendadas.

- 1. Objetivos 1º nivel:** Se refieren a la adquisición de conocimientos y experiencia en las siguientes áreas:
 - 1.1. Factores comunes. Habilidades en técnicas de entrevista y comunicación humana.
 - 1.2. Conocimientos generales de los modelos psicoterapéuticos de más amplia difusión.
 - 1.3. Saber hacer una buena derivación e indicación psicoterapéutica.
 - 1.4. Sensibilización al impacto que el pensamiento, sentimientos y actitud y, en general la perspectiva del terapeuta, tiene sobre la relación con el paciente y el devenir del tratamiento.

- 2. Procedimiento:** Cada uno de los siguientes apartados, se han de dar de una forma integrada en la formación, aunque aquí, para mejorar la comprensión, los separemos.

2.1. Didáctico

- Taller sobre “Factores comunes”: Para ello seguimos el método propuesto por el profesor Bernard Beitman (1999), que está estructurado en seis módulos de entrenamiento. Los módulos cubren los siguientes temas: Intenciones y modos de expresión verbal del terapeuta, alianza de trabajo, inducción de patrones o pautas disfuncionales, el cambio, la resistencia, la transferencia y contratransferencia.
- Taller sobre técnicas de entrevista y comunicación (empatía, respeto, escucha activa, comunicación no verbal). La relación terapéutica es más que la capacidad de establecer una relación interpersonal empática.

tica, implica un foco en el bienestar y crecimiento del paciente. Quizás uno de los retos más importantes para el principiante es aprender a establecer este tipo de intimidad que va desde la hiperimplicación hasta la distancia fóbica con el paciente. El objetivo de este seminario sería comunicar la centralidad de esta relación en el proceso psicoterapéutico (Halgin, 1995).

- Taller de Trabajo con la familia de origen del terapeuta. El objetivo será la sensibilización al trabajo sobre el “mito familiar” o descripción de los puntos focales entorno a los cuales tienen lugar los procesos familiares y ver como estos esquemas repetitivos se reproducen en otros contextos, con especial relevancia en la elección de la profesión terapéutica y en la relación con los pacientes.
- Seminario de Introducción a la teoría y método psicoanalítico
- Seminario de Introducción al método cognitivo-conductual
- Seminario de Introducción al pensamiento sistémico y terapias de familia e interpersonales.
- Seminario de Introducción al modelo integrador. Entrenará un modelo de toma de decisiones para seleccionar los procedimientos desde varias orientaciones terapéuticas para ser aplicados en circunstancias y con pacientes determinados.
- Seminario de Teoría del cambio desde una perspectiva integradora.

2.2. Experiencial

- Grupo estilo Balint dirigido a la discusión, sobre material clínico, de las dificultades que surgen en el camino de desarrollo del rol de psicoterapeuta. El grupo está formado por los integrantes del programa y dirigido por un profesional ajeno al ámbito asistencial de éstos.
- Entrenamiento en relajación: Revisión de los métodos principales y entrenamiento en el método de relajación muscular progresiva de Jacobson.
- Supervisión de casos en grupo, con frecuencia semanal. Discusión centrada en la indicación, factores comunes y estadios del proceso terapéutico. La supervisión en grupo ofrece la ventaja de aprender de los puntos de vista de los otros integrantes del grupo, pero puede tener desventajas para los principiantes que se sientan muy inseguros y vulnerables. Lo ideal es combinar este formato con la supervisión individual.
- Supervisión individual de casos.

2.3. Actividad clínica

- Observación del trabajo del supervisor.
- Inicio del trabajo psicoterapéutico supervisado. Centrado en primeras entrevistas de evaluación.

2.4. Técnicas de entrenamiento recomendadas

- Orientación en lecturas y clases teóricas
- Enseñanza de técnicas específicas: demostrando claramente en que consiste cada una, cual es la base para su aplicación, cuando se utiliza adecuadamente y cuando no y dejando tiempo suficiente para que las técnicas sean practicadas.
- Intervenciones manualizadas. Aunque son un instrumento útil, nada ha demostrado que la adherencia ciega al manual mejore los resultados de la terapia. Como señala Strupp la adherencia a un conjunto de técnicas no es garantía de ser un terapeuta habilidoso. Pero consideramos muy eficaz la inclusión de algunos manuales, como el de la terapia interpersonal de la depresión (Klerman, 1984), o el manual de Beck (1979) en nuestro programa.
- Observación y discusión del trabajo de terapeutas experimentados (modelado). Pese a que es uno de los métodos reclamado como más eficaz, los principiantes tienen pocas oportunidades de ver a sus supervisores actuando en la consulta y enfrentándose directamente con los problemas que también a ella o él se le plantean, mediante la visualización en vídeo de entrevistas psicoterapéuticas.
- Rol play. El juego y la dramatización de situaciones clínicas es uno de los procedimientos más utilizados en la formación en psicoterapia. En el rol play el terapeuta en formación escenifica una secuencia clínica previamente acordada y a través de la modificación de roles, surgen importantes oportunidades de aprendizaje. A través de esta técnica, el terapeuta en formación puede poner en juego sus habilidades en un contexto de seguridad que le permite ensayar también nuevas alternativas terapéuticas. Externalizar el complicado proceso de la terapia, darle un contexto de espacio y de tiempo, puede ayudar a clarificarla (Williams, 1995).
- Ejercicios estructurados: Son ejercicios y juegos derivados de las técnicas de improvisación teatrales, que tienen como objetivos más importantes: 1.- entrenar las habilidades observacionales, sobre todo las no verbales, del terapeuta; 2.- enseñar a utilizarse más a sí mismos en el proceso terapéutico, confiando en la imaginación, asumiendo riesgos y siendo más espontáneos; 3.- empatizar con los miedos de los pacientes y sus dificultades para llevar a cabo cambios.
- Feedback de los pares en el grupo: Las observaciones de las personas que están en el mismo nivel de aprendizaje que el formando tienen el efecto de influir sobre él o ella de forma distinta a las señalizaciones de la supervisora. Además son intervenciones que señalan aspectos

que en ocasiones pueden ser pasados por alto por personas con más experiencia. Para que las intervenciones sean adecuadas y enriquecedoras, es importante que la persona directora del programa de formación haya cuidado y potenciado, desde el inicio, la dinámica grupal que aliente la cooperación y la exposición de los terapeutas en formación, evitando actitudes críticas.

- Discusión de resúmenes escritos de la sesión que ha llevado a cabo el terapeuta en supervisión con su paciente.
- Autoconfrontación mediante la visualización y discusión de las grabaciones audio o vídeo del propio alumno
- Relación supervisor-supervisado: El supervisor además de tener la responsabilidad de guiar al supervisado en sus lecturas y adquisición de conocimientos teóricos, mantiene con él o ella una relación que, en sí misma, se convierte en un medio fundamental de aprendizaje. La relación supervisora-supervisada repite muchos de las particularidades que en otros lugares, señalábamos de la relación terapeuta-paciente. Durante el proceso de supervisión es frecuente que se mimeticen y reflejen aspectos de esta relación en aquélla.

Segundo nivel o nivel de especialización

El segundo nivel se lleva a cabo en los dos años siguientes, con un total de 250 horas lectivas.

1. Objetivos:

- 1.1. Profundizar en el conocimiento y manejo del modelo de psicoterapia de integración basado en la construcción de narrativas terapéuticas.
- 1.2. Conocimiento general de técnicas de intervención específicas en salud mental infanto-juvenil.
- 1.3. Formación en aspectos éticos y cuestiones diferenciales de género, etnia o cultura.
- 1.4. Sensibilizarle a la necesidad de auto-cuidado en una profesión de alto estrés.
“Cuando tu vida se dedica al consejo de otras vidas, no puedes ayudar sin estar implicado. Y cuando te implicas, incluso de forma vicaria, en las complejidades y vicisitudes de tantas otras vidas, tu propia vida no puede ser de ayuda sin ser influida” (Mahoney, 1995).
- 1.5. Conocimiento general de la metodología de investigación en psicoterapia

2. Procedimiento

2.1. Didáctico

- 2.1.1. Seminario 100 horas de nivel avanzado en el modelo integrador.
- 2.1.2. Seminario sobre investigación en psicoterapia. Las preguntas ya no son si la psicoterapia es o no eficaz sino con quien, cómo y cuando sus efectos son más importantes y con quien, como o cuando puede ser perjudicial.
- 2.1.3. Seminario sobre intervención psicoterapéuticas en el campo infanto-juvenil
- 2.1.4. Seminario sobre Teoría y técnica de la intervención en crisis.
- 2.1.5. Seminario sobre aspectos éticos y diferencias de género, etnia y cultura en psicoterapia.

2.2. Experiencial

- Supervisión individual con supervisores acreditados en el modelo. Mínimo de 50 horas
- Supervisión en grupo.
- Supervisión del trabajo de supervisión de un principiante.

2.3. Actividad clínica

- 2.3.1. Psicoterapias individuales supervisadas, formatos breves, en los que se hace hincapié en el tipo de problema presentado. Es por ello que se pide supervisar al menos un caso de los siguientes diagnósticos: depresión, ansiedad, psicosis y trastorno de personalidad
- 2.3.2. Psicoterapias familiar, de pareja, grupal, al menos un caso de cada una de ellas.

La persona del terapeuta

Nuestro programa de formación se organiza en un curso de postgrado y va dirigido a psiquiatras y psicólogos con práctica clínica. Se pide práctica clínica, porque la vocación del programa es la de centrarse en personas que piensen dedicarse a la terapia como profesión y, porque los aspectos prácticos del curso consisten en trabajo sobre esa práctica.

En este momento no está legalmente establecido cuál es la titulación adecuada para practicar la psicoterapia. Parece claro que los psiquiatras y psicólogos estarían legalmente autorizados para ello, aunque los programas de formación de unos y otros distan de garantizar tal capacitación. El número de enfermeros o trabajadores sociales que realizan este tipo de práctica es, en nuestro país, menor que en otros.

Pero, además de la titulación de acceso, la formación de una persona para desarrollar el rol de terapeuta, obliga a entrenar algunas capacidades de modo especial o a modular el desarrollo de otras. Es decir, aprender a usar el self del terapeuta y su capacidad de “yo observador”. En muchos casos eso supone ayudar a “desaprender” muchos principios y actitudes aprendidos previamente durante la enseñanza universitaria o en programas de formación en psicoterapia de otra índole.

En este programa se considera importante entrenar:

- La espontaneidad, imaginación y flexibilidad, huyendo de pensamientos dicotómicos y de polaridades. Animando a plantear los dilemas terapéuticos entre más de dos polaridades.
- La utilización de un enfoque exploratorio, aprendiendo a observar las fuerzas y debilidades naturales, tanto de sí mismo en el papel de terapeuta, como del paciente o pacientes, con el fin de fomentar el uso de estas potencialidades a su favor.
- La escucha, en un registro verbal y no verbal, de múltiples voces o perspectivas de la realidad.
- La construcción de nuevas historias (de lo que trata todo este libro).
- El análisis continuo de los propios prejuicios, para impedir que entorpezcan el proceso terapéutico.
- La puesta de manifiesto de cuestiones de estatus y poder, que habitualmente “no se ven”.
- Aumentar la conciencia de la propia posición del terapeuta, tanto en los sistemas actuales, como en los pasados.

Los terapeutas noveles tienden a mantener una distancia excesiva con los pacientes, para no sentirse desbordado por los sentimientos, o para esconder otros sentimientos de falta de competencia. Por ello es importante enseñar también a asumir riesgos, a ser flexible, a poder cometer errores en un ambiente de aprendizaje seguro. Todos hemos sido enseñados a evitar los errores, a esconderlos o a temerlos. Pero como dice Tom Watson:” Los juicios sensatos provienen de la experiencia y la experiencia viene de los malos juicios” (Wiener, 1994).

La supervisión

Al ser la supervisión nuclear en el entrenamiento, la figura del supervisor adquiere gran importancia. La supervisión clínica continua siendo el método más utilizado en nuestro programa de formación.

Entendemos por supervisión clínica una relación diádica en la cual una persona ayuda a otra a modificar conductas, afectos y cogniciones para ofrecer servicios más eficaces a los pacientes (Halgin, 1995).

Para llevarla a cabo con garantías es frecuente que nos encontremos con limitaciones como la falta de profesionales debidamente acreditados con formación psicoterapéutica y la dispersión geográfica de éstos, o el poder conservar, en la medida de lo posible, la libertad mutua de elección de supervisor y supervisado.

Los terapeutas aprenden en la formación cómo ayudar a las personas a cambiar, mientras ellos mismos también cambian durante el proceso. El supervisor es la persona que les guía para conseguir esos objetivos.

El terapeuta centra su atención en el cliente, el supervisor, desde una comprensión más clásica de la psicoterapia, enfoca su atención en ambos. Pero en la práctica, el supervisor centra su atención en la relación terapeuta-paciente y en la relación supervisor-supervisado. Ésta última va a reproducir, muchas de las dificultades y conflictos de la primera.

La supervisión eficaz ha de cumplir una serie de criterios:

- Es necesario que el supervisor sepa responder de modo diferente a los diferentes niveles de experiencia del principiante. La supervisión progresa a través de una serie de estadios. Son paralelos a los estadios que se pueden describir en el proceso de aprendizaje y que se han llamado de estancamiento o paralización, confusión e integración. Durante la fase de estancamiento el supervisado puede tener una ingenua sensación de seguridad y un pensamiento simplista de que las soluciones a los dilemas que se le plantean o son blancas o son negras. En la fase de confusión domina la inestabilidad y el conflicto cuando el principiante se da cuenta de que las cosas no son tan fáciles. Durante la fase de integración, el terapeuta en formación es más capaz de reorganizar y desarrollar conocimientos nuevo, flexibilidad y seguridad personal (Halgin, 1995).
- La supervisora ha de reconocer también el particular estilo del supervisado. También ha de estar dispuesta a enseñar el propio trabajo, a discutir sus propios errores y a desvelar sus ansiedades.
- El supervisor ideal es alguien que ofrece apoyo, no crítico, con alto nivel de empatía, respeto, sinceridad, interés y flexibilidad.
- Sea cual sea el método de “feedback” empleado, el disponer de objetivos claros y un esquema sistemático facilita que el supervisando no caiga en la confusión. Como máximo se deben supervisar una sesión cada cuatro.

En el núcleo de una supervisión eficaz está una relación. Por contrapartida con lo anterior, una mala supervisión es la que es autoritaria, pobre-

mente definida, muy crítica o inadecuadamente intrusiva en cuestiones personales del terapeuta. El supervisor enfrenta el reto de cultivar el crecimiento personal del supervisando sin provocar su alienación (Andrews, 1992).

En nuestro programa, durante cada sesión de supervisión, le pedimos los terapeutas en formación el esfuerzo de contestar a las siguientes preguntas:

1. ¿En qué fase estamos?
2. ¿Qué ha supuesto esta sesión (en el proceso de la terapia)?
3. ¿Cuál ha sido el clima emocional?
4. ¿Qué actividades hemos realizado (técnicas y actividades del terapeuta)?
5. ¿Qué se ha omitido o decidido no hacer?
6. ¿Cuál es el momento de la relación terapeuta/paciente?
7. ¿Qué temas quedan pendientes y qué aspectos hemos hablado de ellos con el paciente?
8. ¿Qué repercusión ha tenido la sesión sobre los objetivos planteados para la terapia?
9. ¿Cuál es el programa para la siguiente sesión?

Supervisar, como señala Haley (1997) significa enseñar no solo las técnicas psicoterapéuticas, sino cierta forma de ver el mundo y de comprender los dilemas humanos.

La cuestión de la terapia personal

En nuestro programa no consideramos obligatoria la terapia personal. Si bien no se ha demostrado que la terapia personal aumente la eficacia de la terapia, parece haber un consenso, sobre una base intuitiva, de que esta experiencia tiene un valor educativo.

Los defensores de la terapia personal afirman que ésta aumenta la capacidad del futuro terapeuta por varios motivos. Entre ellos citan: el aprender a colocarse en el lugar del paciente, o el ayudar a entender las dinámicas personales e interpersonales mejor.

Aunque en nuestro programa no se considera un requisito la experiencia de terapia personal, sin duda es necesario un entrenamiento que sensibilice al futuro terapeuta en cuestiones como el impacto que su pensamiento, afecto y actitud tiene sobre el tratamiento y la relación terapéutica y viceversa. Esto se puede conseguir a través de los grupos estilo Balint, la relación de supervisión y otras técnicas que fomenten el desarrollo personal.

Dependerá mucho del estilo y nivel de funcionamiento psicológico de la persona en formación. Si los problemas personales del formando interfieren

con la marcha del tratamiento psicoterapéutico se le debe aconsejar una psicoterapia personal.

Cuestiones éticas

Es preferible no hacer asunciones a priori acerca de lo que el terapeuta en formación sabe sobre cuestiones éticas y dedicar un tiempo de la formación a ellas. En nuestro programa, consideramos necesario, introducir a los terapeutas noveles en algunos códigos éticos.

El código británico de Ética y Práctica para formadores y para consejeros, considera ésta una actividad responsable, profesional, que respeta la dignidad, autonomía y derecho a la autodeterminación de los clientes (Dryden, 1994).

Es importante discutir cuestiones acerca de la confidencialidad, competencia y límites de la responsabilidad.

La relación entre el formador y la persona en formación guarda algunas semejanzas con la relación entre terapeuta y paciente, en el sentido de que durante el programa, el terapeuta novel puede encontrarse en una posición de mayor vulnerabilidad o situaciones en la que surjan contenidos, especialmente doloroso para él o ella.

A nuestro modo de ver, los terapeutas en formación deben desafiar y cuestionar aspectos de sí mismos que se relacionan con los objetivos de la formación en un ambiente de gran respeto.

Evaluación

En todos los programas de formación se ha de prever un sistema de evaluación. Algunas propuestas para llevarla a cabo, incluyen multitud de criterios dentro de un amplio rango, tales como: el nivel de funcionamiento interpersonal, juicio profesional, capacidad de evaluación, ética, conciencia de fuerzas y limitaciones, etc.

Para hacer la evaluación, es necesario disponer de medidas previas al inicio del programa con las que comparar los resultados obtenidos en diferentes momentos del entrenamiento y al final del mismo.

Es muy interesante el modelo de evaluación propuesto por Beitman (1999) y que nosotros hemos incluido, en parte, dentro de nuestro propio sistema de evaluación.

En este programa, se requiere al terapeuta, antes del inicio de la formación, la presentación de una tercera sesión de psicoterapia grabada en audio o vídeo, con firma de consentimiento del paciente.

Esta sesión se puntúa en base a una serie de inventarios de alianza terapéutica, medidas de intenciones del terapeuta, medidas de reacciones de éste ante el paciente, cuestionarios de evaluación de la sesión y cuestionario de auto-evaluación en el rol de terapeuta. Algunas de estas medidas, como las de alianza, necesitan ser cumplimentadas también por el paciente. Además, el terapeuta en formación rellena una ficha que describe, de modo estructurado, su curriculum psicoterapéutico, previo al programa actual.

Al terminar cada una de los módulos concretos en que está dividida la formación, el terapeuta ha de cumplimentar algunas de los instrumentos anteriores, como el cuestionario de auto-evaluación de rol de terapeuta y una breve encuesta estructurada, en la que se preguntan, con respuestas de texto libre, aspectos concretos, como por ejemplo: ¿qué es lo más importante que ha ocurrido en el programa en las semanas pasadas?, ¿qué cambios crees que estás haciendo en tu forma de pensar y sentir la terapia como resultado de este módulo concreto?, ¿qué aspectos concretos, en este módulo, te ayudan a conseguir los cambios deseados?, etc. Estas preguntas tienen el efecto de hacer reflexionar al aprendiz sobre el progreso de su formación y aumentar su conciencia sobre los logros obtenidos en cada una de las fases del aprendizaje.

Al final de cada año de formación y al final de todo el programa de tres años, se vuelven a repetir las evaluaciones anteriores utilizando los mismos instrumentos, pero valorando otra tercera entrevista, del terapeuta con otro paciente, post-formación.

Además de este sistema de evaluación, más estructurado, se considera recomendable la confección de memorias anuales, en la que se reseñen los seminarios asistidos, número de horas de supervisión individual y grupal, número de casos en tratamiento, etc., que se complementaría con otra memoria del supervisor de características parecidas.

La evaluación, además de pretender una medida de resultado del programa de formación, tiene el efecto de hacer reflexionar y resumir a la persona en formación, lo aprendido durante un periodo de tiempo.

Predicciones de futuro

Todo apunta a que la psicoterapia será más directiva, psicoeducacional, centrada en el presente, enfocada en problemas concretos y con formatos más breves en la próxima década. El psicoterapeuta del futuro, cuya formación discutimos aquí, habrá de estar preparado para afrontar esas tareas.

Norcross predice que aumentarán los servicios psicoterapéuticos de grupos de auto ayuda, trabajadoras sociales y enfermeros entrenados. Cree que dis-

minuirá ligeramente la psicoterapia ofertada por psiquiatras. Aumentarán en frecuencia las terapias breves. Es posible un declinar en teorías psicoanalíticas y un aumento de las cognitivas, integradoras y sistémicas (Mahoney, 1995)

Para el Grupo para el Advancement of Psychiatry (1987), el futuro psicoterapeuta es probable que sea una mujer, con una formación académica distinta a la médica, que hace psicoterapia con un formato breve, con más frecuencia grupal, dentro de un contexto sanitario regido por compañías aseguradoras y curiosamente prevén resultados desastrosos para el fenómeno de la mayor incorporación de la mujer al campo psicoterapéutico porque dicen “las consecuencias históricas de la feminización de una vocación o profesión ha sido una reducción en el estatus y poder adquisitivo en el área”. Esta reflexión nos lleva de nuevo a considerar las cuestiones de género ahí incluidas y de las que pretendemos dar cuenta en nuestro programa.

Es posible que queden insuficientemente reflejados en el programa otros aspectos como son: la necesidad de desarrollar servicios e intervenciones específicas para ancianos, ante el envejecimiento de la población y el cambio de estilo de vida porque aparecerán problemas nuevos. Enfrentar cuestiones de género e intervenciones transculturales en una sociedad con creciente mezcla étnica y cultural. Incorporar perspectivas feministas como forma de entender las diferencias en el desarrollo en el hombre y la mujer y trastornos asociados a los estereotipos de género y convertir las cuestiones éticas en una reflexión constante para el futuro psicoterapeuta.

Bibliografía

- Alexander F, French TM. Psychoanalytic therapy: principles and applications. New York: Ronald Press 1946.
- Andersen. T, en 101 interventions in Family therapy, Nelson TS and Trepper TS. New York. The Haworth Press, 1993 pg 420.
- Anderson H, Goolishian H A. Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. Fam Process 1988; 27: 371-393.
- Anderson H, Goolishian H A. Beyond cybernetics: Comments on Atkinson and Heath's "Further thoughts on second-order family therapy". Family Process 1990, 29, 157-163.
- Anderson H, Goolishian H A. El experto es el cliente. La ignorancia como enfoque terapéutico, en McNamee S y Gergen KJ., Therapy as social construction. Londres, SAGE, 1992 (Trad cast. La terapia como construcción social. Barcelona, Paidós, 1996).
- Andolfi M, Angelo C, Menghi P, Nicolo-Corigliano AM. Detrás de la máscara familiar. Buenos Aires. Amorrortu, 1985.
- Andrews JD, Norcross JC, Halgin R. Training in Psychotherapy Integration, en Norcross JC y Goldfried MR. Psychotherapy integration. New York: Basic Books 1992, 563-93.

- Arkowitz H Integratives theories of therapy, en Freedheim DK History of Psychotherapy. Washington, American Psychological Association, 1992, 261-302.
- Arkowitz H. Integrative theories of therapy, en Wachtel P and Messer SB Theories of psychotherapy. Origins and evolution. Washington, American Psychological Association, 1997, 227-72.
- Ávila A. La situación actual de la formación en Psicoterapia en España y en Europa. Reflexiones sobre los procedimientos de acreditación de la formación. En Garrido M y García J Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones. Valencia, Promolibro, 1994, 697-715.
- Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice Hall, 1977 (Trad cast: Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe 1982).
- Barthes R. S/Z. Paris: du Seuil 1970 (trad cast S/Z. Madrid: Siglo XXI, 1980)
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive treatment of depression: a treatment manual. New York: Guilford. 1979. (Trad cast: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee De Bouver, 1983).
- Beck AT, Emery G. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books 1985.
- Beck AT, Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford 1990.
- Beitman BD. The structure of individual psychotherapy. New York: Guilford Press, 1987.
- Beitman DB, Goldfried MR, Norcross JC. The movement toward integrating the psychotherapies: an overview. Am J Psychiatry 1989; 146: 138-146.
- Beitman BD. Beck NC, Deuser WE, Carter CS. Davidson JRT, Maddock RJ. Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder medication trial. Anxiety 1994; 1: 64-69.
- Beitman BD, Hall MJ, Woodward B. Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. En Norcross JC, Goldfried MR (Eds). Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books 1992.
- Beitman BD, Klerman GL (Eds). Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press 1991.
- Beitman BD, Yue D. Learning psychotherapy: A time-efficient, research-based and outcome-measured psychotherapy training program. New York: Norton 1999.

- Beitman BD (En prensa).
- Bellack AS, Hersen M, Himmelhoch J. Social skills training with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *Am J Psychiatry*. 1981; 138: 1562-1567.
- Berger P, Luckmann T. The social construction of reality. Garden City: Doubleday 1966 (trad cast: La construcción social de la enfermedad. Buenos Aires: Amorrortu, 1968).
- Beutler LE. Systematic eclectic psychotherapy, en JC Norcross handbook of eclectic psychotherapy. New York, Brunner/Mazel, 1986, 94-131.
- Birtchnell J, Kennard J. Marriage and mental illness. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 193-198.
- Birtchnell J. Depression and family relationships. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 758-769.
- Birtchnell J. Negative modes of relating, marital quality and depression. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 648-657.
- Blackburn IN, Bishop S, Glen AIM, Whaley LJ, Christie JE. The efficacy of cognitive therapy of depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry* 1981; 139: 181-189.
- Book HE. How to practice Brief Psychodynamic Psychotherapy; The Core Conflictual Relationship Theme Method. Washington: American Psychological Association 1997.
- Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytical concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice* 1979; 16: 252-259.
- Borges JL. Parábola del palacio. *El Hacedor, Obras completas vol II*. Barcelona Emecé, 1996 pg. 179.
- Borges JL. El Otro, el mismo,. *Obras completas, vol II* Barcelona Emecé, 1996 pg. 237.
- Borges JL. Otras Inquisiciones, en Jorge Luis Borges Obras Completas, vol II. Buenos Aires, Emecé, 1996b.
- Botella, C., Baños, R., Perpiñá, C. y Ballester, R. Realidad virtual y tratamientos psicológicos. *Análisis y Modificación de conducta*, (1998) 24 (93), 5-26.
- Botella C, Baños R, Perpiñá C, García-Palacios A. Virtual Reality: A new clinical setting lab. In G. Riva, B.K. Wiederhold and E. Molinari (Eds.)

- Virtual Environments in Clinical Psychology and Neuroscience. Amsterdam. IOS Press. 1998.
- Botella C, Baños RM, Perpiñá C, Villa H, Alcañiz M Rey A. Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy* 1998; 36, 239-246.
- Botella C, Villa H, Baños RM, Perpiñá C, García-Palacios A. (in press). Virtual Reality in the treatment of claustrophobia: A controlled multiple baseline design. *Behavior Therapy*.
- Botella C, Villa H, Baños RM, Perpiñá C, García-Palacios A. The treatment of claustrophobia with virtual reality: changes in other phobic behaviours not especially treated. *CyberPsychology & Behavior*, 1999; 2 (2), 135-141.
- Botella L, Figueras S. Cien años de psicoterapia: ¿El porvenir de una ilusión o un porvenir ilusorio? *Revista de Psicoterapia* 1995; 24: 13-28.
- Botella L, Pacheco M, Herrero O. Pensamiento postmoderno constructivo y psicoterapia. *Rsvista de psicología*, 1999; 10 (37): 7-30.
- Bowen M. Esquizofrenia y familia, en Jackson D. The Etiology of squizophrenia. New York, Basic Books, 1960. (Trad. Cast. Etiología de la Esquizofrenia. Buenos Aires, Amorrortu, de Basic Books 1980).
- Bowen M. Dalla famiglia all'individuo. La differenziaciones del sé nel sistema familiare. Roma, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini, 1979 (trad castellana: De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Barcelona, Paidós, 1991).
- Bowen M. Terapia familiar en la práctica clínica. Vol. 1 y Vol. 2. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1982.
- Bruner J. Actual minds, possible worlds. Cambridge, MA: Hardward University Press, 1986 (Trad. cast: Realidad mental y mundos posibles. Barcelona: Gedisa 1988).
- Bucley P. Psychotherapy's second century. *Curr Opinion Psychiatr* 1995;8: 143-45.
- Budman SH, Gurman AS. Theory and practice of brief therapy. New York: Guildford, 1988.
- Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basisc Books 1964 (trad cast. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidos. 11 reimpresión 1980).
- Caro I. Un enfoque postmoderno y construccionista sobre la salud mental y la psicoterapia. *Revista de psicología*, 1999; 10 (37): 31-50.

- Carrillo JM. Técnicas basadas en el condicionamiento operante. En Mayor J, Labrador FJ. Manual de modificación de conducta Madrid: Alhambra 1991. 265-268.
- Carrobbles JAI. Análisis y modificación de la conducta. Madrid: UNED 1989.
- Caspi A, Elder GH. Emergent family patterns: The intergenerational construction of problem behaviour and relationships, en Hinde and Stevenson-Hinde eds, Relationships within Families. Mutual Influences., Oxford University Press, 1988.
- Cherry S, Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy. En Kantor JS (ed): Clinical depression during addition recovery: Process, diagnosis and treatment. New York: Marcel Dekker. 1996: 165-185.
- Clark DM. Cognitive therapy to panic. Behavior Research and Therapy. 1986; 24: 461-470.
- Clark DM, Salkovskis PM. Cognitive therapy with panic and hypocondriasis. New York: Pergamon 1991.
- Clark DM, Fairburn CG (eds). Science and practice of Cognitive Behavior Therapy. Oxford: Oxford University Press 1997.
- Colapinto J. Structural family therapy, en en Gurman AS and Kniskern DP. Handbook of family therapy Vol II. New York, Brunnel Mazel, 1991, 417-43.
- Combrinck-Graham L. A model for family development. Family Process 1985, 24, 139-150.
- Combrinck-Graham L. La sexualidad del adolescente en la espiral vital de la familia en Falicov CJ comp, Transiciones en la Familia, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.
- Comisión Nacional de Psiquiatría. Psiquiatría. En Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Guía de Formación de Especialistas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Cultura, 1996
- Comisión Nacional Promotora de Psicología Clínica. Psicología Clínica. En Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Guía de Formación de Especialistas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Cultura, 1996.
- Cordón F. Cocinar hizo al hombre. Barcelona: Tusquets 1979.
- Cordón F. La naturaleza del hombre a la luz de su origen biológico. Barcelona: Anthropos 1981.

- Covi L, Lipman RS, Smith JE. Group psychotherapy and pharmacotherapy of depression. Manning DW, Frances AJ. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 65-112.
- Crist-Christoph P, Barber JP. Handbook of short- term dynamic psychotherapy. New York: Basic Books 1991.
- Cushman P. Constructing the self, constructing America. Boston: Addison-Wesley, 1995.
- Davis R, Dearing S, Faulkner J, Jasper K, Olmsted MP, Rice C, Rocker E. The road to recovery. A manual for participants in the psychoeducation group for bulimia nervosa. In Harper-Guiuffre H, MacKenzie KR. Group psychotherapy dor eating disorders. Washington: American Psychiatric Press 1992.
- Davanloo H (ed). Short-term dinamic psychotherapy. New York: Jason Aaronson, 1980.
- Davanloo H: Unlocking the unconcious. John Willey & Sons. Chichester. 1990. (Trad cast: Psicoterapia breve. Madrid: DOR, S.L. 1992)
- Deaux K. From individual differences to social categories: analysis of a decade's research on gender. American Psychologist, 1984, 39, 105-16.
- Derrida J. De la gramatología.
- Dell P. Violence and the systemic view: The problem of power. Fam Process 1989; 28:1-14.
- Dobson, K., S.. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1989,57, 414-419.
- Dollard J, Miller NE. Personality and psychotherapy. New York: McGraw-Hill, 1950 (trad cast: Personalidad y psicoterapia. Bilbao: Desclée De Brouwer 1977).
- Dryden W, Feltham C. Developing counsellor training. London, Sage, 1994.
- Dufour M. Allegories pour guerir et grandir. Quebec, Les Editions, 1993 (Trad. Cast. Cuentos para crecer y curar. Barcelona, Sirio, 1993, pg 30)
- Dyer WW: Your erroneus zones. New York: Funk 1976 (Trad cast Tus zonas erróneas Grijalbo 1978).
- Efran JS. Language, structure and change. New York: Norton 1990.

- Efran J, Lukens M, Lukens R. Language, structure and change. New York: Norton, 1990
- Elkaim. M. Si me amas, no me ames. Barcelona, Gedisa, 1989
- Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. En Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change IVth edition. New York: Wiley 1994: 114-142
- Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. En Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change (IV edition). New York: Wiley 1994.
- Ellenberger HF. The discovery of unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry. New York, Basic Books, 1970 (Trad. Cast. El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica. Madrid, Gredos, 1976).
- Ellis A, Abrahams E. Brief psychotherapy in medical and health practice. New York: Springer 1978 (trad cast. Terapia racional emotiva. Mexico: Pax 1980)
- Ellis P, Murphy BC. The impact of misogyny and homophobia on therapy with women, en Pravder Mirkin M, Women in context. Toward a feminist reconstruction of psychotherapy, New York. Guilford Press, 1994, 48-73.
- Erikson E.H. The life cycle completed. New York: Norton, 1984.
- Erickson E.H. Identity and the life cycle. New York. Norton, 1959.
- Erickson E.H. The life cycle completed. New York. Norton, 1982.
- Espina J. A, Vázquez V. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria. Psiquiatría Pública 1994; 6: 191-198.
- European Board of Psychiatry. Unión de Médicos Especialistas Europeos (UEMS). Concerning of training of psychotherapy in training for psychiatry, 1994.
- Evans MD, Hollon SD, DeRubies RJ, Piaseki JM, Grove WN, Garvey MJ, Tuason VB. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Archives of General Psychiatry 1992; 49: 309-324.
- Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology 1952: 16: 319-324.

- Eysenck HJ. Behavior therapy and the neuroses. New York: Pergamon 1960
- Fairburn CG. A cognitive behavioral approach to the treatment of bulimia. *Psychological medicine* 1981; 11: 707-711
- Fairburn CG, Jones R, Pevler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J, Hope RA. Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 463-469.
- Fairburn CG. Interpersonal Psychotherapy for bulimia nervosa. En Klerman GL, Weissman MM. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press 1993, 353-378
- Fairburn CG, Jones R, Pevler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J, Hope RA. Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 463-469.
- Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), Boletín de la FEAP, 1999, nº 12. Estatutos de la FEAP modificados.
- Feixas G, Miró M. Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona, Paidós, 1993
- Feixas G, Villegas M. Constructivismo y psicoterapia. 3º edición limitada, autorizada, numerada y firmada por los autores, 1998
- Fernández Liria A. Combinación de psico y farmacoterapia en los trastornos depresivos. *Revista de Psicoterapia* 1998; 9 (36): 27-41.
- Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997
- Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B. Prólogo. En Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997. 9- 11.
- Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B, Benito Cano T, Mas Hesse J. Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental: resultados de un grupo de consenso. En Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997. 143-162
- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La perspectiva integradora en psicoterapia: una reflexión desde la práctica pública. en Fernández Liria A,

- Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B(coords). *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: AEN 1997. 13-141.
- Flaskas C, Humphreys C. Theorizing about power: Intersecting the ideas of Foucault with the "problem" of power in Family therapy. *Fam Process* 1993; 32: 35-47.
- Foa EB, Wilson R. *Stop obsesioneing*. New York: Avon 1991 (Trad cast Venza sus obsesiones. Robinbooks 1992).
- Foucault M. *Naissance de la clinique*. Paris: Press Universitaires de France 1963 (Trad cast: *El nacimiento de la clínica*, 3ª edición. Mexico: Siglo XXI 1977).
- Framo JL. *Family of origin therapy. An intergenerational approach*. New York, Brunnel Mazel, 1992 (trad castellana *Familia de origen y psicoterapia*. Barcelona, Paidós, 1996).
- Frank E, Kupfer bDJ, Levenson J. Continuation treatment for unipolar depression. The case for combined treatment. Manning DW, Frances AJ. *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression*. Washington: American Psychiatric Press 1990. 133-150.
- Frank E, Kupfer DJ, Cornes C, Morris SM. Maintenance interpersonal psychotherapy for recurrent depression. En Klerman GL, Weissman MM. *New aplications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993. 75-102.
- Frank E, Frank N, Cornes C, Imber SD, Miller MD, Morris SM, Reynolds CF. Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression. En Klerman GL, Weissman MM. *New aplications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993. 167-198.
- Frank E, Kupfer D, Perel J, Cornes C, Jarret D, Mallinger A, Thase M, Mceachran A, Grochocinski V. Three-years outcomes for manteinance therapies in recurrent depresion. *Arch of Gen Psychiatry* 1994; 47: 1093-1099.
- Frank JD. Therapeutics factors in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1971; 25: 350-361.
- Frank JD. *Persuasion and healing* (2nd edition). Baltimore: John Hopkins University Press. 1973.
- Frank JD. Psychotherapy: The restoration of morales. *American Journal of Psychiatry* 1974, 131, 271-74.
- Frankl VE. *Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. 1946 (Trad cast: *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, 1979).

- Freedheim DK History of Psychotherapy. A century of change. Washington, American Psychological Association, 1992.
- Freedman J, Combs G. Narrative therapy. The social construction of preferred realities. New York, Norton, 1996.
- Freud S. Las neuropsicosis de defensa (1894), en S, Freud Obras Completas, traducción de López Ballesteros, 1981.
- Friedman EH. Bowen theory and therapy, en Gurman AS y Kniskern DP. Handbook of family therapy Vol II. New York, Brunnel Mazel, 1991, 134-71.
- Fuchs CZ, Rehm LP. A self-control behavior therapy program for depression. Journal of consulting and Clinical psychology. 1977; 45: 206-215.
- Gadamer HG. (1993) Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. (trad. cast: Barcelona: Gedisa 1996).
- Gadamer HG. Verdad y método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica. 1977.
- Geertz C. Local knowledge: futer essays in interpretative anthropology. New York: Basic Books 1983. (citado en White M, Epsom D. Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton 1990 (trad. cast: Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós, 1993).
- Gelso C, Carter JA. The relationship in counseling and psychotherapy: components, consequences and theoretical antecedents. Counseling Psychologist 1985; 13: 155-243.
- Gergen K. The social constructionist movement in modern psychology. American Psychologist 1985, 40, 266-275.
- Gergen KJ. El yo saturado. Buenos Aires, Piados, 1992.
- Gergen KJ. Postmodernism as a Humanism. The Humanistic Psychologist 1995; 23: 71-82. (trad. cast: El postmodernismo como una forma de humanismo. Revista de psicología 1999; 10 (37): 51-60).
- Gergen K. The posmodern adventure. Fam Therapy Networker, 1992, 52, 56-57.
- Gill MM. Psychoanalysis in transition. New York: Basic Books. 1994.
- Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge Harvard University press, 1982.
- Gilligan C, Rogers AG, Tolman DL. Women, girls and psychotherapy: reframing resistance. New York, Harrington Park Press, 1991.

- Gilligan C. Women's psychological development: Implications for psychotherapy, en Gilligan, C, Rogers, A. y Tolman D., Women, Girls and psychotherapy. New York, Haworth Press, 1991.
- Gold JR. Key Concepts in psychotherapy integration. New York: Plenum 1996.
- Gold JR. Active interventions for behavioral and cognitive change, en Gold JR Key concepts in Psychotherapy Integration. New York, Plenum Press, 1996a, 163-83.
- Gold JR. Theories of psychotherapeutic change, en Gold JR. Key concepts in Psychotherapy Integration. New York, Plenum Press, 1996, 49-65.
- Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care. London: Tavistock 1980. (Trad cast: Enfermedad mental en la comunidad. Madrid: Nieva 1990).
- Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. A bio-social model. London: Routledge 1992.
- Goldfried MR. Toward the deliniation of therapeutic change principles. Am Psychol 1980; 35: 991-999.
- Goldfried MR. (ed.). Convergin themes in the practice of psychotherapy. New York: Springer. 1982.
- Goldfried MR. From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration. New York: Springer 1995. (trad cast: De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración. Bilbao Desclee De Brouwer 1996).
- Gonsalves O. Cognitive narrative psychotherapy: the hermeneutic construction of alternative neanings. Journal of Cognitive Psychotherapy 1994; 8 (2): 105-125.
- González Suarez N, Fernández Liria A. Secuenciación de intervenciones psicoterapéuticas en un trastorno somatoforme grave. Psiquiatra Pública 1996; 8: 236-240.
- Goodrich TJ, Rampage C, Ellman B, Halstead K. Feminist Family therapy. A casebook. New York. Norton, 1988. (Trad. Cast. Terapia Familiar Feminista. Buenos Aires: Paidós, 1988).
- Goodrich TJ, Rampage C, Ellman B, Halstead K. Terapia Familiar Feminista. Buenos Aires: Paidós, 1989.
- Greenberg LE, Rice L, Elliot R. Preocess-experiential therapy: facilitating emotional change. New York: Gilford 1993.

- Greene B. Diversity and difference: The issue of race in feminist therapy, en Pravder Mirkin M, Women in context. Toward a feminist reconstruction of psychotherapy, New York. Guilford Press, 1994, 333-52.
- Greenson RR. The technique and practice of psychoanalysis. New York: International University Press. 1967 (Trad cast: Técnica y práctica de psicoanalisis. México: Siglo XXI. 1976).
- Grinder J, Bandler R. Trance-formations. Neurolinguistic-programming and the structure of Hypnosis. Utah, Real People Press, 1993. (Trad. Cast. Trance fórmate. Madrid, Gaia Ediciones, 1997.
- Group for the Advancement of Psychiatry. Teaching psychotherapy in contemporary psychiatric residence training (GAP 120). New York: Brunel/Mazel, 1987.
- Guidano VF. The self in process: toward a postrationalist cognitive therapy. New York: Guilford. 1991.
- Guidano V. Psicoterapia: aspectos metodológicos, cuestiones clínicas y problemas abiertos desde una perspectiva postracionalista. Revista de psicología 1999; 10 (37): 97-108.
- Guttman HA. Systems theory, cybernetics and epistemology., en Gurman AS y Kniskern DP, Hanbook of family therapy. Brunner Mazel, 1991, 41-65
- Haaga DA, Beck AT. Perspectiva constructivista del realismo depresivo: implicaciones para la teoría y terapia cognitivas. Revista de Psicoterapia. 1993. 13: 29-40.
- Halgin RP, Murphy RA. Issues in the training of psychotherapist, en Bongar B y Beutler LE Comprehensive textbook of Psychotherapy. New York, Oxford University Press, 1995, 434-56.
- Hallstrom T and Persson G. The relationship of social setting to major depression. Acta Psychiatr Scand 1984; 70:327-336.
- Hadley J, Staudacher C. Hypnosis for change. Oakland, New Harbinger publications, 1996, 3º edition, 283-91.
- Haley J. Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton H Erickson, 1973 (trad. Cast. Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H Erickson, Buenos Aires, Amorrortu, 1980).
- Haley J. ¿Por qué no hacemos terapia prolongada?, en Zeig JK y Gilligan SG Brief therapy, Miths, Methods and Metaphors. New York, Brunner/Mazel, 1990 (Trad. Cast. Terapia Breve. Mitos, métodos y metáforas. Buenos Aires, Amorrortu, 1994, 27-44).

- Haley J. Aprender y enseñar terapia. Buenos Aires, Amorrortu, 1997.
- Hanna SM, Brown J. La práctica de la Terapia de Familia. Elementos clave en diferentes modelos. Bilbao, Desclée De Brouwer, 1998.
- Hare-Mustin RT. A feminist approach to family therapy. *Fam Process* 1978; 17: 181-94.
- Hare-Mustin RT. The problem of gender in family therapy theory. *Fam Process* 1987; 26: 15-27.
- Hanna SM, Brown J. La práctica de la Terapia de Familia. Elementos clave en diferentes modelos. Bilbao, Desclée De Brouwer, 1998.
- Hickie I, Wilhelm K, Parker G, Boyce P, Hadzi-Pavlovic D, Brodaty H and Mitchell P. Perceived dysfunctional intimate relationships: a specific association with the non melancholic depressive subtype. *J Affective Disord* 1990; 19: 99-107.
- Hoffman L. Fundamentos de la terapia familiar. Fondo de Cultura Económica. 1987.
- Hoffman L. Constructing realities: An ars of lenses. *Fam Process* 1990; 29 (1):2-12.
- Hohagen F. Los nuevos requisitos para la formación en Psiquiatría y Psicoterapia. Una nueva perspectiva para la psiquiatría alemana.. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría* 1993, año XXIII (supl II), 37-41.
- Hollon SD, DeRubies RJ, Evans MD. Combined cognitive therapy and pharmacotherapy in the vtreatment of depression. Manning DW, Frances AJ. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 35-64.
- Hooley J. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 642-647.
- Horowitz MJ: Introduction to psychodinamics, a new synthesis. London: Routledge, 1988.
- Horowitz MJ. Formulation as a basis for psychotherapy treatment. Washington: American Psychiatric Press 1997.
- Horowitz MJ, Marmar C, Krupnick J et al: Personality styles and brief psychotherapy. New York: Basic Books, 1984.
- Hovart AO, Greenberg LS. Development and validation of the working alliance. *Journal of Counseling psychology* 1989; 36: 223-233.

- Karasu TB. *Wisdom in the practice of psychotherapy*. New York: Basic Books 1992.
- Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression, I: Systematic comparison of three psychotherapies. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 133-147.
- Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression, II: An integrative and selective treatment approach. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 269-278.
- Keeney BP, Ross J. *Mind in therapy: constructing systemic family therapies*. New York: Basic Books 1985.
- Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. *Interpersonal psychotherapy of depression (IPT)*. New York. Basic Books. 1984.
- Klerman GL, Weissman MM (eds). *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington, American Psychiatric Press, 1993.
- Klerman GL, Weissman MM, Markowitz JC, Glick I, Wilner PJ, Mason B, Snear K. Medication and psychotherapy. En En Bergin AE, Garfield SL. *Handbook of psychotherapy and behavior change IVth edition*. New York: Wiley 1994, 734-782
- Kliman J The interweaving of gender, class and race in family therapy, en en Pravder Mirkin M, *Women in context. Toward a feminist reconstruction of psychotherapy*, New York. Guilford Press, 1994, 25-48.
- Knudson-Martin C, Rankin Mahoney A. Gender dilemmas and myth in the construction of marital bargains: Issues for marital therapy. *Fam Process* 1996; 35: 137-53.
- Kovacs M, Rush AJ, Beck AT, Hollon SD. Depressed patients treated with cogniutive therapy or pharmacotherapy: A one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry* 1981; 38: 34-39.
- Kriz J. *Corrientes fundamentales en Psicoterapia*. Amorrortu, 1990.
- Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago. University of Chicago Press, 1962.
- Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. En Bergin AE, Gardfield SL. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 1994.
- Lambert MJ, Shapiro DA, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy., en Garfield SL and Bergin AE *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley and sons, 1986.

- Lax WD. El pensamiento posmoderno en una práctica clínica, en McNamee S y Gergen KJ., *Therapy as social construction*. Londres, SAGE, 1992 (Trad. cast. La terapia como construcción social. Barcelona, Paidós, 1996, 93-111).
- Lázaro Carreter F, Correa Calderón E. *Cómo se comenta un texto literario*, 280 edición. Madrid: Cátedra, 1990.
- Lazarus AA. *The practice of Multimodal therapy*. New York. McGraw- Hill, 1981.
- Lazarus AA. Multimodal therapy, en JC Norcross *handbook of eclectic psychotherapy*. New York, Brunner/Mazel, 1986, 65-93.
- Leiman. Early development. En Ryle a (ed). *Cognitive Analytic Therapy; developments in theory and practice*. Chichester: Wiley 1995.
- Lieberman RP. *Psychosocial Rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press 1988. (Trad. cast: Rehabilitación psicosocial del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca 1993).
- Linares JL. *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós, 1996.
- Linares JL. La dinámica del cambio, en Linares JL, *Identidad y Narrativas*. Barcelona, Paidós, 1996.
- Linn y Garske *Contemporary Psychotherapies*. Ohio, Bell and Howell Company. (Trad. Cast. Psicoterapias contemporáneas. Ed Desclée De Brouwer, 1988).
- Luborsky L, DeRubies RJ. The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research stile. *Clinical Psychology Review* 1984; 4: 5-14.
- Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy; a manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books, 1984.
- Luborsky L, Barber JP, Diguer L. The meanings of narratives told during psychotherapy: the fruits of a new observational unit. *Psychotherapy research* 1992; 2 (4): 277-290.
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A. *Who will benefit from psychotherapy*. New York: Basic Books, 1988.
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry* 1975; 32: 995-1007.
- Mahoney MJ. The modern psychotherapy and the future of psychotherapy. En Bongar B, Beutler LE (eds.). *Comprehensive textbook of psychotherapy*. New York: Oxford University Press 1995, 474-488.

- Mahoney MJ, Freeman A (eds). *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum 1985 (Trad cast: *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós 1988) (9.-Psicoterapias integradoras o eclécticas).
- Mahoney M.J. The modern psychotherapist and the future of Psychotherapy, en Bongar B y Beutler LE *Comprehensive textbook of Psychotherapy*. New York, Oxford University Press, 1995, 474-89.
- Malan DH. *Individual psychotherapy and the science of psychotherapy*. London: Butterworths. 1979 (trad cast; *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós 1983).
- Manning DW, Frances AJ. Combined therapy for depression: critical review of the literature. en Manning DW, Frances AJ. *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression*. Washington: American Psychiatric Press 1990. 1-34.
- Manzano J. La formación en salud mental infanto-juvenil en Suiza. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría* 1993, año XXIII (supl II), 25-28.
- Markowitz JC, Klerman GL, Perry SW, Clougherty KE, Josephs LS. Interpersonal psychotherapy for depressed HIV-seropositive patients. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993. 199-224.
- Markowitz JC. *Interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press 1998).
- Mason BJ, Markowitz JC, Klerman GL. Interpersonal depression for dystimic disorders. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993. 225-264.
- Mayor J, Labrador FJ. *Fundamentos teóricos y metodológicos de la modificación de conducta*. En Mayor J, Labrador FJ. *Manual de modificación de conducta* Madrid: Alhambra 1991.
- McNamee S and Gergen KJ. *Therapy as social construction*. London: Sage 1992 (trad. cast: *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós).
- McGoldrick M y Gerson R. *Genogramas en la evaluación familiar*. Buenos Aires, Gedisa, 1993.
- Meichenbaum D. *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum, 1977.
- Merikangas K. Divorce and assortative mating among depressed patients. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 74-76.

- Merikangas KR, Prusoff BA, Kupfer DJ and Frank E. Marital adjustment and major depression. *J Affective Disord* 1985; 9: 5-11.
- Messer SB, Winokur M. Ways of knowing and visions of reality in psychoanalytic therapy and behavior therapy, en H Arkowitz y SB Messer, *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York, Plenum Press, 1984, 63-100.
- Mikesell RH, Lusterman DD, MacDaniel SH. Integrating family therapy. Washington, American Psychological Association, 1995.
- Miller JB (a). La importancia de la gente no importante, en *Hacia una Nueva Psicología de la Mujer*, Barcelona, Paidós; 1992, 37-45.
- Miller JB. The development of women's sense of self. *Work in Progress*, Wellesley, Mass. Stone Center Working Papers Series 1984: 12: 1-15.
- Miller JB.(b) Vínculos con los demás, en *Hacia una Nueva Psicología de la Mujer*, Barcelona, Paidós, 1992: 107-123.
- Minuchin S, Fishman H Ch. Family therapy techniques. New York, Harvard University Press, 1981. (Trad. Cast. Técnicas de terapia familiar. Barcelona, Paidós, 1984).
- Mirapeix C, Caro I, Echeburúa E, González Torres MA, Ibañez E, Rodríguez Vega B, Villegas M. Mesa redonda cibernética. Análisis de la influencia de la combinación de psicofármacos y psicoterapia, según las diferentes orientaciones de psicoterapia. *Revista de psicoterapia* 1999, 36, 63-90.
- Moras K, Strupp HH. Pretherapy interpersonal relations, patient alliance and outcome of brief therapy. *Archives of General Psychiatry* 1982; 39: 405-409.
- Mufson LH, Moreau D, Weissman MM, Klerman GL. Interpersonal psychotherapy for adolescents with depression. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993.129-166.
- Nietzel, M.T. Russell, R.L., Hemmings, K.A., Gretter, M.L. Clínica significance of psychotherapy for unipolar depresión: A meta-analytic approach to social comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55, 156-161.
- Quality Assurance Project. A treatment outline for depressive disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1983, 17, 129-146.
- Norcross JC, Arkowitz H. The evolution and current status of psychotherapy integration, en Dryden W ed, *Integrative and eclectic therapy. A Handbook*. Bristol, Open University Press, 1992.

- Norcross JC, Goldfried MR. Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books, 1992.
- O' Hanlon WH. Taproots. Underlying principles of Milton Erickson's therapy and Hipnosis. New York, Norton, 1987. (Trad. Cast. Raíces Profundas, de la terapia e Hipnosis de Milton Erickson. Barcelona, Paidós, 1995).
- O'Hara M. Is it time for clinical psychology to deconstruct constructivism? Journal of Constructivist Psychology 1995; 8 (4): 293-303 (trad. cast: ¿No habrá llegado la hora de deconstruir el construccionismo en psicología clínica? Revista de psicología 1999; 10 (37): 83-93).
- Ochoa de Alda I. Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona, Herder, 1995.
- Omer H, Alon N. Constructing Therapeutic Narratives. Northvale: Jason Aronson. 1997.
- Onnis I; Di Gennaro A; Cespa G; et al. "Sculpting present and future: a systemic intervention model applied to psychosomatic families". Fam Proc 1994, 33, 341-355.
- Orlinsky DE, Howard KI. The relation of process to outcome in psychotherapy. In Gardfield SL, Bergin AE: Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis. 2nd edition. New York: Wiley. 1978; 283-329.
- Paré D.A. Of families and other cultures: The shifting paradigm of family therapy. Fam process 1995; 34: 1-19.
- Paré D. Culture and meaning: Expanding the metaphorical repertoire of family therapy. Fam Process 1996; 35: 21-43.
- Parker I, Georgaca E, Harper D, McLaughlin T, Stowell-Smith M. Deconstructing psychopathology. London: Sage 1995.
- Parry A. A Universe of stories. Fam Process 1991, 30; 37-54.
- Paul GL. Insight versus desensitization in psychotherapy: an experiment in anxiety reduction. Standford, CA: Standford University Press, 1966.
- Perpiñá C, Botella C, Baños R, Marco H, Alcañiz M, Quero S. Body image and virtual reality in eating disorders: is exposure to virtual reality more effective than the classical body image treatment? CyberPsychology & Behavior, 1999; 2 (2), 149-155.

- Polkinghorne DE. Postmodern epistemology of practice. In Kvale S: *Psychology and postmodernism*. London: Sage 1992, 146-165.
- Prochaska JO. *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Homewood, Ill: Dorsey, 1984.
- Prochaska JO, Di Clemente CC. *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow Jones-Irwin 1984.
- Prochaska JO. The transtheoretical approach, in Norcross JC (ed). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunel/Mazel, 1986.
- Prochaska JO, Rossi JS, Wilcox NS. Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal of Psychotherapy Integration* 1991; 1: 103-120.
- Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. En Norcross JC y Goldfried MR. *Psychotherapy integration*. New York: Basic Books 1992. 330-334.
- Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Changing for good; A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Avon 1994.
- Real T. The therapeutic use of self in constructionist/systemic therapy. *Fam Process* 1990; 29:255-272.
- Rendueles G. El usuario gorrón y el terapeuta quemado. *Psiquiatría Pública* 1992; 115-129.
- Rennie DL. On the retorics of social science. Let's not conflate natural science and human science. *The Humanistic Psychologist*, 1995; 23: 321-332.
- Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Morycz RK, Mazumdar S, Miller MD, Pollock BK, Rifai AH, Stack JA, George CJ, Houck PR, Kupfer DJ. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 555-558.
- Robinson L, Berman JS, Neimeyer RA (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 100, 30-49.
- Rodríguez González A (Coord). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide 1997.
- Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. De la metáfora del sistema a la narrativa: la evolución del modelo sistémico. *Psiquiatría Pública* 1997; 9: 404-410.

- Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1957, 21, 95-103.
- Rosman BL El desarrollo familiar y el impacto de la enfermedad crónica de un hijo, en Falicov CJ comp, *Transiciones en la Familia*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.
- Rossi EL, Ryan MO, Sharp FA. *Healing in Hypnosis. The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson, Vol I.* London, Free Association Books, 1998.
- Rossi EL, Ryan MO. *Life reframing in hypnosis. The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson, Vol II.* London, Free Association Books, 1998.
- Rousanville BJ, Carroll K. Interpersonal psychotherapy for patients who abuse drugs. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy.* Washington: American Psychiatric Press. 1993. 319-352.
- Rush J. Assessing outcome in practice: a paradigm shift? *Current Opinion in Psychiatry* 1996: 1-2.
- Russell RL (Ed) *reassessing psychotherapy research.* New York: Guilford 1994.
- Ryle A. *Cognitive-analytic therapy: active participation in change: a new integration in brief psychotherapy.* Chichester; John Wiley. 1990.
- Ryle A (ed) *Cognitive analytic therapy; developments in theory and practice.* Chichester: Wiley 1995.
- Salzman C, Bemporad J. Combined psychotherapeutic and psychopharmacologic treatment of depressed patients: clinical observations, en Manning DW y Frances AJ. *Combined pharmacotherapy and psychotherapy for depression.* Washington, American Psychiatric Press, 1990, 151-183.
- Safier EJ New directions in family therapy *Bull Menninger Clin* 1992; 56(1):33-47.
- Segal L. *The dream of reality.* New York. Norton, 1986 (Trad cast. *Soñar la realidad.* Barcelona. Paidós, 1994).
- Segal Lynn. Brief therapies: The MRI approach, en Gurman y Kniskern *Handbook of family therapy, vol II,* New York, 1991, 171-200.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cechin, G.f., Prata, G. "Hypothesizing, circularity, Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session". *Family Process*, 1980, 19, 1.

- Selvini M, Prata G. From interpretation to prescription of families rituals, en Matteo Selvini, The work of Mara Selvini Palazzoli. London, Jason Aronson Inc, 1988, 301-305.
- Selvini Matteo. Crónica de una investigación. Barcelona, Paidós, 1990. 253-261.
- Schafer R. A new language for psychoanalysis. New Haven: Yale University Press 1976.
- Schafer R. The analytic attitude. New York. Basic Books 1983.
- Schmith U, Treasure J. Getting Better Bit(e) by Bit(e): A survival kit for sufferers of bilimia nervosa and binge eating. London: Erlbaum 1993.
- Schmith U, Treasure J. Clinicians Guide to Getting Better Bit(e) by Bit(e): A survival kit for sufferers of bilimia nervosa and binge eating. London: Psychology Press 1997.
- Schneider PB. Propédeutique d'une psychotherapie. Paris: Payot 1976 (Trad cast: Propedéutica de una psicoterapia. Valencia: Nau Llibres 1979).
- Schulberg, HC, Scott CP, Madonia MJ, Imber SD. Applications of interpersonal psychotherapy for depression in primary care practice. En Klerman GL, Weissman MM. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press.1993. 265-294.
- Sherrod D. The influence of gender on same-sex friendships, en Hendrick C. ed, Close Relationships, California, Sage Publications Inc, 1989: 164-187
- Siegfried J (ed). The status of common sense in psychology. Norwood NJ: Ablex 1994.
- Siegfried J. Therapeutic and everyday discourse as behaviour change: towards a micro-analysis in psychotherapy process research. Noorwood NJ: Ablex 1995.
- Sifneos PE: Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. New York: Plenum, 1987.
- Sifneos PE: Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. A treatment manual New York: Basic Books 1992 (trad cast: Psicoterapia breve con provocación de angustia; manual de tratamiento. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sims. Factors predictive of outcome in neuroses. British Journal of Psychiatry 1975; 127: 54-62.

- Skinner BF. Science and human behavior. New York: Macmillan, 1953 (trad cast Ciencia y conducta humana. Barcelona: Fontanella, 1970).
- Slovic, LS, Griffith JL. The current face of family therapy, en Rutan JS. Psychotherapy for the 1990s, Guildford Press, NY, 1992.
- Sluzski C. Process, structure and worlds views: an integrated view of sistemic models in family therapy. Family process, 1983, 22, 469-76.
- Sluzki C. Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. Family Process 1992, 217-23.(trad cast: Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. Revista de Psicoterapia 1995; 6 (22/23): 53-70.
- Smail D. Environmental cause and therapeutic cure: the impotence of insight. Psychotherapy Section Newsletter, British Psychological Society 1996: 6-16 (citado en Stancombe J, White S. Psychotherapy without foundations: hermeneutics, discourse and the end of Certainty. Theory and Psychology 1998; 8 (5) 579-599 (trad. cast: ¿Una psicoterapia sin fundamentos? La hermenéutica del discurso y el fin de la certidumbre. Revista de psicología 1999; 10 (37): 61-82).
- Spence D (1982). Narrative truth and historical truth. New York. Norton 1982
- Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. Psychiatric case formulations. Washington: American Psychiatric Press, 1992.
- Stagoll B. Aspects of family therapy. Curr Opinion Psy 1993; 6 (3): 343-48
- Stancombe J, White S. Psychotherapy without foundations: hermeneutics, discourse and the end of Certainty. Theory and Psychology 1998; 8 (5) 579-599 (trad. cast: ¿Una psicoterapia sin fundamentos? La hermenéutica del discurso y el fin de la certidumbre. Revista de psicología 1999; 10 (37): 61-82).
- Stricker G (1997). Are Science and practice commensurable? American Psychologist, 52: 442-448.
- Steinbrueck, S.M., Maxwell, S.E., Howard, G.S. A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983., 51, 856-863.
- Strupp HH, Hadley SW. Specific versus non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. Arch Gen Psychiatry 1978; 36: 1125-1136.
- Strupp HH, Binder JL. Psychotherapy in a new key. New York: Basic Books 1989 (Trad cast: Una nueva perspectiva en psicoterapia. Bilbao: Desclée De Brouwer 1993).

- Surrey JL. Self-in-relation.: A theory of women' s development. Work in Progress, Wellesley, Mass. Stone Center Working Papers Series, 1985; 13: 1-16.
- Sullivan HS. The Psychiatric Interview, 1944 (trad. Cast. La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires, Ed Psique, 1985).
- Tizón JL. Una propuesta de conceptualización de las técnicas de psicoterapia. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 1992; 12: 283-294.
- Tjersland OA. From universe to multiverses-and back again. Family process 1990, 29; 385-397.
- Todd TC. Los ciclos evolutivos y el abuso de sustancias, en Falicov CJ comp, Transiciones en la Familia, Buenos Aires, Amorrortu, 1991.
- Tomm K. Interventive interviewing:Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. Fam Process 1987a, 26, 3-13.
- Tomm K. Interventive interviewing:Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. Fam process 1987b, 26, 167-83.
- Tomm K. Interventive interviewing:Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions? Fam Process, 1988, 27, 1-15.
- Ursano RJ, Sonnenberg SM, Lazar SG. Concise guide to psychodynamic psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press, 1991.
- Viaro M. Session-intersession sequences in the treatment of chronic anorexic-bulimic patients: Following the model of "family games". Fam Process 1990, 29: 289-96.
- Vila J. Técnicas de reducción de ansiedad. En Mayor J, Labrador FJ. Manual de modificación de conducta Madrid: Alhambra 1991.
- Vogel D. Narrative perspectives in theory and therapy. Journal of Constructivist Psychology, 1996; 7: 243-261. (trad. cast: Perspectivas narrativas en la teoría y en la práctica. Revista de Psicoterapia 1995; 6 (23-24): 21-38.
- Von Bertalanffy L. General System Theory. Foundations, Development, Applications. New York. George Braziller, 1968. (Trad cast. Teoría General de los Sistemas. México. Fondode Cultura Económica, 1976.)
- Von Foerster H. Construyendo una realidad, en Die erfundene Wirklichkeit. Munchen. Piper, 1981. (Trad. Cast. La realidad inventada. Gedisa. Buenos Aires, 1988, 38-57.
- Von Glasersfeld E. Introducción al constructivismo radical, en Die erfundene Wirklichkeit. Munchen. Piper, 1981. (Trad. Cast. La realidad inventada. Gedisa. Buenos Aires, 1988, 20-38).

- Wachtel PL Psychoanalysis and behaviour therapy; towards an integration. New York: Basic Books, 1977.
- Wachtel PL. Therapeutic Communication; principles and effective practice. New York: Guilford 1993 (Trad cast: Comunicación terapeutica. Bilbao: Desclée De Brower 1993).
- Wachtel PL Psychoanalysis, behaviour therapy and the relational world. Washington: American Psychological Association. 1997.
- Walters M, Carter B, Papp P, Silverstein O. The invisible web, gender patterns in family relationships. New York, Guilford Press, 1988. (Trad. Cast. La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós, 1991).
- Walters M, Carter B, Papp P, Silverstein O. Hacia una perspectiva feminista en terapia familiar. En Walters M, Carter B, Papp P, Silverstein O The invisible web, gender patterns in family relationships. New York, Guilford Press, 1988 (Trad cast. La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós, 1991, 30-46.)
- Waltzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmatics of human communication. New York: Norton. 1967 (Trad cast: Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo 1971).
- Waltzlawick P, Weakland JH, Fisch R. Change, principles of problem formulation and problem resolution. New York. Norton. 1974 (Trad cast: Cambio. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1976).
- Weissman MM, Klerman GL. Interpersonal psychotherapy and its derivatives in the treatment of depression. En Manning DW, Frances AJ. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 113-132.
- Whitacker, C. Meditaciones nocturnas de un terapeuta de familias. Barcelona. Paidós.1992 (Ed. original 1989).
- White M, Epsom D. Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton. 1990 (trad cast: Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós, 1993).
- Wiener DJ. Rehearsals for growth. New York, Norton, 1994.
- Williams A. Role playing and role training, en Williams A, Visual and active supervision. New York, Norton, 1995.

- Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Standford: Standford University Press 1958 (Trad cast Psicoterapia por inhibición recíproca, Bilbao: Desclée De Browuer 1976).
- Worden J W. Grief counselling and grief therapy. New York, Routledge, 1991. (trad cast: Asesoramiento y terapia de duelo Barcelona: Paidós 1995).
- Worell J Remer P. Gender and sex roles issues in counsselling, en Feminist perspectives in therapy. England, Wiley, 1992, 3-25.
- Yalom ID. Existential psychotherapy. New York: Basic Books 1980 (Trad cast. Psicoterapia existencial. Barcelona: Herder 1984).
- Zeig JK, Munion WM. What is psychotherapy? Contemporary perspectives. San Francisco: Jossey 1990.
- Zimmerman JL; Dickerson Vc. "Using a narrative metaphor: Implications for theory and clinical practice". Fam Proc 1994, 33, 233-245.

Índice de figuras

Figura 1: Indicación de una intervención psicoterapeutica	86
Figura 2: Diagrama deseo-temor de Matilde.....	125
Figura 3: Triángulo del conflicto	155
Figura 4: Triángulo de las personas	156
Figura 5: Triángulo del conflicto en cada vértice del triángulo de las personas	157
Figura 6: Modelos de relación de roles	163
Figura 7: Diagrama deseo-temor	164
Figura 8: Modelo cognitivo de la depresión	184
Figura 9: Genograma	213
Figura 10: Genograma de Consuelo	215

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

(Dirigida por José M. Gondra)

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD, por Prescott Lecky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. UN PUNTO DE VISTA EXPERIMENTAL, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA, Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shaw.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES, Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS, Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS, Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.

58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA, Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA, Su Naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. LOS HECHOS, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. CAUSAS, CONSECUENCIAS Y CONTROL, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. INTRODUCCIÓN A LA PSICOÉTICA, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. PRINCIPIOS Y PRÁCTICA EFICAZ, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. LA APORTACIÓN DE E. T. GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. UNA NUEVA PSICOLOGÍA DE LA CONCIENCIA Y LA MORALIDAD, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS, Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. MENTE Y CONDUCTA, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.

100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsky.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. McGorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA transcultural, Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES, Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA, El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA, Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y Christopher Muran.

Este libro se terminó
de imprimir
en los talleres de
Publidisa, S.A., en Sevilla,
el 21 de febrero de 2005.

La práctica de la Psicoterapia

Este libro surge como consecuencia de la reflexión que nuestros alumnos y pacientes nos han impulsado a hacer con sus preguntas y sus problemas en la clínica. Los autores hemos compartido durante los últimos diez años una labor docente que nos ha animado al desarrollo conjunto de las ideas que exponemos aquí de un modo sistemático. Lo que pretendemos es mostrar la forma en la que trabajamos con nuestros pacientes y las razones por las que lo hacemos así.

Consideramos que nuestro trabajo se sitúa dentro del actual movimiento hacia la Integración de las diferentes escuelas psicoterapéuticas. A ambos nos costó siempre demasiado esfuerzo restringir nuestra curiosidad a los textos, los hechos y las formas de explicación que seleccionaban para sus discípulos los líderes de las diferentes escuelas a las que, en algún momento, nos aproximamos. A ambos nos ha costado siempre rechazar una buena explicación sólo porque quien la hubiera propuesto no se contara entre "los nuestros" o pensar que los argumentos en los que se sustenta cualquiera de las prácticas que han demostrado en la clínica su eficacia, sean tan torpes como para que no podamos aprender nada de ellos. Por eso la locución *perspectiva integradora* ha aparecido desde hace años como subtítulo y como reto en nuestro trabajo. Creemos que la conceptualización de la actividad psicoterapéutica como una práctica narrativa ayuda en esta tarea.

Alberto Fernández Liria es Psiquiatra, coordinador del Área de Salud Mental de Madrid, Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad de Alcalá de Henares. **Beatriz Rodríguez Vega** es Psiquiatra en el Hospital Universitario La Paz y en los SSM de Alcobendas en Madrid, Profesora Asociada de Psiquiatría en la Universidad Autónoma de Madrid. Ambos autores cuentan con una amplia experiencia clínica, docente e investigadora.



DESCLÉE DE BROUWER

ISBN 84-330-1680-6



9 782433 015600