



315010

**UNIVERSIDAD SALESIANA**

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

4  
2ej.

**“Terapia breve directiva para niños que son llevados al  
Centro de Atención Psicológica a la Comunidad  
(CAPSIC)”.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A:

**MANUEL ARTURO MENDEZ SORIANO**

ASESOR DE TESIS:  
**LIC. MARIA ELIZABETH RAMIREZ LOPEZ**

MEXICO, D.F.

1998

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

269515



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Con amor y agradecimiento a quienes con su dirección y estímulo hicieron posible la culminación del presente estudio, el cual significa un peldaño en la ruta ascendente que me he trazado.

¿Qué es un individuo sin su familia? ¿Hasta dónde se puede llegar sin la familia? Afortunadamente yo no lo sé. Tengo una familia que me ha impulsado al iniciar un camino, me ha sostenido cuando he flaqueado y me ha ayudado cuando lo he necesitado.

A mi padre (q.e.p.d.) que me señaló el camino.

A mi madre que me ha mantenido en el camino.

A mi abuelito José (q.e.p.d.) quien con sus sabios consejos me instó a no apartarme del camino.

A mis hermanos (Laura, Héctor, Mireya, Claudia y el primo Manolo) por quienes he seguido en el camino.

A mis sobrinos (Lalo, Arturín, Alejandra, Faby, Felipín, Alex y Danny) quienes siempre me han impulsado a marcar un camino.

A mis cuñados.

A mi compañera de camino, que ha estado en las buenas y en las mejores conmigo.

Por mi hija, siempre por mi hija, todo por mi hija Laurita, quien empieza un camino y con quien estoy aprendiendo a desaprender porque me enseña que, como dijo el poeta, «caminante no hay camino, se hace camino al andar».

A mi maestra Elizabeth Ramírez López, quien me dio lo mejor que se le puede dar un alumno: la confianza y la libertad para dejar de serlo.

A la maestra Conchita Robles de Quiróz a quien debo el iniciarme y formarme en la terapia directiva.

A todos los profesores que he tenido pues ellos han sido parte de una u otra forma de mi proceso de aprendizaje.

Al genio clínico y creativo de Milton H. Erickson.

A todos los consultantes del CAPSIC de la Universidad Salesiana. De ellos aprendí mucho y para ellos fue construido el presente trabajo

# INDICE

	INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1	MARCO HISTÓRICO DE LA TERAPIA BREVE	6
Capítulo 2	HACIA UNA DEFINICIÓN DESCRIPTIVA DE LA TERAPIA BREVE DIRECTIVA	16
	2.1 Introducción	16
	2.2 Consideraciones	16
	2.3 "Trazar una distinción"	20
	2.4 Definición de terapia breve directiva	25
	2.5 Principios básicos de la terapia breve directiva	27
Capítulo 3	LA TERAPIA BREVE DIRECTIVA	32
	3.1 Introducción	32
	3.2 El aspecto económico de la práctica terapéutica	33
	3.3 La espontaneidad o la planificación en la terapia	34
	3.4 La espontaneidad o la planificación en la supervisión	35
	3.5 Terapia breve directiva	36
	3.6 La elección de la teoría	37
	3.7 El lenguaje para el cambio	39

3.8 El tipo de terapia a elegir	40
3.9 Unidad de análisis	41
3.10 Unidad de análisis triangular	44
3.11 Teoría de la represión <i>versus</i> teoría de la protección	47
3.12 La jerarquía	49
3.13 Pensamiento triangular <i>versus</i> pensamiento circular	50
3.14 Dirección de la terapia breve directiva	50
3.15 Pensamiento doble	52
3.16 Pensamiento en función de la organización	52
<b>Capítulo 4 PREMISAS NECESARIAS PARA LA TERAPIA BREVE</b>	
<b>DIRECTIVA</b>	55
4.1 Introducción	55
4.2 Las premisas generales de la terapia breve	57
4.3 Las actitudes del terapeuta	61
4.4 Las premisas básicas para el manejo del terapeuta de la sesión	63
4.5 Las posiciones del terapeuta	66
4.6 Las premisas para proceder con los clientes difíciles	68
4.7 Premisas para negociar el problema	69
4.8 Emplear el lenguaje para el cambio	70
4.9 Premisas para promover el cambio	72
4.10 Premisas para ampliar y mantener el cambio	73

	4.11 Evaluación del terapeuta al final de cada sesión	74
Capítulo 5	MAPA DESCRIPTIVO DEL PROCESO TERAPÉUTICO	78
	5.1 Introducción	78
	5.2 Para establecer el marco terapéutico	79
	5.3 Planificación de la sesión	82
	5.4 Planificación del tratamiento	83
	5.4.1 La primera entrevista	83
	5.4.2 La segunda entrevista y subsiguientes	87
	5.4.3 Conclusión del tratamiento	88
	5.5 El proceso	95
Capítulo 6	LAS ESTRATEGIAS GENERALES	120
	6.1 Introducción	120
	6.2 La estrategia de la lentitud	120
	6.3 La estrategia de advertir a los acompañantes sobre los peligros de una mejoría	123
	6.4 La estrategia de un cambio de dirección	124
	6.5 La estrategia de «empeorar el problema»	126
	6.6 La estrategia para buscar las excepciones al problema	127
	6.7 Estrategias para intervenir por medio de las tareas de fórmula	130
Capítulo 7	LAS DIRECTIVAS	133
	7.1 Introducción	133

7.2	Definición de directiva	134
7.3	Finalidad de las directivas	135
7.4	Características de las directivas	136
7.5	Diseño de las directivas	137
7.6	Tipos de directivas	140
7.6.1	Directivas directas	141
7.6.2	Directivas indirectas	143
7.6.2.1	Tareas metafóricas	146
7.7	Informe del resultado	147
Capítulo 8	<b>MAPA ESTRUCTURAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO</b>	
		149
8.1	Introducción	149
8.2	Metas principales para la primera entrevista	150
8.3	Fases antes de la primera entrevista	151
8.4	Fases de la primera entrevista	154
8.5	Metas principales para la segunda entrevista	165
8.6	Fases de la segunda entrevista	166
8.7	Metas principales para la tercera entrevista y subsiguientes	169
8.8	Fases de la tercera entrevista y subsiguientes	169
8.9	Metas principales de la terminación del tratamiento	171
8.10	Fases de la terminación del tratamiento	172



Capítulo 9	ANTECEDENTES DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN	173
Capítulo 10	LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	185
	10.1 Introducción	185
	10.2 Fundamentos de la metodología cualitativa	186
	10.3 Métodos cualitativos <i>versus</i> cuantitativos	190
	10.4 Métodos cualitativos y terapia breve directiva	191
	10.5 Criterios metodológicos	193
	10.5.1 El concepto de eficacia en terapia breve	193
	10.5.1.1 Eficacia del tratamiento	195
	10.5.2 El concepto de eficiencia de la terapia breve	200
	10.5.2.1 Eficiencia del tratamiento	202
	10.6 Reflexiones finales	202
Capítulo 11	CASOS CLÍNICOS	204
	11.1 Introducción	204
	11.2 Problema de conducta en casa	204
	11.3 Problema de conducta en la escuela	207
	11.4 Síntoma	211
	11.5 Problema de conducta en la escuela	213
	11.6 Problema de rendimiento escolar	218
Capítulo 12	CONCLUSIONES GENERALES	224
	12.1 Introducción	224

12.2 Limitaciones de la investigación	226
12.3 Sugerencias	227
12.4 Conclusiones	229
BIBLIOGRAFÍA	230

# INTRODUCCIÓN

Las necesidades de atención psicológica a la comunidad han hecho de la terapia breve, un conjunto de técnicas de intervención indispensables para el psicólogo interesado en la terapia enfocada a los casos clínicos que se presentan habitualmente en la consulta. Las ventajas inherentes a los tratamientos cortos dirigidos a solucionar los problemas presentados son: En primer lugar, el ahorro de tiempo y dinero tanto para el paciente como para el Centro. En segundo lugar, la oportunidad de acceso a servicios terapéuticos a una gama más amplia de población. Y por último, la oportunidad de trabajar con técnicas de demostrada efectividad o con nuevas herramientas creativas propuestas por el terapeuta.

La necesidad también se hace patente en la población demandante por la oportunidad de hacerse escuchar ante un contexto especializado que permita atender de forma inmediata sus motivos de consulta; recibiendo ideas específicas dirigidas a la idea de terminar con la situación, queja o síntoma que les preocupa o incapacita. Para hacer eso el clínico no necesariamente ha de descuidar la conceptualización teórica, los refinamientos técnicos y el planteamiento de nuevos constructos que amplíen y depuren la técnica psicoterapéutica en general, y la terapia breve en particular.

La agitada vida moderna y la consecuente necesidad de tratamientos cortos que respondan a la escasa disposición de tiempo de las personas, son factores que favorecen también la práctica clínica de la terapia breve. Esto principalmente por la búsqueda de soluciones rápidas de la problemática planteada por los consultantes<sup>7</sup> y por la circunstancia que envuelve a la solicitud de ayuda que incide necesariamente en alguna área de la vida del solicitante y por tanto necesita de la solución inmediata para funcionar adecuadamente y libre de la problemática que lo aqueja dentro de su contexto cotidiano.

Un centro que ofrece atención psicológica a la comunidad necesita apoyarse en un plan de atención e intervención rápido, confiable y eficaz dirigido a promover un cambio; con objeto de brindar un servicio óptimo y de calidad. Generalmente los servicios terapéuticos cuentan sólo con la eficiencia del trabajo que se desarrolla en ellos como su único punto de proyección del enlace entre terapeuta y la población demandante. Es por ello que es indispensable promover la investigación constante que favorezca la ampliación de técnicas innovadoras y la aplicación de las ya existentes de demostrada efectividad que enriquezcan los medios para inducir un cambio en las personas que solicitan apoyo terapéutico.

La terapia breve directiva cuenta con la riqueza pragmática necesaria para lograr la adecuación al contexto terapéutico y la necesidad específica de los consultantes.

---

<sup>7</sup> Para el presente trabajo se llama consultantes o solicitantes a las personas que acuden a la entrevista y puede tratarse de una familia completa o del niño y su acompañante (generalmente la mamá). Definitivamente se abandona la palabra «paciente» por considerarse que representa una idea de origen en la medicina que ya no tiene aplicación en la terapia moderna y por la connotación implícita de «curación».

independientemente de los recursos con que se cuente y la gama de la población demandante. Es por tanto, el objeto de esta investigación el aplicar el modelo de terapia breve directiva de Jay Haley y adecuarlo a la circunstancia de un centro comunitario como lo es el Centro de Atención Psicológica a la Comunidad (CAPSIC). Se consideraron necesarias las siguientes características para el modelo clínico que habría de aplicarse:

- **La inclusividad.** Es decir, incorporar elementos que favorezcan a desarrollar una metodología coherente con la idea de promover un cambio en los solicitantes.
- **La plasticidad.** Que la metodología se adecue a la solicitud de consulta y al contexto social del paciente, sin que eso signifique un modelo rígido.
- **La amplitud.** Contemplar el problema y el medio en que se presenta con una visión abarcadora que contemple, en medida de lo posible, las posibilidades de intervención que lleven al terapeuta a intervenir de manera eficaz, rápida y, sobre todo, creativa.
- **La sencillez.** Evitar métodos de intervención terapéutica sofisticados que lleven a una introspección que más que promover el cambio lo eviten.

Se considera que la terapia breve directiva cuenta con tales características y con la ventaja de ser un enfoque teórico-clínico con énfasis en la práctica y que se enfoca en atender las demandas específicas de cada solicitante más que en ajustarlo al modelo.

La población para esta investigación es la que demanda el servicio de apoyo al Centro de Atención Psicológica a la Comunidad (CAPSIC) dividida en dos partes: los adultos que requieren el servicio para sí mismos y los adultos que solicitan apoyo para un menor (generalmente, sus hijos). La investigación se centró en el que se considera el servicio más común: la solicitud de apoyo terapéutico para un menor.

La aplicación de un modelo terapéutico pensado en las necesidades de apoyo psicológico de una población y un centro de atención específicos permitirá lograr un alto grado de eficiencia en cuanto a resultados para el paciente y en un ahorro de tiempo y dinero, tanto para el centro como para el paciente. Por tanto, el objetivo de la presente investigación es proporcionar a los terapeutas, un marco descriptivo que permita desarrollar destrezas específicas para ayudar a las personas a cambiar. En otras palabras, invitar al terapeuta a llegar al punto de que sepa que hacer cuando se le presenta un caso y que decida atenderlo sin preguntar con temor de que tipo de caso se trata.

Para el desarrollo del presente trabajo se partió de la idea de que la terapia breve directiva es una opción importante para ofrecer un servicio de apoyo terapéutico a personas que no cuentan con los recursos socioeconómicos o con el tiempo necesario como para optar por otro tipo de servicio

# **CAPÍTULO 1**

## **MARCO HISTÓRICO DE LA TERAPIA**

### **BREVE**

La terapia breve directiva tiene su antecedente más remoto y directo en el trabajo clínico de Milton H. Erickson (1901-1980) quien, en una época en que estaban de moda los modelos terapéuticos a largo plazo (y pretendidamente «neutrales»), había planteado ya un abordaje breve en su trabajo clínico y además aportó novedosas formas de abordar las dificultades cotidianas por las que suele transitar el ser humano en un modelo de terapia derivado de la hipnosis y enfocada a las particularidades propias de cada persona (Erickson, 1954). Erickson, basándose en nada ortodoxos métodos de comunicación con sus pacientes, había logrado resultados inmediatos y eficaces en sus consultantes y sus ideas han influido a varias generaciones de terapeutas que buscan métodos clínicos eficaces y de corto plazo.

A principios de la década de 1950, en un proyecto de investigación sobre la comunicación humana en Palo Alto, Haley trabajó con el antropólogo inglés Gregory Bateson (1904-1980) y conoció a diferentes profesionales de la salud mental como a Don Jackson quien fungía como asesor psiquiátrico del proyecto. Haley y John Weakland

solicitan a Bateson les permita estudiar la comunicación desde la perspectiva del fenómeno de la hipnosis y Bateson los pone en contacto con Milton Erickson quien ejerce una poderosa influencia en ellos. Como producto de tales investigaciones se plantea una novedosa manera de entender la esquizofrenia como un fenómeno comunicacional ofreciendo un novedoso, amplio y diferente panorama para su tratamiento (Bateson, Jackson, Haley y Weakland; 1956).

Con la idea de apoyar los descubrimientos en la comunicación y su aplicación en la terapia Dor. Jackson fundó en 1957 el Instituto de Investigaciones Mentales (MRI por sus siglas en inglés: Mental Research Institute), donde Erickson y Bateson sólo participan como asesores externos o consejeros y Jackson es director. Se agregan Jay Haley y John Weakland con lo que se forma un equipo impresionante compuesto por los mencionados y Virginia Satir, Richard Fisch, Arthur Bodin, posteriormente Paul Watzlawick, Jules Riskin, Carlos Sluzky, William Fry, etcétera. El objetivo implícito del MRI es conjugar la técnica terapéutica de Milton Erickson con el marco teórico propuesto por el antropólogo Gregory Bateson para dar sustento a un enfoque que permitiera tratar en corto plazo los problemas humanos que llevan a solicitar consulta psicoterapéutica.

Con su experiencia en las aplicaciones clínicas del enfoque y por las técnicas de Erickson, Haley publica en 1963 *Estrategias de psicoterapia* donde se habla por primera vez, de «terapia breve» y se hace énfasis en describir la psicopatología como un fenómeno de comunicación entre dos personas (Bateson, Jackson, Haley, y Weakland; 1956) y a la



terapia como un modo de alterar esa pauta. El autor plantea las siguientes características de la terapia breve: tener un objetivo claro y específico de la intervención, el terapeuta debe tener un papel activo dentro del tratamiento, enfocarse sobre el contexto del problema en el presente más que sobre el pasado, lo que importa al tratamiento es más el cambio de comportamiento que la toma de conciencia, el terapeuta debe estimular la motivación del paciente, se debe utilizar un lenguaje imperativo (como en la hipnosis). y se utilizan técnicas paradójicas (Haley, 1963).

La primera obra colectiva del MRI ve la luz en 1967 con el título de *Teoría de la comunicación humana* (la traducción literal del título original inglés sería, en realidad, *Pragmática de la comunicación humana*) y se apoya explícitamente en las investigaciones de Bateson y la aplicación clínica de Milton Erickson (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). El trabajo es excelente y Paul Watzlawick, el autor principal, rápidamente se hace conocer en todo el mundo. La obra plantea una nueva ciencia del comportamiento enunciando una serie de seis axiomas y abre la puerta a la creación de un enfoque formal e integrado del comportamiento apoyándose en la noción de la comunicación como sinónimo de conducta.

En 1967, a instancias de Richard Fisch, se forma el Centro de Terapia Breve dentro del MRI con objeto de aplicar los resultados de sus investigaciones a la práctica clínica para desarrollar un esquema teórico de la terapia breve. Se investigan las formas en que diferentes profesionales (policías, bomberos, médicos, etcétera) enfrentan las crisis cotidianas

inherentes a su desempeño en relación con las personas con objeto de descubrir una pauta que permita aplicarla para abreviar el tratamiento terapéutico (Wittezae y García; 1992).

Haley da un giro importante a su enfoque en el artículo *Hacia una teoría de los sistemas patológicos* (Haley, 1967) donde plantea la desviación del conflicto en una secuencia triangular que difiere sustancialmente de sus planteamientos anteriores donde establecía la secuencia del problema como una forma de comunicación entre dos personas.

En 1968 salen Haley y Satir del MRI y Jackson muere. Haley va a trabajar con Salvador Minuchin a la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia y Satir desarrolla su personal enfoque de la terapia familiar.

En 1971 las ideas del MRI y de Haley se transportan a Milán, Italia, en el Centro para Estudios de la Familia de Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Ellos agregan importantísimas ideas a la teoría de la terapia familiar breve. La connotación positiva, la entrevista circular, la elaboración de hipótesis, y el juego familiar; son algunos de ellos (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn; 1987). Publican en 1974 un trabajo sobre terapia breve para niños en una modalidad que incluye a los padres en el tratamiento y en el que las intervenciones se hacen a través de ellos (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata; 1974).

Haley hace un esfuerzo por sistematizar el modelo terapéutico de Erickson adaptando su práctica clínica a la terapia familiar y vista a través de las etapas de «ciclo vital» por las que transita la familia. Jay Haley denominó al enfoque clínico de Erickson como «Terapia Estratégica» (Haley, 1973).

También en 1974, el MRI publica el primer producto de las investigaciones del Centro de Terapia Breve: *Cambio*. Donde los autores plantean los procesos de la constitución, la recurrencia y del mantenimiento de los problemas psicológicos y proponen alternativas de cómo pueden ser resueltos. Muestran además cómo el buen sentido y la lógica fracasan a veces de forma espectacular en donde unos medios ilógicos y aparentemente desprovistos de sentido pueden producir un cambio radical. Establecen algunas preguntas centrales para la reflexión sobre el trabajo terapéutico: ¿Cuál es la diferencia entre síntoma y problema? ¿Qué es un problema? ¿Cómo persiste un problema? ¿Qué hay que hacer para cambiar la situación que envuelve al problema? Además hacen un exhaustivo análisis sobre el cambio y como debe darse para realmente incidir en la resolución a corto plazo de los problemas humanos (Watzlawick, Weakland y Fisch; 1974). También publican el artículo *Brief therapy: Focused problem resolution* donde se realiza una importante aproximación clínica a los problemas de los solicitantes a la terapia breve (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin; 1974).

En ese mismo año Salvador Minuchin publica *Familias y terapia familiar* con un importante enfoque contextual que habla de la jerarquía, de los subsistemas y su importancia

dentro de los núcleos sociales como la familia. Su libro aporta un abordaje de terapia familiar breve muy particular y reporta los resultados de sus reflexiones producto de su trabajo en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, donde se encuentra participando junto a Braulio Montalvo y Jay Haley (Minuchin, 1974).

En 1975 se inicia dentro del Instituto Ackerman el «Proyecto de terapia breve» con Peggy Papp y Olga Silverstein al frente. Influídas por el MRI, Haley, Minuchin, Weakland, y el equipo de Milán, tratan de aplicar lo aprendido a familias con niños sintomáticos y llaman «breve» a su proyecto porque lo limitan a 12 sesiones y porque se basan en los modelos previos que les resultan significativos sobre tal enfoque (Papp, 1983).

En 1976 Haley publica su libro *Terapia para resolver problemas* (Haley, 1976) donde hace un esfuerzo por contestar las preguntas de todo principiante acerca de la terapia y cómo conducirla. Su trabajo sigue estando profundamente marcado por la influencia de Erickson, pero ahora se aprecia un enfoque más «sociológico» derivado en parte por su acercamiento teórico al modelo «estructural» de Salvador Minuchin. Aquí adopta la unidad de análisis en función de una perspectiva triangular y no de comunicación entre dos personas como en *Estrategias de psicoterapia* (Haley, 1963). La importancia de *Terapia para resolver problemas* radica en que Haley hace un esquema clínico con base en la práctica terapéutica más que un planteamiento puramente teórico. Establece con claridad para el principiante: qué es lo que debe hacerse cuando llega una familia, a quien hay que dirigirse, y

sobre todo qué hay que hacer específicamente con los problemas para ofrecer una alternativa de solución y con ello lograr el cambio en las personas.

Nuevamente el Centro de Terapia Breve del MRI ofrece una aproximación sobre la terapia breve con la publicación de *La táctica del cambio* en 1982 donde los autores ofrecen un modelo de terapia sencillo, práctico y eficaz para los terapeutas interesados en «abreviar la terapia» (Fisch, Weakland y Segal; 1982). También hacen un planteamiento más práctico que teórico del trabajo clínico, es decir siguen la línea de Haley en el sentido de qué es lo que hay que hacer con los problemas que se presentan a consulta.

También en 1982, Steve de Shazer funda el Centro de Terapia Familiar Breve (CTFB) en Milwaukee, para dar forma a sus investigaciones que se iniciaron en 1978. A partir del modelo del MRI, de Shazer desarrolla un enfoque que se centra más en la solución del problema que en la forma en la que éste se ha constituido. Se apoya en un importante trabajo de investigación, desarrollado por él y sus colaboradores. Este grupo no cree que haya un movimiento homeostático dentro de la familia que impida el cambio. Piensa que el paciente identificado y su familia están lo suficientemente motivados como para iniciar un cambio. Según de Shazer, para lograr los objetivos terapéuticos participan todos y no tiene caso hablar de paciente sino que es mejor hablar de cliente, lo que incluye a todos los que colaboran con el terapeuta a solucionar el problema (de Shazer, 1988).

En 1983 Peggy Papp da a conocer el producto de las investigaciones del Proyecto de Terapia Breve, con el nombre de *El proceso del cambio*, donde conjunta las más variadas técnicas sobre terapia breve y hace aportaciones personales a la terapia familiar muy importantes, como la técnica del «coro griego» (Papp, 1983).

En 1985 Joel Bergman publica sus reflexiones sobre la terapia breve (fuertemente influido por el grupo de Milán y el Proyecto de Terapia Breve, del cual es miembro) en el libro *Pescando barracudas* (Bergman, 1985) donde hace una apología de la resistencia al tratamiento, disintiendo marcadamente de los enfoques centrados en la excepción del Centro de Terapia Familiar Breve (CTFB) de Milwaukee (de Shazer, 1984).

Del 7 al 11 de diciembre de 1988 se lleva a cabo el Cuarto Congreso Internacional sobre Técnicas Ericksonianas de Hipnosis y Psicoterapia, celebrado en San Francisco, California, bajo el título de *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*. Con participación de los máximos exponentes de los enfoques breves: Jay Haley, Paul Watzlawick, William Hudson O'Hanlon, Steve de Shazer, John Weakland, Peggy Papp, Gianfranco Cecchin, Joel Bergman, Jeffrey Zeig, Stephen Gilligan, Richard Fisch, Ernest L. Rossi, entre muchos otros. Incluso acuden personalidades especialistas en modelos breves de otros enfoques teóricos como: Albert Ellis (Terapia breve racional-emotiva) y Peter Sifneos (Psicoterapia breve con provocación de angustia).

En 1989 O'Hanlon y Weiner-Davis publican su enfoque de terapia breve bajo el nombre de *En busca de soluciones* producto de su experiencia clínica. Weiner-Davis había cooperado con de Shazer en Milwaukee y O'Hanlon había trabajado con Erickson durante algún tiempo. Basados específicamente en el trabajo de Erickson, ambos derivan técnicas que se aplican a la terapia a partir de una perspectiva hacia el futuro y, (como de Shazer) enfocada hacia la solución del problema y no hacia su constitución (O'Hanlon y Weiner-Davis; 1989).

En 1990 se publican los trabajos del congreso sobre terapia breve de California bajo el nombre de *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*, con Jeffrey Zeig y Stephen G. Gilligan (notables discípulos de Erickson) como compiladores (Zeig y Gilligan; 1990).

A partir de 1992 se han publicado importantes trabajos sobre aplicaciones específicas de los diferentes modelos de terapia breve. Hay investigaciones sobre la aplicación de la terapia breve: a los adolescentes con problemas (Haley, 1980; Selekman, 1993), a los problemas del alcohol (Berg y Miller, 1992), a los trastornos alimenticios (Crispo, Figueroa y Guelar; 1994), entre muchos otros. También existen otros trabajos que ofrecen una conjunción importante de las ideas que se han generado sobre la terapia breve. El trabajo de Cade y O'Hanlon (1993) es una muy clara muestra de ello.

Con la intención de proponer una idea más concreta sobre el cómo cambiar a las personas cuando se presentan con un problema ante un terapeuta. Grove publicó un trabajo

que contiene una selección de conversaciones con Haley sobre cuestiones fundamentales en la supervisión de un terapeuta, Grove en este caso, y la respuesta del supervisor ante tales dificultades (Grove y Haley, 1993).

No podía faltar un trabajo que marcara la línea respecto a la enseñanza y aprendizaje de la terapia breve cuando el objetivo es producir un cambio en el cliente, Jay Haley (1996) se encargó de ello haciendo una ácida crítica a los modelos habituales para tratar a las personas y marcando enfáticamente las responsabilidades de los terapeutas, supervisores y aprendices en terapia breve para realmente inducir al cambio a las personas que solicitan terapia.



# **CAPÍTULO 2**

## **HACIA UNA DEFINICIÓN DESCRIPTIVA DE LA TERAPIA BREVE DIRECTIVA**

### **2.1 Introducción**

El presente capítulo pretende establecer una distinción de la terapia breve directiva de otros tipos de terapia breve que permita trazar un mapa que defina el modelo con que se abordaron los casos que se presentaron en el CAPSIC.

El contar con una idea que defina un modelo de terapia obedece a motivos más didácticos que prácticos y por tanto no debe considerarse una rigidización del modelo. Es más una idea general que se deriva del propio trabajo clínico y que puede ser complementado con las aportaciones individuales de los terapeutas que opten por un modelo similar al realizar su propia práctica clínica.

### **2.2 Consideraciones**

La primera característica que es imprescindible para la terapia breve es definitivamente provocar en los consultantes un cambio que les permita desahogarse de las

tensiones que *su problema* les provoca. En ese sentido, cuando se presentan a consulta (independientemente de la evidente busca de ayuda) uno podría inferir que tal problema no ha podido ser solucionado por el consultante.

Entonces cabría preguntarse: ¿Cómo se hizo problema el problema? ¿Por qué eso es problema y no otra cosa? ¿En qué situaciones no se presenta el problema? Es necesario definir lo que se va a trabajar en la terapia y sobre todo tener claro, con base en la información de los consultantes, qué se quiere lograr. Es éste el aspecto más importante de la terapia breve directiva: llegar al objetivo al que los consultantes verdaderamente desean llegar. Por ejemplo, si según el acompañante, una niña «se pone nerviosa» al estar en la escuela, y por ello es llevada a consulta, se podría pensar que el objetivo es hacer que no se «ponga nerviosa» pero primero es claro que se tiene que tener una idea más precisa de lo que los consultantes dicen con «ponerse nerviosa» enfocándolo desde un contexto más amplio porque quizá lo que realmente le gustaría a la niña es no *tener* que estar en *esa* escuela para «no ponerse nerviosa». Podría haber muchas circunstancias dentro de su contexto que lo obliguen a hacer algo que no quiere pero que a la vez no cuestiona porque son situaciones que percibe pero que no alcanza a describir. En fin, las distinciones pueden ser muchas pero lo que verdaderamente importa es establecer una diferencia sobre el problema y sobre quién hizo la distinción de que *eso* era un problema.

Es importante pensar en cómo podrían los consultantes resolver *su* problema, porque si su problema se convierte en un dilema para el terapeuta entonces no se puede ser de gran

ayuda. El objetivo del terapeuta debe ser el inducir a los consultantes a resolver la situación que lo ha llevado a consulta. El contexto terapéutico y sus vicisitudes son responsabilidad del terapeuta (si el terapeuta esta por esto ante un problema, él también necesita ser auxiliado por medio de la supervisión pero no para resolver «cuestiones internas» sino para saber cómo proceder [Haley, 1996]).

En otras palabras, el terapeuta al definir el objetivo de la terapia traza una distinción (Spencer-Brown en Keeney, 1983) y lo fundamental en la terapia breve directiva (que debería ser en todo tipo de terapias) es que el terapeuta no olvide que esta distinción fue trazada por él para incidir en la realidad de la descripción del proceso del problema que hace el consultante (no en la realidad de la vida de quien consulta, eso es otro asunto que solo concierne a él, no a la situación terapéutica). La terapia breve directiva pretende el desarrollo de un cambio útil en el individuo. Se centra en *qué* y *cómo* hacer para ayudar a solucionar de manera rápida y eficaz los problemas de las familias y/o los individuos. La tarea no es sencilla debido a que los elementos del proceso están relacionados con una postura terapéutica que hay que conocer. Esto es de importancia debido a que los *qué* y los *cómo* propuestos en la terapia breve directiva con frecuencia se salen de lo común y de los métodos terapéuticos convencionales (Grove y Haley, 1993).

Para ello, la importancia de la relación entre la teoría y la práctica depende de que la conducta humana intencionada subyace en las percepciones de las personas, ya que tales percepciones rigen la interpretación de su contexto (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967)

La percepción de una persona respecto a los problemas y su naturaleza influirá en el tipo de información sobre la que se centrará su atención y con ello sobre el cómo se evaluará el resultado. Las diferencias de concepción de los problemas provocan diferencias inevitables en el pronóstico. No se trata de cuál es el tipo adecuado de terapia, sino de qué tan drástica y prolongada debe ser (y que no dure más de lo necesario). La evaluación de los resultados del tratamiento dependerán de la concepción del problema (Fisch, Weakland y Segal; 1982; y, O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Se considera a la teoría como algo imprescindible para la práctica donde el terapeuta ha de considerar como suyo el punto de vista de los consultantes, y debe saber que la realidad del problema descrito desde el inicio de la terapia, forma parte de la realidad de los consultantes y que por tanto para ellos es valiosa. Fisch Weakland y Segal (1982) advierten que la teoría puede elaborarse de manera excesiva y puede tomarse con demasiada seriedad reificándola hasta el punto de que sea un impedimento para la observación directa y la interpretación simple de la conducta. El otro gran peligro de una teoría surge cuando no se hace explícita (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989) o cuando se convierte en algo ajeno a la práctica o en algo demasiado complicado (Haley, 1996).

Para la terapia breve directiva la teoría se presenta entonces como un grupo de ideas y conceptos relativamente generales que resultan útiles para integrar elementos particulares de observación y de acción en una forma sistemática y comprensible sobreentendiendo que esta parte no es un sustituto de la realidad del individuo ni trata de explicarlo, ofrece la

posibilidad de aprender destrezas específicas para proceder cuando alguien solicita terapia porque tiene un problema que no puede resolver. En otras palabras, es el marco teórico el que se debe adaptar al individuo y no al contrario; y como el individuo es diferente entre sus similares y cambiante respecto a las épocas y los contextos sociales, el marco teórico necesita poseer tales características. Es decir se propone una teoría del individuo que sea relativa, adaptativa, cambiante, sencilla y responsable de su propia evolución. Por tanto esta propuesta puede no ser útil en muy poco tiempo si no evoluciona con su medio que le circunda.

Se necesita una teoría lo más cercano a la práctica. Esta teoría no es más que el mapa conceptual de este enfoque para entender y tratar la clase de problemas que se plantean a los terapeutas en su práctica cotidiana. Por lo tanto no se debe confundir a la teoría con la realidad. La teoría es provisional y hay que ajustarla constantemente con los resultados que la práctica clínica arroje. Esto se logra a través de la práctica constante y en la observación sistemática de las intervenciones útiles que han de seguirse usando si ofrecen resultados positivos (siempre adaptándolas a las situaciones contextuales de los consultantes).

### **2.3 «Trazar una distinción»**

Para centrarse en una idea esquemática y general de terapia breve al que se quiere llegar es preciso trazar una serie de «distinciones» (Spencer-Brown, en Keeney, 1985) que llevarán al lector a construir un mapa del modelo que interesa a la presente propuesta.

**1a. Distinción: terapias y psicoterapias.** Para llegar a un punto específico es necesario establecer una diferencia entre las terapias y las psicoterapias

Las terapias estudian al individuo en su interacción con los otros, dentro de su contexto, y dentro de sus organismos sociales mínimos y la forma como tales organismos están conectados. Las terapias están inmersas en una epistemología interaccional, secuencial y triangular (Haley, 1967) o circular (Boscolo, Cecchin, Hoffman, y Penn; 1980) y consideran a la conducta como sinónimo de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson; 1967). Al ser la interacción entre individuos por medio de la comunicación el objeto de estudio, los resultados de una inducción terapéutica son identificables, observables y no solamente supuestos o inferidos.

Las psicoterapias estudian los fenómenos del comportamiento humano a través de constructos inferidos en la suposición de una estructura intrapsíquica. Su unidad de estudio y observación es el individuo. A diferencia de las terapias sus fenómenos de estudio no son observables.

Tanto las terapias como las psicoterapias tienen sus propios modelos de tratamiento breve\* como parte de un intento de solucionar los conflictos humanos en forma inmediata y produciendo cambios en el individuo que le permitan resolver sus dificultades cotidianas

---

\* Para mayor información de las psicoterapias breves véanse: Braier, 1984; Farre, Hernández y Martínez 1992; Knobel, 1986; Malan, 1963; Malugani, 1987; Sifneos, 1992; Small, 1971, entre otros. En el caso de las terapias breves se puede consultar en: Bergman 1985; Cade y O'Hanlon, 1993 de Shazer 1982, 1985 y 1988; Fisch Weakland y Segal 1982; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Selekman, 1993; etcétera.

(independientemente de la gravedad que se reporte) aunque desde una visión epistemológica muy diferente.

A diferencia de la psicoterapias, las terapias siempre han sido breves (incluso la terapia familiar) si entendemos por ello el número reducido de sesiones para resolver un problema planteado por un cliente.

La supervisión es otro punto de diferencia. En las psicoterapias es de un modo indirecto: el terapeuta expone un caso ante un experto quien le hará saber el rumbo a seguir. En las terapias la supervisión es directa: el supervisor se coloca detrás de un espejo de visión unidireccional desde donde se asegura que el terapeuta adquiera las habilidades necesarias para desempeñar su trabajo de manera adecuada.

**2a. Distinción: terapias familiares y terapias breves.** Las terapias familiares, generalmente, ven al síntoma como consecuencia de una disfunción de la organización familiar ya sea estructural o de comunicación (Minuchin, 1974; Hoffman, 1981).

Las terapias breves procuran identificar la pauta recursiva que rodea al problema y procuran un tratamiento en función de alterar el marco cognitivo (Watzlawick, Weakland y Fisch; 1974), la pauta recursiva del problema (O'Hanlon, 1987) o la conducta del individuo respecto al problema (Haley, 1996).

Aunque las terapias breves pueden ser familiares o individuales es conveniente separar a las que se enfocan en la forma (generalmente familiares excepto el modelo de secuencia triangular de Haley [1976]) y las que se enfocan en los procesos secuenciales organizativos (Cade y O'Hanlon; 1993).

**3a. Distinción: terapias breves interesadas en la forma y terapias breves interesadas en el proceso.** Otra distinción que puede ser de gran ayuda para definir a las terapias breves es la que propone Hoffman (1981): las terapias interesadas en la forma y las interesadas en el proceso.

Las terapias breves interesadas en la forma son los enfoques que se interesan en el modo en que las secuencias repetitivas revelan y reflejan la forma. Por lo general, se considera que los síntomas cumplen una función en la familia y aportan información sobre la disfunción (Bergman, 1985; Haley, 1976; Madanes, 1981; Minuchin, 1974; Papp, 1983; entre otras). Se observan las secuencias para trazar el mapa de la organización familiar. Para este enfoque se considera que el propósito del síntoma es defender a la familia de los cambios o, alternativamente, ayudar a negociarlos, forzando a la familia a reorganizarse. Algunos modelos de terapia familiar caen dentro de tal descripción.

Las terapias interesadas en el proceso son los enfoques para los cuales el análisis de las ideas y de las secuencias repetitivas que rodean a los síntomas constituye un nivel de explicación suficiente; se consideran innecesarias las inferencias sobre su propósito, su



función, o la estructura familiar (Cade y O'Hanlon, 1993; de Shazer, 1982, 1985 y 1988; Fisch, Weakland y Segal, 1982; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Selekman, 1993; etcétera). Las secuencias se observan para identificar pautas de pensamiento y conductas que se autorrefuerzan.

La terapia breve directiva se deriva de ambos tipos de terapias debido a su énfasis en la secuencia triangular del conflicto (proceso) y en la jerarquía (forma).

**4a. Distinción: terapia estratégica y terapia breve directiva.** Cuando Haley (1973) denominó la terapia de Milton H. Erickson como «estratégica» automáticamente los teóricos colocaron a su modelo dentro de esa denominación (Hoffman, 1981) y aunque en su primer libro (Haley, 1963) delineó un modelo de terapia breve derivada de la de Erickson, existen diferencias sustanciales de su propuesta directiva de la estratégica:

1) La terapia estratégica es un modelo de terapia que se deriva de la hipnosis y que considera que las dificultades y problemas del ser humano son situaciones que se plantean en las crisis de la familia a lo largo de su ciclo vital (Haley, 1973).

2) El modelo de Haley se deriva del de Erickson y por tanto se puede considerar estratégico debido a que requiere de un plan previo para el tratamiento, también tiene su fuente de origen en la hipnosis y se enfoca en el problema con el ánimo de provocar un cambio que ofrezca una solución al consultante.

3) La influencia de Salvador Minuchin en el trabajo de Haley se aprecia en el planteamiento de contextos sociales más amplios y el énfasis en las jerarquías (Haley, 1976).

4) La terapia estratégica es un esfuerzo de Haley por decantar el enfoque de Erickson en un modelo de terapia familiar (Haley, 1973). La terapia breve directiva es un modelo de terapia enfocada en la forma y en el proceso en que la unidad mínima de análisis no es la familia sino la triada y donde Haley retoma todas sus influencias en su trabajo clínico y los aplica en un solo modelo agregando sus propias consideraciones (Haley, 1967, 1976 y 1996).

5) Para ser más precisos: la terapia breve directiva es una terapia estratégica en cuanto a la planeación del tratamiento pero tiene su propio método que la singulariza y la diferencia de los demás esquemas estratégicos.

#### **2.4 Definición de terapia breve directiva**

La terapia breve directiva se deriva de la terapia estratégica de Erickson, los estudios de la comunicación de Bateson, del enfoque «sociológico» de Minuchin y del trabajo clínico de Don. D. Jackson. Haley ha desarrollado su modelo a lo largo de varios años de estudio en el Instituto de Terapia de la Familia (Family Therapy Institute) de Washington, como supervisor, como docente y como clínico (Haley, 1996).

Para Haley, la terapia breve directiva es un conjunto de destrezas susceptibles de ser enseñadas y que se fundamentan en la observación de jerarquías en el núcleo familiar, en que el problema es producto de un fenómeno comunicacional entre personas involucradas en el problema, en que siempre hay unidades sociales más amplias que la familia en la que se establece el problema, en que el terapeuta tiene la responsabilidad de promover el cambio en quienes presentan el problema, y en que la secuencia en que se forma el problema generalmente es triádico.

La terapia breve directiva es un modo de incidir en las personas que se presentan a consulta en demanda de ayuda por algún problema que les es imposible afrontar por diferentes causas y consiste en inducir un cambio mínimo en los solicitantes que les permita funcionar de una manera diferente respecto al problema que les ha llevado a solicitar consulta. El terapeuta enfoca su atención en el principal problema actual (manifestado en el motivo de consulta) y en lo que se puede hacer para producir una respuesta que indique un cambio en función de tal descripción.

La terapia breve directiva intenta plasmar ideas acerca de cómo puede trabajar un terapeuta, no es un intento de describir cómo funciona la escuela, la familia o el sistema social; ni ofrecer un parámetro de cómo debería de funcionar un organismo social.

Las principales características de la terapia breve directiva son:

- 1) Tener un objetivo claro y específico de la terapia.
- 2) El terapeuta debe tener un papel activo dentro del tratamiento.
- 3) El tratamiento debe enfocarse sobre el contexto del problema en el presente y el futuro más que sobre el pasado.
- 4) Lo que importa al tratamiento es más el cambio de comportamiento que la toma de conciencia.
- 5) El terapeuta debe estimular la motivación del consultante para que ejecute las directivas que se le soliciten.
- 6) Se debe utilizar un lenguaje inductivo que proponga el cambio.
- 7) Se utilizan directivas paradójicas y/o directas (Haley, 1996).

### **2.5 Principios básicos de la terapia breve directiva**

**La tarea del terapeuta.** El objetivo básico del terapeuta consiste en formular el problema o síntoma presentado con claridad y diseñar una directiva con base en la situación social del cliente con el fin de modificarlo.

**Definición de un problema.** Anteriormente las teorías organicistas o psicodinámicas pensaban que el problema o el síntoma presentado eran «algo» que funcionaba incorrectamente dentro del individuo. La terapia breve directiva se centra en la situación social, más que en el individuo, y se parte de la idea de definir un síntoma en términos operacionales con la mayor precisión posible.

Por tanto se considera a un problema como «*un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas*» y un síntoma es «*la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social, es una etiqueta que se le adosa*» (Haley, 1976, pp. 6).

- *El diagnóstico como parte del problema.* Al definir un problema y lo que involucra, el terapeuta ha de incluirse dentro del problema dado que él contribuye a definirlo. Al clasificar un problema se puede cristalizar su secuencia y volverlo crónico.

- *Otros profesionales involucrados.* Si se admite en tratamiento terapéutico a un menor porque representa un problema para la escuela por su conducta en ella, no se puede circunscribir el problema al niño y su familia debido a que quien tiene la decisión sobre lo que es «correcto» en su conducta es el sistema escolar y no la familia, ni el terapeuta.

**Contexto social más amplio.** Cuando se presenta un problema específico a consulta en el CAPSIC (por ejemplo, un niño que se «porta mal en la escuela»), el terapeuta ha de

considerar varios factores hacia donde va a intervenir: 1) En el niño. 2) En la familia. 3) En la escuela. Supóngase que el niño se «porta mal» en la escuela porque la maestra es más represiva a diferencia de las que el niño haya tenido con anterioridad. En ese caso se podría caer en la tentación de dar razón al niño por su respuesta. Entonces el «problema» lo constituye tanto el niño por no ajustarse a los parámetros de conducta de la escuela representada por la maestra como la escuela misma. Si se incluye a la escuela dentro de la terapia se diluye el límite de la misma. Pero también se debe considerar que puede haber ciertas circunstancias dentro de la familia que le han impedido «manejar» la situación: un padre ausente, un matrimonio en problemas, que ambos padres trabajen y no proporcionen suficiente atención, que el cuidado del niño esté a cargo de algún pariente, etcétera. Todo lo anterior puede derivar en la confusión del niño que responde a su medio con su conducta como el único medio para hacerse notar.

**Responsabilidad del terapeuta.** Ante una situación como la anteriormente descrita el terapeuta puede tender hacia dos extremos:

1) Definiendo el problema como si fueran fantasías del cliente, pero un criterio tan estrecho ya no parece ser aceptable.

2) Puede decir que todos los problemas son de tipo social o económicas (como es la circunstancia de que ambos padres tengan que trabajar).

La responsabilidad del terapeuta es «*definir la unidad social que él puede cambiar para resolver así el problema que le presenta el cliente*» (Haley, 1976: pp. 9). Por tanto los resultados de su intervención se medirán en función del objetivo alcanzado.

**Unidad de análisis.** Cuando el terapeuta acepta la idea de que el problema del cliente esta incluido dentro de su medio social, debe de tener presente en que tipo de coaliciones se involucra al actuar. Si un terapeuta se limita a eliminar una conducta específica ¿con quien se coliga para tal fin? ¿a quien beneficia? ¿el síntoma tenía alguna función social?

El terapeuta al pensar en función del contexto social se ocupará del síntoma teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1) *Secuencia.* Ocuparse del síntoma como respuesta de las relaciones de quien lo presenta.

2) *Jerarquía.* Tener en cuenta la jerarquía familiar presente en la situación a tratar.

3) *Organización.* Deberá decidir si desea ser usado por los padres para moldear al niño a su gusto y conveniencia. Para el trabajo terapéutico se considera que la unidad de análisis más adecuada es la secuencia triangular dentro de la organización donde se presenta el problema.

**Organización.** Cuando el terapeuta cambia a las personas debe de tener presente la organización en la que el mismo está inmerso. Si logra un cambio específico en un niño que le ha sido llevado a consulta, no queda claro si al cambiarlo logra que se «adapte» al sistema escolar o si le ayuda a reintegrarse a su contexto social. *«Una vez que el terapeuta piensa en función de la organización, debe considerarse parte integrante del sistema social que constituye el problema del cliente»* (Haley, 1976; pp. 10).



# CAPÍTULO 3

## LA TERAPIA BREVE DIRECTIVA

### 3.1 Introducción

En ocasiones algunas personas consideran que la terapia está indicada para todo el mundo. Para ellas es una experiencia que ayuda a crecer y a desarrollarse, como una experiencia religiosa y que su objetivo es mejorar al ser humano, hacerlo mejor que los otros. En el otro extremo está la terapia exclusivamente dirigida a resolver un problema específico: el terapeuta sólo la practica con reservas, y sólo con personas que tienen una dificultad precisa: personas que se drogan o beben, o bien que son ansiosas, fóbicas, o que amenazan con suicidarse. Se reconoce que la terapia puede significar un estigma, y que prescribirla perjudica a la gente, porque el hecho mismo de estar en terapia implica que hay algo que funciona mal en uno (en caso contrario no se estaría allí). En consecuencia, cada día que se ven a los consultantes, se confirma esa hipótesis.

Este modo de ver difiere mucho de la perspectiva en la que se supone que la terapia les hace bien a todos, y que todos deberían recurrir a ella como a una experiencia enriquecedora. Uno de los interrogantes importantes que se han planteado en la práctica terapéutica es el de si los terapeutas deben someterse a terapia. Si desean verdaderamente

vivir la experiencia de la terapia, tienen que desarrollar un problema que la justifique. Pueden desarrollar una fobia, una ansiedad o una anorexia, con lo cual habría una buena razón para que acudan a terapia. Se trata de una de esas extrañas situaciones en las que se pretende que si uno recurre a terapia personal, el resultado de la propia práctica será mejor que si no se hace una terapia personal. No hay evidencia de investigaciones científicas que lo sostengan. No existe prueba de ningún tipo. Por el hecho de que son muchos los profesionales que están en terapia, esto es importante para el campo desde el punto de vista económico.

### **3.2 El aspecto económico de la práctica terapéutica**

En algunos institutos se estila que los alumnos que están en formación sean a la vez sujetos susceptibles de tratamiento. La profesión se alimenta a sí misma. En muchos institutos se espera que los estudiantes emprendan una terapia con el personal del instituto, cosa que los ayuda financieramente. Esto tiene una gran importancia económica. Pero no está claro como llevará a formar mejores terapeutas. Parece que cuanto más terapia ha recibido una persona es más difícil de capacitarla para terapeuta (Haley, 1996). En parte, porque la terapia hace que el individuo se preocupe tanto por él mismo, que ya no escucha lo que dicen los consultantes. Se pregunta: *«¿Acaso estoy proyectando sobre estas personas algo de mi propia infancia?»*, en lugar de escuchar a quien le consulta

Si el terapeuta tuvo una terapia individual que insistió en la toma de conciencia, queda totalmente confundido cuando trata de trabajar de otra manera con más de una persona a la vez, como es el caso en las familias. La terapia ha de usarse selectivamente

porque no es para todos. Hay personas que se dirigen a solicitar la consulta, pero si no tienen un problema suficientemente importante no se le toma en consulta. La terapia esta indicada para las familias que tienen un problema suficientemente importante que justifique tomar ese tipo de proyecto, pagar y trabajar con el terapeuta con el fin de resolver el problema.

### **3.3 La espontaneidad o la planificación en la terapia**

Existe otra manera de encarar la terapia. Ciertos terapeutas piensan que cada sesión debería ser espontánea, que no hay que planificar nada; se espera que los consultantes lleguen y se responde a lo que ellos proponen.

En el otro extremo, están los terapeutas que planifican todo lo que va a ocurrir en el curso de la sesión. En la terapia breve directiva se trabaja de esta manera. Bajo este enfoque el terapeuta se esfuerza por trazar un plan de la entrevista antes de que esta comience y, si los consultantes aceptan comportarse de modo conveniente, todo se despliega siguiendo ese plan. A veces los consultantes no lo hacen, lo cual obliga al terapeuta a cambiar el plan en medio de la entrevista. El terapeuta puede salir del consultorio replantearse el caso y después regresar (lo óptimo es que esto se haga apoyado en un equipo terapéutico que esté observando la entrevista atrás de un espejo de visión unidireccional y conducido por un supervisor). El terapeuta puede modificar lo que hace pero no espera simplemente que la familia actúe. Los consultantes no pueden resolver el problema por sí mismos (si así fuera no estarían en demanda de consulta). Si el terapeuta se limita a esperar y se limita a responder.

harán lo que los consultantes desean, lo que equivale a girar en círculo, sin resolver los problemas. Quien quiera convertirse en experto tiene que obrar de tal manera que las cosas sucedan de una manera experta, de una manera que genere el cambio. Esto es muy diferente de las situaciones espontáneas que muchas personas utilizan para trabajar en terapia.

### **3.4 La espontaneidad o la planificación en la supervisión**

La formación de terapeutas utiliza las mismas premisas. En ciertos institutos, cada sesión de formación representa un acontecimiento. El supervisor no programa las necesidades del estudiante ni trata de aplicarlas; simplemente reacciona a lo que el estudiante hace. También existen programas de formación destinados a ayudar a los terapeutas a desarrollarse, a crecer y a realizarse. Otros están destinados a resolver problemas específicos de los terapeutas. Una de las definiciones posibles de la terapia dice que consiste en aumentar la complejidad de la vida de la gente. Una de las definiciones posibles de la formación dice que es multiplicar la complejidad de la gama de talentos del terapeuta, para que pueda hacer cosas diferentes y ocuparse de más personas de diferentes tipos.

Las mismas premisas de la terapia se aplican también a la formación. Lógicamente, es preferible, si la formación se ha basado en el *insight*, realizar una terapia de la misma clase. Si se trata de formación basada en directivas es de esperarse que lo que sucede detrás del espejo tendría que asemejarse a lo que sucede delante de él.

Una de las razones para no hacer una terapia personal durante la formación de un terapeuta es que aquella aligera demasiado la carga del supervisor. Si un supervisor encuentra un estudiante que tiene un problema especial, y puede decirle que en realidad debería resolver su problema en terapia, ya no está obligado a resolverlo como supervisor. Por ejemplo, si un estudiante tiene problemas para tratar con niños que son considerados problemáticos por sus padres o por el sistema escolar, no se le ayuda diciéndole: *«Es conveniente que acuda a terapia para que resuelva su conflicto con los niños»*, mientras que la familia del niño espera a que el terapeuta resuelva el problema llevado al consultorio. En este caso, es obligación del supervisor enseñar al estudiante a ocuparse de los casos con el niño presentado como problema. Si el supervisor declara que el terapeuta necesita terapia, evade la situación de estar mejor calificado como supervisor. La función del supervisor es ayudar a la gente a hacer cosas con las que tiene dificultades.

### **3.5 Terapia breve directiva**

Algunas personas hacen terapia muy centrada en la estructura de la familia y sus relaciones; otras, una terapia muy centrada en el síntoma, en el problema por el que la familia consulta, y esto último es lo que se recomienda para la terapia breve directiva. Si el terapeuta se ocupa del problema para el cual la familia busca solución, los clientes se muestran muy cooperativos, pues a eso han ido. En cambio, si se trata de persuadirlos de que es más importante discutir las raíces del problema, o la estructura de la familia que está detrás de la familia del problema, los consultantes se resisten y no demuestran mucho interés. No trabajan con el mismo entusiasmo que si el terapeuta está de acuerdo en que el

problema es el que ellos expresan, y el que se va a resolver. Si una madre se presenta diciendo que su hijo representa todo el problema, el terapeuta breve directivo estará de acuerdo con ella. Ese niño es seguramente todo el problema. En consecuencia, la familia tendrá que hacer ciertas cosas para resolverlo. Milton Erickson decía que el síntoma es como el asa de una olla. Con el asa en la mano, se pueden hacer muchas cosas con la olla. El terapeuta breve directivo apuesta a una formación en la que los terapeutas, en cualquier momento de la entrevista, tienen que poder demostrar de qué modo lo que dicen se relaciona con el problema que llevó a los clientes a consultar. No es conveniente que el terapeuta hable de cualquier cosa. Ha de hablar de algo relacionado con el problema por el cual es consultado.

### **3.6 La elección de la teoría**

Los terapeutas han de deshacerse de ciertas teorías, y elegir las que hacen de ellos los terapeutas más eficaces. No se trata de lo que es verdadero, pues ¿quién sabe cuál es la verdad? La cuestión es elegir una teoría que ayude a reflexionar acerca de cómo actuar e intervenir con éxito. Algunas teorías son un obstáculo. Por ejemplo, existió una teoría denominada «teoría del chivo emisario», según la cual la familia elige una víctima, que es la que tiene el problema. El trabajo del terapeuta consistía en salvar a esa persona del resto de la familia contra el resto del grupo. Es una teoría insostenible, pues obliga al terapeuta a aliarse con una persona de la familia contra el resto del grupo. Es una teoría con frecuencia propuesta por los salvadores de niños, que se precipitan a salvar al niño de sus padres. Luchan contra los padres y, al fin de cuentas, no salvan al niño, cuyos problemas empeoran

después de aplicar un tratamiento bajo esta perspectiva. Considerar que toda la familia estaba enferma era una curiosa manera de trabajar. Si una familia consultaba, manifestando que el niño era el problema, se le decía: *«¿Han observado que este otro niño tiene también un problema, y este otro también, y que el matrimonio de ustedes no tiene tampoco un aspecto excelente? En realidad, toda la familia tiene un aspecto enfermo»*. Se agregaba: *«¿Quieren ahora colaborar con la terapia?»* en esta etapa, la familia no demostraba mucho entusiasmo.

Tuvo que pasar mucho tiempo para que se comprendiera que esa no era la mejor manera de dirigirse a una familia. Es más conveniente partir de aceptar la demanda de los consultantes y organizar toda la terapia en torno de ella. Entonces ellos colaboran y es posible hacer mucho.

Hay una teoría más arraigada que representa un problema real. A causa de la historia del desarrollo de la terapia se han cometido muchos errores. Una teoría que el terapeuta tendría que rechazar es la teoría de la represión: la idea de que la gente reprime pensamientos inconscientes, impulsos hostiles, y que ello la motiva. Si se adopta esta teoría, se tenderá no solamente a una orientación muy individual, sino también a sentir que el terapeuta debe alentar al cliente a expresar sus sentimientos con lo cual cambiará. Se tendrá tendencia a pensar que si el terapeuta hace a las personas conscientes de lo que existe detrás de su problema, ello las cambiara de una cierta manera. Se estima que con una teoría como esa, el terapeuta suscita muchas resistencias, por tanto es conveniente abandonarla. Si el

terapeuta se ocupa de los consultantes teniendo en mente una teoría según la cual es deseable que los miembros expresen todas sus emociones, está alentando una terapia caótica y desorganizada, porque se ignora lo que cada uno de los consultantes van a decir o hacer. Ya se ha trabajado de ese modo. Los padres y los hijos se expresaban. Habían sesiones llenas de excitación, todos se atacaban entre sí, pero la terapia nunca dio resultado. Si no media esta teoría, es posible dirigir una conversación, calmar a una persona, hacer hablar a otra y, etapa por etapa, se puede organizar, se puede organizar a los consultantes de manera propicia para la resolución del problema. Esto es muy difícil de conseguir partiendo de una teoría de la represión; por lo tanto, es preferible no recurrir a ella en absoluto.

Para un terapeuta, la mejor teoría es una que sea tan razonablemente simple como para que resulte posible elaborarla de modo conveniente y ponerla en práctica. Deberá involucrar una visión positiva de las personas. Deberá estar compuesta por un cierto número de ideas que guíen al terapeuta hacia un punto que signifique una realización de las mismas.

### **3.7 El lenguaje para el cambio**

Otro problema consiste en encontrar un lenguaje adecuado para la terapia. En general, el lenguaje de la familia demuestra ser el mejor. El sistema de diagnóstico en el que la terapia convencional está involucrado es un lenguaje espantoso para ser usado por los terapeutas. Es un lenguaje totalmente inadecuado para hacer cambiar a la gente. Clasifica a las personas como instituciones. No sirve de mucho saber que alguien es fóbico, compulsivo, ansioso o esquizofrénico, y menos aún porque eso asusta a los terapeutas. Si se dice que se



trata de una persona que ve cosas que otros no ven, y que actúa como si escuchara voces, entonces se puede buscar una serie de intervenciones para poner fin a ese comportamiento. Pero si se dice que esa persona es esquizofrénica, ¿qué se puede hacer? Es una enfermedad incurable. De modo que resulta preferible no emplear esa palabra. En el caso de la anorexia, si se trata a la persona que está identificada bajo tal etiqueta, no es mucho lo que se puede hacer pero si se piensa que esa persona es alguien que no quiere comer. Es más probable actuar con alguien que no quiere comer y hacerlo comer de una manera u otra que con alguien que «tiene anorexia». Un término técnico no ayuda en nada. La profesión de terapeuta es todavía demasiado nueva como para tener un buen lenguaje. Los terapeutas conductuales han ayudado mucho en este campo. Por ejemplo, nadie puede curar una «fobia a la escuela». Los terapeutas conductistas la llaman «faltar sin motivo al colegio», y es posible curar tal conducta, porque se puede impedir que el niño evite la escuela. El término utilizado guía al terapeuta en cuanto a lo que hay que pensar y hacer. Esto es lo que todo terapeuta necesita.

### **3.8 El tipo de terapia a elegir**

Se recomienda una terapia muy directa, en el sentido de que supone que todo problema presentado debe ser resuelto con la menor demora, para que las personas puedan abandonar la terapia lo antes posible (hay muchos casos que en el transcurso de la etapa de «evaluación y diagnóstico» los solicitantes abandonan la terapia). Los terapeutas deberían abreviar el tratamiento, emprenderlo sólo en caso de necesidad, centrarse intensamente en el problema y elaborar procedimientos para resolverlo. Una de las dificultades en cuanto a la

resolución de un problema reside en el hecho de que los consultantes no estén claramente de acuerdo acerca de lo que constituye dicho problema. El sistema de diagnóstico ha sido concebido para una sola persona. En el manual de diagnósticos no hay ninguno para dos personas. Existen diferentes variables que toda terapia tiene que tratar:

### **3.9 Unidad de análisis**

Está la variable que consiste en saber con que unidad trabaja el terapeuta. En tal sentido, se ha producido un cambio recientemente. Ya se tenía la unidad terapéutica de una persona. Fue el periodo de la teoría psicodinámica popular en la década de 1950. Si se quiere hallar la causa de los actos de una persona se pueden explicar en función de una persona, o de dos, tres o de un grupo. Si se trata de una persona, se puede decir que ha hecho eso porque pensaba esto, o porque sentía aquello, o porque percibía mal algo; toda la explicación reside en esa misma persona. De allí proviene una cantidad de ideas elaboradas en el curso de dos mil años. Retomando la concepción de los griegos, casi todas las explicaciones de los actos de las personas: el carácter, la personalidad, el estado mental o emocional del individuo. Hacia 1960, la unidad se amplió a dos personas. Fue el periodo de la terapia de la comunicación y del cambio de conducta. En esa época Haley participó mucho en investigaciones acerca de la comunicación (Bateson, Jackson, Haley y Weakland; 1956 y Haley, 1963). En el curso de la década de 1950, se elaboraron ideas sobre la comunicación que en gran medida encontraron su campo de aplicación en la década de 1960. En esa época, se observaba que el terapeuta y el paciente se encontraban juntos en una habitación; no estaba solamente el paciente y era posible considerar que lo que decía o

hacia el paciente podía ser una respuesta al terapeuta. Antes se había considerado que se trataba simplemente de una respuesta a sus propias ideas. También en esa época, quienes atendían a parejas casadas empezaron a ver a los dos miembros juntos, y no por separado. De modo que se puso mucho énfasis en la díada.

Los principales estudiosos del comportamiento y de la comunicación decían que si una persona hacía esto, era porque la otra hacía aquello. Esa persona hacía lo que hacía porque la otra hacía lo que hacía. Fue el inicio del debate sobre los sistemas. Y las familias fueron descritas en términos de díadas. Durante ese periodo se realizaron muchos análisis de la comunicación para ayudar a la gente a comprender su modo de comunicación, para ayudar a cónyuges a comprender su comunicación, etcétera. Fue también un periodo en cuyo transcurso terapeutas y especialistas en el cambio conductual enseñaron a las madres a ocuparse de los niños de una manera diferente. Después hacia la década de 1970, la unidad pasó a ser de tres personas, lo que constituye el periodo estructural (Minuchin, 1974; Haley, 1976). Esta es una manera mucho más interesante de pensar. También son posibles muchas otras. Con una tríada uno puede actuar desde múltiples ángulos diferentes. Con una persona, las posibilidades están limitadas; con dos personas, no se puede ir más allá de cierto punto. Al llegar a las tres personas, las posibilidades de intervenir aumentan en proporción geométrica. Con una unidad de tres personas es posible trabajar con alianzas. Es posible tomar en serio la jerarquía. En torno de una unidad de tres personas pueden tomar cuerpo ideas que antes no podían desarrollarse.

En cierta medida, todas las terapias están en un período de transición. Algunas piensan que pueden adoptar la teoría individual y aplicarla a las teorías para dos personas, después incorporarlas a la teoría de tres, y destacarse con una gran teoría de conjunto que dejaría a todo el mundo contento. Es poco probable que tal cosa suceda. La teoría que se aplica a una persona es totalmente inadecuada en el nivel del lenguaje para expresar los intercambios entre dos personas. El lenguaje para describir dos personas es inapropiado para tres personas. Se trata de etapas discontinuas que no pueden conectarse entre sí, y tratar de hacerlo conduce a la confusión. En consecuencia, el terapeuta tiene que elegir una unidad: todas las unidades son verdaderas. Se trata de ver que es lo más útil para el terapeuta. Por ejemplo: Un niño tiene problemas. En la década de 1950 se tenía tendencia a culpar a la madre. La madre le preguntaba al hijo cómo tenía que disciplinarlo, o le pedía permiso para hacerlo, lo que es una curiosa manera de proceder. Con una unidad de una persona, se describía a la madre como confusa en su manera de pensar, y se le ayudaba a comprender cómo ese modo de pensar estaba ligado a su propia educación o a alguna otra cosa de ese tipo. Con una unidad de dos personas, se decía que la madre reaccionaba ante el niño de un modo que a su turno hacía reaccionar a este último, lo que la llevaba a reaccionar a ella de nuevo, estando los dos comprometidos en un juego del que no se llegaba a salir. Se le hacía comprender que se trataba de un doble vínculo. Ella era responsable por el niño, pero le pedía permiso al niño mismo para serlo. El problema se discutía en función del comportamiento del niño y del comportamiento de la madre. Al llegar a una unidad de tres personas o más, es decir, a una teoría estructural, se ve a la misma mujer de una manera muy distinta. Se observa a la familia, por ejemplo, y se comprende que la madre no tiene el poder

en el grupo para dirigir al niño, o que existe una alianza entre el niño y una abuela poderosa, o bien con el marido. En realidad, la madre tiene menos poder que el niño. Tiene que pedirle permiso para decirle lo que él debe hacer. Su conducta, descrita en función de la estructura de la familia, se entiende mejor que cuando se trata de una unidad de una o dos personas. Siempre es la misma mujer con el mismo comportamiento, pero las explicaciones son muy distintas, y diferentes las posibilidades terapéuticas.

### **3.10 Unidad de análisis triangular**

Si se piensa en función del triángulo que forman el niño con un problema y sus dos padres, el terapeuta tiene muchas maneras de intervenir. Por ejemplo, el terapeuta se puede ocupar de una de esas personas para modificar toda la estructura triangular. O bien puede ocuparse de una de las diadas. Se puede centrar en los dos padres, en la pareja padre-hijo o en la pareja madre-hijo, o abordar simultáneamente a todo el grupo, en lugar de entrar en el triángulo por una de sus puertas.

Sería un error de parte del terapeuta no comprender hasta que punto el comportamiento de los consultantes depende de su propio modo de intervenir en ella. Por ejemplo: Una manera típica de encarar el problema de un niño es postular que uno de los padres está cerca de él, y que el otro es más distante. Si se tiene a una madre más cercana al niño, y un padre que se ubica más en la periferia, una de las técnicas habituales elaboradas por terapeutas familiares consistía en hacer responsable del niño al progenitor más periférico. Cuando ese progenitor recibía la carga del niño, y el otro quedaba excluido, en la

pareja de padres se desarrollaba una tensión. Si el padre quedaba a cargo, la madre se enojaba y decía que él no comprendía verdaderamente al hijo, así como no la comprendía a ella. Los progenitores se encontraban en una situación conflictiva y, en ese momento, el terapeuta podía ocuparse del matrimonio, y el niño liberarse de sus síntomas. Esencialmente, en ese sistema el terapeuta reemplazaba al niño. Entonces el problema pasaba a ser el siguiente: ¿de qué modo podía el terapeuta dejar a los padres, sin devolver al niño a ese lugar? Esta manera de proceder estuvo a tal punto difundida que muchos terapeutas simplemente pensaban que si había un problema en el nivel del niño, necesariamente tenía que haber un conflicto conyugal. Incluso algunos terapeutas les decían de entrada a los padres: *«Ustedes deben de tener un conflicto conyugal; si no, el niño no presentaría problemas»*. Como si tal planteamiento pudiera ayudarlos. El terapeuta no está obligado a encarar el problema de esta forma. Se puede adoptar otro enfoque. Una de las maneras interesantes de hacerlo es aquella con la que ha experimentado Cloe Madanes (Madhanes, 1982). En lugar de pedirle al progenitor más periférico que se haga cargo del niño, ella asigna esa responsabilidad al más cercano, al que ya la tenía desde antes. Se descubrió que así no hay tal conflicto conyugal. Los problemas del niño se curan sin que se originen conflictos conyugales. Se ignora si esto vale solamente para los casos que se han examinado bajo esta perspectiva, o si la idea de que el problema de un niño es producto de un conflicto conyugal nació a causa de la manera de en que el terapeuta se introduce en la familia. Es posible que los mismos terapeutas generen los datos a partir de los cuales a continuación construyen una teoría. Para dar un ejemplo: se presenta una familia en la que el hijo se negaba a ir a la escuela. Se decía que estaba deprimido. El terapeuta empezó a organizar la

familia como para que el muchacho fuera a la escuela al día siguiente. Durante varias semanas se había quedado en su casa. El terapeuta preguntó cuál de los progenitores lo comprendía mejor, lo cual significaba preguntar cuál tenía un síntoma similar. La madre dijo que ella, porque había padecido una prolongada depresión de la que pudo salir sola. El terapeuta encargó a la madre que sacara al niño de ese estado de ánimo, puesto que ella era experta en la materia. Tenía que conseguir que el hijo fuera a la escuela a la mañana siguiente, y el padre simplemente tenía que apoyarla y aconsejarla. Ese fue el plan terapéutico. La madre tuvo que luchar para que el niño volviera a la escuela al día siguiente. Volvió efectivamente, y venció la «depresión». Ya reincorporado a sus estudios, resultó normal, y no hubo más terapia, porque no hubo conflicto conyugal. En la mayoría de los casos de este tipo, si el progenitor periférico hubiera tenido que encargarse de hacer volver al niño a la escuela, la madre se habría atormentado porque el padre lo forzaba, y de ello habría resultado un período de terapia para el conflicto conyugal. En este momento la terapia familiar ya tiene una antigüedad suficiente como para darse cuenta de que ciertos datos de la familia pueden ser producidos por el terapeuta mismo en su calidad de participante.

En la década de 1950 se atendían familias esquizofrénicas, y se escribía al respecto. Se las consideraba familias caracterizadas por una comunicación muy vaga y amorfa. Eran extrañas y ambiguas en la manera de hablar de sus problemas. Así se describía a esas familias. Ahora ya no se tienen familias que presenten ese comportamiento aunque sean esquizofrénicas. En aquella época, el terapeuta al atender a esas familias, era él mismo vago.

amorfo y ambiguo. Si la familia preguntaba «¿Por qué estamos aquí?», el terapeuta decía: «Me pregunto por qué piensan ustedes que están», o daba una respuesta igualmente ambigua. Si la familia decía «¿Estamos aquí porque usted piensa que hemos vuelto loco a nuestro hijo?», el terapeuta replicaba: «Me pregunto por qué me preguntan eso». Las familias no sabían qué hacer con esa situación, y empezaban a actuar de manera cada vez más extraña, y cada vez parecían más vagas y confusas. Se culpaba a la familia, sin observar que era el terapeuta quien había inducido ese comportamiento. En la actualidad se atiende una familia de este tipo, se le dice exactamente lo que se quiere producir. Se le explica cómo se quería que concluyera la entrevista, se expone el plan de la terapia, se dice con qué frecuencia el terapeuta desea verlos, lo que se desea llevar a cabo, etcétera. La familia comprende todo muy claramente, y esta en condiciones de manifestar su acuerdo, o negarlo. No hay ninguna confusión acerca de las intenciones del terapeuta. Como no hay confusión en la presentación de las cosas, la familia no da una respuesta confusa y ambigua. Es seguro que las familias no han cambiado en el transcurso de tan pocos años. Se trata por lo tanto de una modificación en la manera de tratarlas. Los terapeutas han de preguntarse si no causan en las familia el tipo de comportamiento que se esfuerzan por curar.

### **3.11 Teoría de la represión versus teoría de la protección**

Además de la unidad, existen una, dos o tres variables sobre las que conviene reflexionar. Si no se va a utilizar una teoría de la represión para explicar el comportamiento de la gente, una teoría mejor es la teoría de la protección. El problema consiste en que las personas se protegen entre sí, y hacen sacrificios, una en beneficio de otra, hasta el punto de



presentar síntomas con fines de ayuda (Haley, 1976). Conseguir que la gente deje de protegerse mutuamente constituye una parte de la terapia. Al terapeuta puede resultarle complicado ver ese problema, porque él mismo es alguien que se ocupa de ayudar y proteger. Es difícil considerar la ayuda como causa de patología. Por ejemplo, si una mujer atacaba a su marido, se explicaba su comportamiento en función de una hostilidad a los hombres, o de algo que en el interior de ella estaba contra el marido, etcétera. Es preferible suponer que cuando lo ataca, ella está protegiendo al marido, y prestar atención a lo que hace el hombre cuando no es atacado por la esposa. Un marido puede hundirse en la depresión y, si su mujer lo ataca, sabe qué es lo que no anda bien. Es la mujer. Esto le permite sentirse mejor, y salir de su estado, con lo cual la familia recupera su estabilidad. Esta explicación sirve para la mayoría de las situaciones. Lo que es más importante, se trata de la mejor explicación, porque le da al terapeuta una visión positiva de la gente. Ayuda al terapeuta a comprender que no está atendiendo a personas sencillamente abominables, sino a seres humanos que hacen algo positivo entre ellos. Cuando un niño presenta síntomas, hay que comprender que está realizando sacrificios en beneficio de sus padres. Es su manera de estabilizar a la familia. Si se piensa de esta manera el terapeuta estará menos en contra de los niños.

Otra hipótesis consiste en considerar que la gente actúa siguiendo ciclos, y que son esos ciclos lo que hay que cambiar, y no las personas. Este es el postulado de la teoría de los sistemas.

### 3.12 La jerarquía

Otra variable que es muy importante considerar por la terapia breve directiva es la preocupación por la jerarquía. Se asigna mucha importancia a la jerarquía. Parece que no existe síntoma psicológico sin una jerarquía confusa: una jerarquía invertida, u otro problema del mismo tipo. Hallando la solución a problemas de jerarquía es posible resolver numerosos síntomas. Se trata de una idea simple, que sin embargo exige habilidad en el terapeuta. En cuanto el terapeuta entra en la habitación donde está la familia, el que se mire o hable a alguien, el que alguien lo interrumpa, representa cuestiones de jerarquía. Si se trata de una familia con los abuelos, los padres y los hijos, ¿a quién habría de dirigirse en primer lugar? Estas cuestiones tienen que ser tratadas con cuidado. Una de las cosas que enseña la terapia breve directiva es que la terapia es un arte, en el sentido de que atender la consulta requiere talento. Eso es la terapia. Tal vez implica teorías eruditas, pero en realidad lo importante es saber cómo se ocupa uno de las personas que están allí, en la habitación: cómo se les habla, cómo se obtienen informaciones, cómo se consigue que hagan lo que el terapeuta les propone. Quien sea capaz de dirigir bien una sesión, y obtenga que alguien hable, que otro se calme, y organice a los participantes de modo tal que puedan tratarse entre sí, podrá lograr «la curación» en una cantidad sorprendente de casos. Le resultará posible tener una concepción acerca de la jerarquía, corregir progresivamente la jerarquía existente, y de ese modo curar un número más elevado de familias. También necesitará talento al impartir directivas, pues la sesión sola no basta para resolver los problemas. En las familias hay síntomas y dificultades que reclaman directivas particulares. Sea cual fuere el procedimiento utilizado, para que llegue a buen puerto hay que aplicarlo con habilidad

suficiente. Ello supone reflexión, planificación, talento para conducir una sesión, e intervenciones valiosas. El campo de la familia es interesante porque en él siempre se desarrollan innovaciones.

### **3.13 Pensamiento triangular *versus* pensamiento circular**

Si el terapeuta piensa de manera triangular, puede abordar a la familia a partir de los padres, a partir de los hijos, a través del padre más comprometido o del más periférico: en resumen, existe una inmensa variedad de maneras de tratar con las familias. En estos días, hay quienes empiezan a pensar en una unidad de cinco personas, en lugar de tres. Las unidades más productivas son las de número impar. Si se razona en términos de cuatro personas, de ello resultan dos diadas. Pero cinco es un buen número. Para un supervisor que observa desde atrás del espejo a un terapeuta con una familia de tres personas, la unidad en realidad está compuesta por cinco personas. El supervisor se encuentra en medio de esa familia, lo mismo que el terapeuta y los propios miembros. Si se quiere explicar por qué una persona de la familia actúa como lo hace, corresponde tomar en cuenta no sólo a la familia, sino también al terapeuta y al supervisor como partes integrantes de ese mismo contexto. El hecho de pensar en términos de cinco personas abre muchas otras posibilidades.

### **3.14 Dirección de la terapia breve directiva**

El terapeuta debe dirigir su atención a un problema: la teoría más coherente de la terapia familiar es la teoría de la estabilidad, y no una teoría del cambio. La teoría de la homeostasis se centra en «cómo no cambiar», en cómo existe un sistema para no tener que

cambiar. Para un terapeuta es muy difícil utilizar esta teoría. Se trata de una hermosa teoría desde el punto de vista de la investigación, pero no lo es en absoluto desde el punto de vista terapéutico. No se aplica adecuadamente a una sociedad. Esa teoría significa que, si una persona piensa correctamente de manera circular, lo que hace sobreviene en respuesta a lo que hace el otro, lo que quiere decir que no hay responsabilidad individual. ¿Cómo podría el terapeuta proyectar y realizar una intervención, si comparte una teoría según la cual se están limitando a reaccionar los otros? Es imposible sustentar esa teoría y ser un terapeuta que imparte directivas. Sin embargo, al observar familias, se ve que los miembros no hacen más que responder unos a otros. En consecuencia, el problema del libre albedrío se plantea de una manera nueva. Freud declaró que las grandes heridas sufridas por el género humano son la consecuencia de haberse descubierto que el hombre no está en el centro del universo y que desciende de los animales. También sugirió que el ser humano es conducido por su inconsciente, de modo que no controla ni siquiera su propio espíritu. La observación de la familia ha disminuido al ser humano un poco más. Supóngase que Freud viera una persona que toca una vez el picaporte antes de tomarlo para abrir la puerta. Sostendría que es su inconsciente lo que lo empuja a actuar así. La teoría de la familia diría que la persona es impulsada por otras personas, que de esa manera responde a otros miembros de su sistema. Son los otros responsables. ¿Es esta teoría compatible con la existencia de una sociedad? ¿En que se convertiría, por ejemplo, el mecanismo de la justicia, si no existiera la responsabilidad individual? ¿Se pondría a alguien en prisión si no se le reconociera como un ser responsable que ha cometido un delito y debe ser segregado? No se puede decir que lo que ha hecho es la consecuencia de lo que ha hecho algún otro, y que, en consecuencia, no

es responsable. Se tiene que tratar este problema por medio de un pensamiento doble. Se debe pensar de manera circular en la teoría homeostática, pero simultáneamente en términos de responsabilidad y de decisión individuales. Felizmente, Haley siempre ha conseguido ser ilógico en su manera de pensar, y está en condiciones de serlo cuando resulta necesario (y la terapia así lo exige).

### **3.15 Pensamiento doble**

Si se espera convertirse en un terapeuta que establece un plan, tiene que considerarse como una persona que interviene. Al mismo tiempo, debe ser capaz de pensar en la familia que aborda como en un conjunto de tres personas, o de cinco y verse a sí mismo como formando parte de ese conjunto. Hay que aceptar un pensamiento doble. Una de las razones que explica el fracaso de la terapia individual durante tantos años, reside en que es evidentemente muy difícil cambiar un grupo hablándole a una sola persona. Ello exige mucha habilidad. Es un problema conceptual.

### **3.16 Pensamiento en función de la organización**

Los terapeutas conductistas tienden a pensar en unidades de dos. Por ejemplo, si un niño tiene un problema, un terapeuta conductista le enseñará a la madre cómo debe ocuparse de la criatura. Pero no advierte que, al hacerlo, está reemplazando al padre en esa situación. El niño puede quedar muy perturbado si el padre está molesto porque otro hombre ayuda a la esposa a ocuparse del hijo. Esos terapeutas no piensan en las consecuencias de sus propias intervenciones, porque no piensan en términos de organización. Piensan en diadas. Cuando

trabajan en díadas, son muy poderosos y logran éxito en numerosos problemas. Hoy en día, al terapeuta breve directivo de orientación estratégica le preocupan la organización y las técnicas específicas, porque la técnica tiene que aplicarse en el contexto de un problema de organización. No se piensa bajo este enfoque enseñarle a los padres a ser padres. Ellos saben cómo hacerlo.

Lo que el terapeuta puede hacer como experiencia y como argumento contra los terapeutas del comportamiento, que tienen la tendencia a ser muy didácticos con los padres: lograr cambiar al niño tratando con la familia o sólo con el acompañante, y hacerlo sin hablarles nunca de educación a los padres. Esto tiene como consecuencia que se les tenga más confianza a los padres como tales, y el niño se las arreglará si nunca se discute acerca de la educación. Si se consigue esto, significará que los padres saben como desempeñar su rol. Lo saben a través de la cultura, las lecturas, los amigos etcétera. Su problema de organización les impide aplicar lo que saben. La lógica de la teoría de las familias hace que sea la organización y no una laguna, lo que impide que los padres resulten eficaces.

Si se presentan personas que desean un cambio, se tiene la tendencia a hacer lo que piden, a menos que se descubra que no conviene. En tal caso, para provocar un cambio, se utiliza una técnica paradójicamente restrictiva. La terapia breve directiva no se opone a tal situación. Hay que poder ser muy directivo, y decirle a la gente lo que tiene que hacer, y al mismo tiempo parecer inerte y comentar *«No sé en absoluto lo que tendrían que hacer»*, con la finalidad de que se metan en el problema y hagan algunas cosas por propia iniciativa.

Hay que poseer una amplia gama de técnicas. Impedirle a toda una familia que cambie es una técnica interesante, que conviene en especial a los supervisores. Si tiene un estudiante que ayuda enormemente, se le enseña esta técnica para que la utilice de modo tal que todo lo que pueda hacer sea impedir que la gente cambie; entonces ya no es de ninguna utilidad, porque no puede aportar ninguna ayuda. La terapia breve directiva se esfuerza por ofrecer a los terapeutas una variedad de herramientas, de manera que lo que se elige para una familia determinada con frecuencia se relaciona con lo que el terapeuta necesita aprender, y con las necesidades eventuales de la familia.

# **CAPÍTULO 4**

## **PREMISAS NECESARIAS PARA LA TERAPIA BREVE DIRECTIVA**

### **4.1 Introducción**

Entre los enfoques terapéuticos convencionales existe la premisa de que lo que está creando el problema es alguna dinámica «interna» que el clínico no percibe fácilmente. Los problemas son, por lo tanto, «síntomas» de alguna enorme causa profunda y subyacente. De hecho, la propia palabra «síntoma» implica que aquello de lo que se quejan las personas al iniciar la terapia no es el verdadero problema, sino siempre la manifestación de algún problema más profundo. Esta teoría parece proceder directamente de la medicina, donde los procesos internos dan lugar a síntomas específicos. En medicina, tratar sólo el síntoma puede resultar inadecuado o incluso peligroso. Esta idea y esta precaución han sido traspasados a los modelos de psicopatología y a los enfoques de terapia.

También en medicina se considera que sería incorrecto tratar el «síntoma» sin comprender las causas internas. Muchas terapias intentan resolver los problemas ayudando a los consultantes a hacerse conscientes de su naturaleza y de su origen. Se argumenta que



para cambiar algo se debe ser consciente de la fuente o de la verdadera naturaleza del problema.

El que el psicoanálisis reste importancia a las soluciones es una consecuencia de la idea de que no sólo es imposible eliminar el problema real eliminando el síntoma, sino que también podría ser peligroso. Un alivio temporal podría ocultar el problema y reducir la motivación de los consultantes para tratar las causas más profundas.

La premisa de que los síntomas cumplen funciones está en la base de la mayoría de los enfoques terapéuticos. Se piensa que los síntomas tienen una función o propósito en la vida de las personas porque si no fuera así no persistirían. Por ejemplo, el terapeuta de orientación psicodinámica admite que el síntoma tiene una función intrapsíquica, mientras que el de orientación familiar presupone una función familiar. Lo que se desprende de ésta creencia es la premisa de que, si se elimina el síntoma sin tener en cuenta de alguna forma la función que cumple, se producirá inevitablemente una sustitución de síntomas. Según esta creencia, los síntomas pueden resurgir de diversas maneras: aparecerá algún otro síntoma para ocupar el lugar del anterior, o volverá el antiguo síntoma, o alguna otra persona del entorno familiar desarrollará el problema.

La mayoría de los terapeutas mantienen la creencia de que los consultantes, en realidad, no quieren cambiar o al menos son ambivalentes acerca de la posibilidad de cambio y que por lo tanto hay que darles cierto tiempo para evadir sus defensas. Es evidente que el

concepto de resistencia no puede probarse apoyados en algún tipo de evidencia; si el terapeuta insiste en encontrar resistencia, encontrará casi con seguridad algo que se le parezca.

Mientras que en la mayoría de las terapias dan gran importancia a la patología. En la terapia breve directiva se piensa que si los terapeutas realmente se esfuerzan en buscar patología seguramente la encontrarán. Es quizá por ello que las terapias convencionales establecen que las intervenciones breves son superficiales y que no duran; pero sólo es una afirmación que carece de base científica.

Desafortunadamente muchos terapeutas consideran que las ideas anteriormente descritas no son sólo presupuestos, sino «verdades». La terapia breve directiva las considera creencias con poca evidencia empírica que las apoye. Con tal base, se proponen a continuación algunas premisas (empíricas también) que ayudarán al terapeuta a generar un cambio en los consultantes respecto a su problema, enfatizando que se trata sólo de presupuestos que sólo la práctica clínica de cada terapeuta se encargará de corroborarla y adecuarla a cada persona y su circunstancia.

#### **4.2 Las premisas generales de la terapia breve**

Una premisa básica en la terapia breve es aceptar lo que los consultantes ofrezcan y considerar cómo puede utilizarse (Fisch, Weakland y Segal; 1982). Si las personas que solicitan servicio del CAPSIC se presentan con el niño hay que trabajar con quien se

presente a terapia, ya sea sólo la madre, la abuela o toda la familia. No hay que cuestionar quien acude a terapia, el o los acompañantes pueden proporcionar información valiosa sobre cómo se ha constituido el problema y cómo puede ayudar el terapeuta a resolverlo.

La terapia breve se interesa en lo que no le da resultado a la persona con su problema y en convencerla de que intente algo diferente; trata de descubrir lo que sí da resultado, y la alientan a recurrir a ello; o se imparte una directiva que se enfoque al núcleo del problema.

Los prejuicios que se derivan de las expectativas del terapeuta, tanto si son positivas como si son negativas, influirán sobre el curso y el resultado de la terapia. Por lo tanto, en la terapia breve las expectativas han de ser optimistas centrándose en los recursos y posibilidades del solicitante. Si los consultantes tienen recursos para resolver sus quejas, la tarea del terapeuta será acceder tales capacidades y lograr que sean utilizadas.

El terapeuta que piensa que el cambio siempre es posible actúa como si el cambio fuera inevitable. Puesto que la tarea principal de la terapia breve directiva se centra en el cambio, después de planteado el problema y diseñadas e impartidas las directivas, la conversación se centrará en cómo las cosas han cambiado.

Dentro del discurso del consultante sobre el problema la tarea principal del terapeuta es promover el cambio. Es importante que el terapeuta, después de una reflexión profunda

de los datos obtenidos, se centre en el diseño de una directiva que ha de estar dirigida a cambiar lo que esté dentro del contexto inmediato del problema.

La terapia breve directiva propone aceptar la creencia de que en los individuos, relaciones, familias, los síntomas cumplen determinadas funciones sociales. No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla porque antes de empezar el tratamiento, la mayoría de los clientes han especulado muchas veces acerca de las causas y razones de sus dificultades. Pero si es necesario establecer de la manera más clara posible cuál es el contexto en el que se desarrolla la dificultad que lleva al solicitante a terapia.

Solo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema. Erickson (Haley, 1973) planteaba que para producir un cambio a gran escala sólo se necesitaba un cambio por pequeño que fuera. Usaba la metáfora de la bola de nieve que conforme baja en una pendiente se va haciendo cada vez más grande.

En terapia breve directiva se le pide a la gente que solicita terapia que establezcan sus propios objetivos de tratamiento. Sólo en ciertas circunstancias se sugieren alternativas a los objetivos de los clientes. Es importante que los objetivos se den con base en conductas que se puedan describir de forma clara y concreta para que cuando se presente el cambio se sepa que se ha llegado al objetivo.

Para la terapia breve, la interacción del consultante con el terapeuta y con el contexto terapéutico durante la primera sesión le proporcionará una visión nueva, más productiva y más optimista de la situación. Por tanto, el cambio o la resolución de los problemas pueden ser rápidos.

En la terapia breve la evaluación se orienta hacia el presente y el futuro. Es decir, qué es lo que al cliente no le gusta en el presente, y qué es lo que quiere cambiar en el futuro. Por tanto no se buscan causas o antecedentes en el pasado, si bien se reconoce que para algunas personas, puede ser de gran ayuda la comprensión de hechos pasados como marco para revisar los constructos personales.

No existe la forma «correcta» de ver las cosas; los puntos de vista diferentes pueden ser igualmente válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. Cuando hay un problema debido a un conflicto entre dos personas, cada una de ellas plantea una visión parcial de la situación debido a que sólo describen *su* situación. Por tanto, no hay una forma que sea *absolutamente* correcta, el terapeuta ha de hacer notar que hay siempre apreciaciones diferentes sobre una misma situación (Watzlawick, Beavin y Jackson; 1967).

El terapeuta ha de centrarse en los aspectos cambiantes e inducir un cambio en la experiencia de los consultantes con base en el énfasis de lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable. Cuando se negocia el problema, una de las metas importantes es definir las dificultades, en el discurso que se despliega entre el

terapeuta y el solicitante, de forma tal que optimice la posibilidad de actuar sobre ellas. Jay Haley (1976) ejemplifica perfectamente lo anterior cuando dice que:

*«Catalogar a un niño como “delincuente” o decir que sufre una “disfunción cerebral mínima” ... es participar en la creación de un problema de tal forma que el cambio se hace más difícil. Un terapeuta que describe una situación familiar en términos de «una madre dominante y un padre pasivo» o «una relación simbiótica entre madre e hija» ha creado problemas con ello, aunque pueda pensar que solamente está identificando los problemas que se le presentan. La manera en que se etiqueta un dilema humano puede cristalizar un problema y hacerlo crónico».*

#### **4.3 Las características actitudes del terapeuta**

El terapeuta que trata de solucionar los problemas de los clientes de una manera rápida y eficaz ha de presentar ciertas características distintivas que le permitan actuar de tal modo que se enfoque al problema principal del cliente y con esa base inducir a las personas al cambio.

*Flexibilidad.* Es importante subrayar la necesidad de que el terapeuta sea flexible, y de la importancia de la flexibilidad para formular hipótesis y actuar terapéuticamente. Para la terapia breve no se aprecia ninguna ventaja en obsecarse con las propias hipótesis. Considérese que, a pesar de casi un siglo de indagación experimental en esta materia, todavía hay muy poco acuerdo acerca de las causas de la conducta y la experiencia humanas.

Muchos sostienen que conocen el sentido y la razón de la conducta de los hombres. Pero sus adversarios ideológicos defienden explicaciones y conceptualizaciones opuestas, y lo hacen de un modo igualmente persuasivo y vociferante. En vista del estado actual de los conocimientos sobre el comportamiento humano, parece que no existe ninguna certidumbre en este reino de la etiología.

La posición adecuada del terapeuta, por lo tanto, debe hacer lugar a las explicaciones, significados y motivaciones alternativos para la conducta y la experiencia humanas. Se ha sugerido que, si se tiene en cuenta el estado actual de la comprensión en este campo, para evaluar las hipótesis es posible que, en un escenario clínico, el criterio de «más útil / menos útil» resulte preferible al criterio de «verdadero / falso» (Bandler y Grinder, 1975).

En el trabajo clínico de la terapia breve se ha descubierto la importancia de la flexibilidad en la conducta del terapeuta. Se piensa que si éste cambia su conducta y comunicación, ello tiene un efecto acentuado en las experiencias de sus sujetos. También se ha encontrado que, a veces, cambios ligeros en las palabras, la conducta y las comunicaciones del terapeuta pueden producir alteraciones espectaculares en la experiencia de los sujetos en terapia. Si lo que se está haciendo no suscita la respuesta deseada, hay que hacer otra cosa. No es condición necesaria estar atado por ninguna teoría al realizar tales cambios; sólo guían un sentido de la curiosidad y la flexibilidad, combinado con un agudo sentido de la observación.

*Observación.* En la terapia breve se subraya la importancia de la observación. Siguiendo el mismo lineamiento del énfasis en la formulación flexible de las hipótesis, también hay que hacer hincapié en que el terapeuta no conoce con seguridad el significado de lo que observa. Es importante el empleo por el profesional de todas las modalidades sensoriales, en especial las de mirar atentamente y escuchar, para descubrir las claves de la terapia eficaz y del modo en que la terapia actúa. El lenguaje del paciente, los cambios en la dinámica vocal, las alteraciones en el tono muscular y los gestos, son algunos de los elementos que son de fundamental importancia. El mensaje es claro: observar y no ir más allá de los hechos.

Para que el terapeuta tenga una orientación flexible y sensible, es estrictamente necesario que sea capaz de percibir cuando se produce la respuesta deseada.

#### **4.4 Las premisas básicas para el manejo del terapeuta de la sesión**

En la mayoría de los casos, los solicitantes de servicio terapéutico o los «pacientes identificados», debido a su temor de empeorar la situación o por la angustia inherente al problema, obstaculizan el esfuerzo terapéutico. Por lo tanto es muy diferente saber que se debe hacer durante la sesión y otra poder hacerlo.

El manejo del terapeuta de la sesión es llevar a cabo acciones con un propósito a pesar de la presencia de ciertos inconvenientes. Debido a que el solicitante acude a consulta



buscando apoyo terapéutico, no está por demás recalcar que busca a un «experto» (Sullivan, 1945). Por tanto sería incongruente que quien controle las acciones del tratamiento sea el consultante y no el terapeuta.

El terapeuta necesita tener en sus manos la capacidad de manejar las alternativas que considere necesarias para conducir al cambio. Esto es una responsabilidad intrínseca del terapeuta, si renuncia a ella será en perjuicio del tratamiento y por ende del paciente.

Es frecuente que los solicitantes traten de establecer condiciones terapéuticas: restringen la libertad de maniobra del terapeuta, marcan el ritmo del tratamiento, deciden quien ha de acudir a la terapia o tratan de establecer «pactos» con el terapeuta respecto a otros miembros de la familia. Para tener el manejo de la sesión, el terapeuta deberá:

- *Ser oportuno*: El terapeuta ha de ajustar la oportunidad y el ritmo de sus comentarios a las respuestas que manifieste el paciente. Hay que ir dando, a lo largo del tratamiento, pequeños pasos al tiempo que se evalúa el modo como el paciente admite cada paso.

- *Darse tiempo*: El terapeuta debe tomarse el tiempo necesario para pensar y planificar. A largo plazo esto servirá para reducir el tiempo dedicado al tiempo global del tratamiento. Del mismo modo que se estimula al paciente para que se tome el tiempo

necesario para solucionar sus problemas, el terapeuta debe utilizar precavidamente el tiempo en su favor cuando se dispone a efectuar las tareas propias del tratamiento.

- *Comprometerse de manera adecuada*: No se pretende afirmar que el terapeuta jamás deba asumir una postura definida y concreta. Constantemente es importante que la asuma. Lo que se pone de relieve es que el terapeuta debe cuidarse de no asumir una postura explícita antes de que haya tenido la información y el tiempo suficientes para decidir qué postura quiere asumir y cuándo.

- *Hacer que el cliente sea explícito*: La información vaga puede plantear problemas en cualquier fase del tratamiento. Hay que ayudar al cliente a asumir posturas comprometidas y bien definidas. La capacidad de manejo de la sesión del terapeuta depende de la falta de capacidad de maniobra del cliente.

- *Ser empático*: Los logros del tratamiento dependen de que el cliente comunique información vital y de que realice las tareas encomendadas. Esto dependerá en gran medida de que el terapeuta enfoque el tratamiento desde la postura del paciente, lo que le permitirá transitar entre una postura afable y una de «experto» cuando sea necesario.

- *Decidir quién acude a la sesión*: Coherentemente con este enfoque interaccional se parte de la idea de que toda alteración en la conducta de uno de los miembros de la unidad de interacción (en este caso puede ser el paciente y el acompañante o la familia)

influirá en la conducta de los demás miembros de la unidad. Por tanto el terapeuta tiene la libertad de entrevistar a quienes considere adecuado con vista a producir el cambio.

- *Identificar y ampliar el cambio*: Haley dice que: «Si el cambio se da en un área crucial, lo que parece pequeño puede cambiar todo el sistema» (1973, pp. 34-35).

#### **4.5 Las posiciones del terapeuta**

Para entrar en coparticipación con los consultantes el terapeuta ha de valerse de ciertas técnicas que le permitan «entrar» en la dinámica del problema dentro del entorno social y/o familiar en que se gesta una situación que los solicitantes viven como problemática (Minuchin y Fishman, 1981)

En la *posición de cercanía* el terapeuta brinda apoyo y convalidación; envía a los consultantes la inteligencia que su sufrimiento ha alcanzado y se deja inducir a la concepción de la realidad que es propia de esta familia. Establece alianzas y de manera consistente confirma las emociones de los consultantes y sus secuencias ideacionales, siempre porfiando por descubrir la connotación positiva en las acciones de la familia. Reservándose de este modo el poder de confirmar a los otros, el terapeuta gana ascendiente frente a la familia.

Un paso más allá se sitúa la *posición intermedia*, en que el terapeuta hace coparticipación como alguien que escucha de manera activa, pero neutral. Minuchin y Fishman han llamado «rastreo» a esta modalidad, que consiste en prestar una atención

sostenida a fin de que las personas puedan narrar los detalles de su historia. Desde esta posición, el terapeuta no sólo asiste a la familia para que elabore las diversas consecuencias de sus rutinas de vida, sino que inicia intervenciones, por lo común sobre aspectos que caracterizan el proceso de la conducta de la familia, y no sobre el contenido de las historias familiares. «*Rastrear no supone sólo ir detrás, sino orientar con tacto el ensayo de conductas nuevas. Supone desplazar los niveles de rastreo del contenido al proceso*» (1981, pp. 51-52).

La *posición distante* encuentra también al terapeuta en una postura de neutralidad emocional, pero se muestra muy directivo en sus intervenciones. El terapeuta pasa de simple observador de las pautas familiares a presionar activamente para modificar las rutinas. El terapeuta crea contextos nuevos de conducta induciendo a las personas hacia escenarios diferentes para su interacción. Si en la posición de cercanía el terapeuta se parece mucho a un amigo, en esta posición en cambio entra en coparticipación como director, como experto en cambios.

La coparticipación es un acto de afiliación que desemboca en el diagnóstico y en el cambio, y después en un diagnóstico revisado. Aunque cobra prominencia en los momentos iniciales del contacto con la familia, interviene en todos los estadios del tratamiento.

#### **4.6 Las premisas para proceder con los clientes difíciles**

Cuando son remitidas a consulta personas por indicaciones del sistema escolar (condicionando la permanencia del niño en la escuela si no se comprueba su asistencia al servicio), es común que se nieguen a participar; no por falta de voluntad sino porque, las más de las veces, no están de acuerdo con lo que se les ha dicho en la escuela o en el peor de los casos porque no saben a qué se refiere tal situación. Es común que los padres admitan «el diagnóstico» de quien refiere sin cuestionarlo, por lo que no tienen elementos para tratar de enfrentar su situación problemática.

Esta clase de consultantes no se hallan motivados para la terapia, y si no se reconoce tal situación puede desperdiciarse mucho esfuerzo en un tratamiento que no ha empezado realmente. Para estos casos, es necesario negociar un nuevo contrato. Hay que darle a los solicitantes la posibilidad de tratar un problema que ellos identifiquen plenamente o quieran tratar.

Otra forma de tratar tales situaciones es haciendo saber al consultante que se sabe que no está en consulta por su voluntad pero que podrían trabajar juntos para averiguar qué fue lo que llevó a pensar a quien remitió a que había un problema y con esto a tratar de que se interese en el tratamiento (aún cuando el objetivo no sea el mismo).

Otros consultantes que ofrecen dificultad para el tratamiento son los que tratan de decidir el curso, el tiempo, el tipo o el ritmo del tratamiento. En estos casos el terapeuta no

deberá caer en coaliciones secretas, secretos personales o peticiones de «guardar un secreto». El terapeuta debe tener el control del tratamiento y para ello no debe prestarse a manipulaciones del solicitante (aún cuando que para ello decida poner fin al tratamiento, si considera que el caso lo amerita).

El terapeuta ha de estar consciente de que hay personas que ya estando en la consulta se empeñan en obstruir el proceso de recolección de información. En las etapas iniciales de la terapia suelen ser los niños identificados como problemáticos, en otras etapas suele ser el progenitor que está más involucrado en el problema y que trata de evadir la responsabilidad que le corresponde en la situación.

#### **4.7 Premisas para negociar el problema**

Se empieza la primera sesión con la premisa de que es posible negociar una realidad terapéutica que haga desaparecer la idea de que hay un «problema». Es posible ayudar a las personas a ver su situación de una forma nueva para que con ello se proceda al inducir el cambio. Si durante la etapa inicial del tratamiento no se consigue eliminar el problema, la siguiente prioridad es hacer que el problema parezca más manejable lo que provocaría que el paciente acepte más posibilidades de realizar directivas.

El objetivo es hacer que desde la perspectiva del consultante, el problema disminuya en importancia. Para hacer esto es necesario que el terapeuta sea específico sobre el tipo de problema que se ha de tratar e investigar sobre las excepciones a tal problema.

Un objetivo igualmente importante es crear un contexto en el que los consultantes se sientan mejor preparados para resolver sus dificultades que cuando solicitaron ayuda terapéutica. O'Hanlon y Weiner-Davis (1989) apuntan acertadamente que cuando las personas tienen problemas frecuentemente olvidan que tienen recursos y capacidades. Por tanto, es responsabilidad del terapeuta crear un ambiente que facilite a que los solicitantes se den cuenta de sus recursos y potencialidades.

#### **4.8 Emplear un lenguaje para el cambio**

Es preciso también tratar de encauzar la conversación terapéutica hacia un lugar común entre terapeuta y cliente. El lenguaje ofrece la posibilidad de ciertos puntos de vista sean tomados como realidades absolutas antes que simples opiniones. Por ello se presta también para cuestionar «*certezas inútiles*» (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989) por lo que hay que tener sumo cuidado en el uso del lenguaje durante el proceso terapéutico. Es tarea básica del terapeuta inducir al consultante hacia expectativas de cambio basadas en proporcionar una visión diferente de lo que hasta el momento de la consulta ha considerado como problema.

Milton Erickson (Haley, 1973) empleaba las palabras de los clientes como una forma de unirse a ellos para establecer *rapport*. La gente usa ciertas palabras para describir su experiencia y estas tienen ciertas connotaciones para cada quien. En la medida de que el terapeuta adopta el uso de las palabras del cliente se logra crear un vínculo de comunicación

que ayuda a definir, primero, y solucionar el problema, después. La empatía y la cooperación se apoyan en esta premisa.

Para que el terapeuta se adapte al lenguaje del consultante es preciso que use sus palabras, metáforas o expresiones idiomáticas tratando de encauzarlas dentro del objetivo terapéutico establecido de antemano.

Bandler y Grinder (1979) sugieren que el terapeuta se ajuste a la modalidad de cada persona a fin de desarrollar empatía. Proponen una técnica en la que el terapeuta use los verbos y predicados de la gente para lograr *rapport*. Advierten además que hay personas que orientan su lenguaje en tres modalidades:

1. Personas que emplean palabras orientadas visualmente. (Ejemplos.- «*no veo claro*», «*veo lo que quieres decir*»).

2. Personas que emplean palabras orientadas auditivamente. (Ejemplo.- «*eso suena bien*»).

3. Personas que emplean palabras referidas a sensaciones. (Ejemplo.- «*siento las cosas muy complicadas*»).



Por tanto es conveniente que el terapeuta se oriente en cada una de tales modalidades a fin de lograr *rappori* que permita un adecuado manejo de la sesión a través de un contrato terapéutico específico entre los participantes. Es preciso también que el terapeuta encause el lenguaje del cliente para llevarlo lejos de etiquetas fijas y negativas hacia acciones que se encuentran dentro del lenguaje cotidiano. También, hay que llevar al solicitante al uso de descripciones de acciones que se encuentren en el lenguaje cotidiano. El terapeuta también habrá de hacer un uso cuidadoso de los tiempos verbales en que el problema esté en el pasado y las posibilidades en el presente y el futuro

Una vez que se ha logrado la empatía con los consultantes adoptando su lenguaje, es posible encauzar la conversación hacia descripciones menos patológicas, más «normales» de la dificultad.

#### **4.9 Premisas para promover el cambio**

Según Cade y O'Hanlon (1995) en la terapia breve son tres cosas las que se intentan hacer: 1) cambiar la «forma de actuar» en la situación percibida como problemática, 2) cambiar «la forma de ver» la situación percibida como problemática, y 3) evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.

- *Cambiar la «forma de actuar» en la situación percibida como problemática.* Los terapeutas breves pretenden cambiar las acciones e interacciones que intervienen en la

situación, dando a los consultantes libertad para usar otras acciones, atípicas que tengan más probabilidades de resolver el problema que la repetición de pautas sin éxito. Un cambio en lo que hacen puede producir también un cambio en su marco de referencia (Watzlawick, Weakland y Fisch; 1974). Además, los cambios en la «forma de actuar» en la situación pueden generar recursos y capacidades nuevas u olvidadas.

- *Cambiar «la forma de ver» la situación percibida como problemática.* Cambiar los marcos de referencia de los consultantes, tanto en la sesión como fuera de ella, puede llevar a cambios en las acciones y a la estimulación de potencialidades y recursos no utilizados.

- *Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.* Recordar a las personas sus recursos y fomentar estas fuerzas y capacidades puede llevar a cambios en sus acciones y en su punto de vista.

#### **4.10 Premisas para ampliar y mantener el cambio**

Se recomienda comenzar la segunda sesión y las siguientes comprobando los resultados de la directiva impartida. La pregunta inicial es una pregunta del tipo de: «¿qué ha sucedido que les gustaría que continuara sucediendo?» No se pregunta si se hizo la tarea o no. La pregunta inicial expresa preguntas que presuponen que se ha hecho la tarea y que están sucediendo cambios positivos; además se hace en forma específica y no difusa. Las preguntas más específicas llevan a las personas por caminos más productivos.

Una vez que los consultantes dan a la pregunta inicial alguna respuesta positiva, se procede a las preguntas sobre las excepciones lo cual amplía el cambio. Se procede entonces a hablar el mayor tiempo posible sobre los cambios y los aspectos positivos de esos cambios.

#### **4.11 Evaluación del terapeuta al final de cada sesión**

Se espera del terapeuta que se desempeñe con tranquilidad durante su entrevista lo cual se logra a través de la práctica constante en su trabajo clínico. Ha de sentirse cómodo con los consultantes y dirigirse con cordialidad y disposición tanto a los consultantes como a las personas involucradas que decida entrevistar. Debe ser capaz de entrevistarse con consultantes de diferentes clases sociales y con los más variados tipos de problemas.

Aún cuando lo deseable y más práctico para la terapia breve directiva es que un supervisor analice el desempeño de un terapeuta en formación, el propio terapeuta se puede calificar en su desempeño al final de cada sesión con base en los siguientes puntos (Haley, 1976, pp. 46-47):

1. ¿El terapeuta establece claramente el encuadre de la entrevista, de modo que la familia sepa quién es él, cuál es la situación y por qué somete a sus integrantes a diversas clases de preguntas?

2. ¿Ha organizado bien a la familia dentro del consultorio, de modo que pueda manejar la reunión (por ejemplo, habérselas con niños demasiado discolos o diálogos caóticos)?

3. ¿Es lo suficientemente «tolerante», desde el punto de vista moral, como para que la familia se sienta alentada a exponer sus problemas?

4. ¿Ha demostrado flexibilidad, cambiando de enfoques al advertir la ineficacia de un determinado método de recabar información?

5. ¿Es capaz de actuar según una gama de conductas que van desde la actitud reflexiva al enfrentamiento?

6. ¿Ha evitado insistir en algo que reviste interés personal para él pero nada tiene que ver con el problema familiar?

7. ¿Puede asumir la posición de un experto, pero también manifestar ignorancia cuando corresponda?

8. ¿Evita ofrecer soluciones antes de que se haya aclarado el problema?

9. ¿Parece saber cuándo debe fomentar la disensión entre los miembros de la familia y cuándo ha de apaciguarlo?

10. ¿Evita ponerse de parte de un miembro de la familia contra otro, o de una facción contra otra (por ejemplo, del niño contra sus padres)?

11. ¿Se abstiene de establecer una relación demasiado personal con la familia?

12. ¿Se abstiene de adoptar una actitud demasiado profesional y de mostrar desapego hacia la familia?

13. ¿Trata de que todos los miembros de la familia participen de la entrevista?

14. ¿Ha demostrado ser capaz de tolerar la exposición de datos desagradables, o la manifestación de sentimientos violentos por parte de los integrantes de la familia?

15. ¿Recoge información sobre otras personas importantes, ausentes en la entrevista?

16. ¿Averigua si otras instituciones sociales intervienen en la familia?

17. ¿Motiva el cambio entre los miembros de la familia? ¿Genera en ellos esperanzas y la voluntad de hacer un esfuerzo?

18. ¿Su enfoque ha sido más positivo que negativo, esto es, no ha regañado ni humillado a la familia?

19. ¿Le ha demostrado a la familia que tiene algo que ofrecerle, y que es capaz de producir un cambio?

# **CAPÍTULO 5**

## **MAPA DESCRIPTIVO DEL PROCESO TERAPÉUTICO**

### **5.1 Introducción**

Todo proceso terapéutico es justificado por las características particulares que definen el modelo y lo diferencian de los demás. A la terapia breve directiva hay factores que de igual forma le son característicos para que el proceso sea realmente a corto plazo: la definición del objetivo terapéutico y la planificación de las fases que conforman al tratamiento; buscando lograr un cambio para el solicitante en su problema que lo ha llevado a consulta.

El esquema que se expone en el presente capítulo es con un fin estrictamente descriptivo, no es una rigidización del modelo, ni es una imposición de la propia realidad. Es sabido que hay factores que no se pueden contener dentro de ningún marco descriptivo, por ejemplo: la creatividad del terapeuta, la cantidad de problemas tan diferentes que se presentan a consulta y los contextos en que se gestan tales problemas, la cantidad de respuestas posibles de los consultantes ante cualquier tratamiento, etcétera. Si el objetivo

primordial del tratamiento es provocar un cambio en los consultantes con el problema que les aqueja en un lapso corto de tiempo, es necesario establecer marcos de referencia en los que se pueda tratar de dar un manejo a tales variables, sin necesidad de controlarlas.

Para ello es imprescindible dejar lo menos posible al azar dentro del contexto clínico y es en esta parte donde un mapa descriptivo del proceso terapéutico sirve como un apoyo fundamental, porque el terapeuta ha de tener muy presente que ningún caso clínico es igual a otro: los consultantes poseen una cantidad tal de variables que los caracterizan que ninguna descripción sería capaz de abarcarlas todas. Por tanto, es condición necesaria tener una idea general sobre el proceso terapéutico, desde la planificación de cada sesión en particular, hasta la de todo el tratamiento en general.

## **5.2 Para establecer el marco terapéutico**

La terapia se inicia formalmente con el primer contacto entre los consultantes y terapeuta, y por ello, para que sea eficiente, es necesario planear todas las etapas del tratamiento. Una de esas etapas es previa a la primera sesión con los consultantes, con el entendido de que cualquier contacto con los consultantes puede afectar el tratamiento. Las transacciones que se presentan durante la preparación de la primera entrevista suelen considerarse como simples necesidades rutinarias. La terapia breve directiva no adopta esa postura: es necesario considerar la etapa previa para no dar margen a la falta de planeación.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**



Cuando se solicita la consulta en el CAPSIC, generalmente se presentan los consultantes a la recepción del centro. Se pone a consideración del personal disponible para que alguno se haga cargo del caso. En el momento en que se establece ese primer contacto se dan situaciones que se deben considerar:

- Se presenta el solicitante y quiere hacer una cita para tratar el problema del niño a condición de que asista alguna otra persona (usualmente el solicitante es la madre y pide la presencia del padre). Hay que considerar que la persona más decidida a buscar el cambio es quien se encuentra más perturbada por el problema. Por tanto, el solicitante es también quien mejor colabora en el tratamiento. Pero ello no incluye que la solicitud de tratamiento deba de ser definida por quien la pide. Esto no es un impedimento de que si, en cierto momento, el terapeuta cree necesario llamar a entrevista a la persona que señaló el solicitante lo haga.

- Se presenta el solicitante diciendo que dispone de información o diagnósticos de tratamientos anteriores y quiere que sean tomados en cuenta durante el tratamiento. En tal caso, es recomendable mantener tal información al margen al menos hasta cierta etapa del tratamiento donde el terapeuta disponga de su propia información y considere conveniente cotejarla.

- Se presenta el solicitante para concertar la fecha de la primera sesión y pide algún número telefónico donde pueda localizar al terapeuta «por si se ofrece» (el terapeuta suele proporcionarlo para prever eventuales cancelaciones) y antes de la entrevista llama diciendo

que tiene «algo importante» que decir antes de la primera sesión. En estos casos se aconseja indicar, con la mayor cortesía, que se deberá esperar a la sesión para tratar el problema. Si no se hace así se está aceptando implícitamente que la vía telefónica es un medio aceptable para «hacer terapia».

- Aún cuando no es común en el CAPSIC, casos hay en que se presenta el solicitante con peticiones de un tratamiento específico (psicoanálisis de niños, hipnosis, tratamientos para encontrar el «potencial interno del niño», etcétera.). En esos casos es conveniente hacer saber, de la manera más clara posible, el abordaje que se hace con los casos que se presentan y en qué consiste. En el caso de que se disponga de la información, remitirle con un especialista del área que le interesa.

- También es raro que se de en el CAPSIC, pero suele suceder que el solicitante pide información sobre el terapeuta: si es psicólogo, si es practicante, cuál es su especialidad, cuánto se cobra, etcétera. En estos casos es conveniente hablar clara y honestamente para aclarar las dudas del solicitante para evitar futuros malos entendidos.

Un aspecto básico del manejo del terapeuta es la posibilidad de tomarse el tiempo necesario; no es estrictamente necesario resolver todo de inmediato, el tiempo está de parte del terapeuta. Lo anterior parece contradecir la idea básica de la terapia breve, es decir, el corto plazo en el que se han de resolver los problemas llevados a consulta. En realidad, a lo que se refiere es que hay que tomar el tratamiento con calma para tratar de conseguir los

elementos suficientes que han de llevar a la consecución de los objetivos propuestos. Terapia breve no significa terapia apresurada o contra reloj.

### **5.3 Planificación de la sesión**

En la terapia breve directiva cada sesión debe ser planificada de tal forma que el mismo planteamiento terapéutico ayude al terapeuta en la consecución del objetivo terapéutico y para que este no se pierda de vista.

Durante la sesión, que es una fase muy activa, el terapeuta debe hacer una «apertura» que adecue a los participantes dentro del marco de tratamiento. Si es la primera entrevista se procede a establecer contacto con los asistentes, se define el problema, se investiga el problema y lo que lo rodea, se define (con el paciente y/o acompañante) el objetivo terapéutico del caso y se diseña y prescribe una intervención para promover el cambio. Si es la segunda entrevista o subsiguientes se hace una evaluación de las sesiones previas. En el caso de la sesión final, se deberá preparar la terminación del tratamiento (Haley, 1990).

Es recomendable que el terapeuta se permita un momento a la mitad de la sesión (de preferencia a solas y fuera del consultorio aunque lo óptimo sería contar con un equipo de apoyo terapéutico) para ordenar la información recibida, reflexionar sobre tal información, para definir la directiva y tomar la decisión de cómo concluir la sesión.

Al regresar al consultorio y para concluir la sesión, el terapeuta les hace saber a los asistentes la directiva y los detalles sobre ella. Además cierra la sesión con un comentario breve sobre la misma.

Ya a solas y para concluir es conveniente que el terapeuta realice una reflexión final sobre la sesión, las reacciones de los participantes y que programe la siguiente sesión.

#### **5.4 Planificación del tratamiento**

Todas las herramientas técnicas carecen de efectividad si no se planifica el tratamiento de manera adecuada. En la terapia breve directiva, como un enfoque dirigido a un objetivo terapéutico, la planificación requiere una precisión mayor; en especial a lo que se refiere a los objetivos, la directiva para el tratamiento y los pasos necesarios para ponerla en práctica. Es necesario insistir en que por más que se planifique no se podrán prever todos los aspectos posibles del tratamiento.

##### **5.4.1 La primera entrevista**

Para el terapeuta el objetivo principal a lo largo de la primera entrevista consiste en obtener información adecuada sobre el problema: su naturaleza, cómo se constituyó, cuándo no se presenta, cómo lo están enfrentando los consultantes, objetivos mínimos de los consultantes y la actitud y lenguaje de los consultantes.

Por información adecuada se considera aquella que es clara, explícita y que se manifiesta en términos de conducta. La información adecuada es un requisito imprescindible para llevar a cabo un tratamiento breve y efectivo, dado que sirve como base para planificar y diseñar las directivas.

Es importante también preguntar sobre lo que los consultantes han hecho por solucionar el problema, las excepciones que se han dado durante la presentación del problema y sobre las personas que están íntimamente relacionadas con él. Se debe tener presente para el manejo de la sesión que hay ciertas personas que se empeñan en impedir que se realice todo el proceso de recolección de información adecuadamente.

El terapeuta debe incluir a él, la o los acompañantes a la entrevista y decirles que es para que le proporcionen información sobre «*la situación que los ha traído aquí*» (no sobre el niño; ambas situaciones no son necesariamente iguales). Una vez que se haya presentado el terapeuta, es necesario que se dirija a cada participante preguntando su nombre. Hasta ese momento no se debe hablar de el motivo de consulta sino hasta una etapa posterior del tratamiento. Es preciso que todos los participantes en la entrevista se sientan cómodos (incluyendo al terapeuta).

Mientras los participantes toman su lugar, el terapeuta ha de observar como se ubican y quienes se ponen a la defensiva. Cuando el caso ha sido remitido por alguna institución (por ejemplo, la escuela) señalando al niño, es común que éste vaya al

tratamiento con reservas esperando que el terapeuta continúe en la misma línea. Sobra decir que el terapeuta ha de mostrar que tal no es el caso.

Al plantearse el problema es frecuente que los participantes no concuerden con la definición del mismo: cada quien lo identifica a su modo, manera y perspectiva; lo que impide que se pongan de acuerdo de inmediato sobre el conflicto a tratar. Es importante que el terapeuta tenga presente tal situación para que ello le permita conducir apropiadamente la sesión.

El estado de ánimo de los participantes es importante porque proporciona información al terapeuta acerca de la disposición para la terapia de los mismos (hay que tener presente que en muchos de los casos el problema ha sido identificado por alguien ajeno a la familia, como un maestro en la escuela, por ejemplo).

También hay bastante información para el terapeuta en la conducta del niño y de los acompañantes (si el niño se muestra callado, si no quiere hablar, si está muy inquieto, si es inexpresivo o muy sociable; si los acompañantes se muestran muy rígidos o flexibles con la disciplina hacia él). El terapeuta debe ponerse a tono con las conductas mostradas y mantener la información para usarla en el momento adecuado. El terapeuta debe tener cuidado de no hacer saber a los participantes el contenido de sus observaciones porque no debe olvidar que sus conclusiones son provisionales.

Para llevar a cabo un tratamiento corto y eficaz, el terapeuta debe saber cómo formular un problema y cómo resolverlo; para ello no se debe adoptar un enfoque rígido y estereotipado respecto a la terapia. Se necesita flexibilidad, espontaneidad y creatividad del terapeuta para aprender de su propia experiencia y repetir aquellos métodos que le hayan dado resultado. La probabilidad de éxito aumenta si se combinan los procedimientos ya conocidos con técnicas novedosas (Haley, 1976).

Para que una terapia termine adecuadamente, debe comenzar de la misma manera. El acto terapéutico empieza por la manera de examinar el problema. Un terapeuta se debe acercar a cada individuo pensando que esa persona y la situación social que presenta bien puede requerir un procedimiento único en su género. Las variables son muchas, pero la mayoría caen en las categorías de tiempo, lugar, número de personas involucradas e intervenciones especiales necesarias para iniciar el tratamiento.

Parte de la dificultad que plantea la iniciación adecuada de una terapia obedece a la confusión entre el diagnóstico realizado por razones institucionales y el realizado con fines terapéuticos. Ahora se sabe que el mejor diagnóstico para la terapia es aquel que permite a los participantes y su grupo social responder a los intentos de producir un cambio (Watzlawick, Weakland, y Fisch; 1974).

#### 5.4.2 La segunda entrevista y subsiguientes

Durante la segunda entrevista y las subsiguientes, la tarea principal del terapeuta consiste en ampliar y consolidar activamente los cambios de forma tal que la diferencia sea notable y perdure largo tiempo luego de completarse la terapia, para los consultantes en particular y para la familia en general. Habitualmente hay cuatro posiciones que asumen los participantes en la segunda sesión y que dependen de las ideas y las tareas terapéuticas recibidas en la primera entrevista: mejor, confusa, igual o peor (Selekman, 1993).

- **Mejor:** Cuando los consultantes acuden a la segunda sesión y a las subsiguientes informando que se han producido cambios importantes en el área del objetivo terapéutico o en otras áreas, es necesario dedicar la mayor parte de la sesión a amplificar las excepciones, evitar las soluciones fallidas y consolidar los cambios.

- **Confusa:** Cuando los consultantes se presentan a la segunda sesión informando que han tenido problemas en el área del objetivo u otras dificultades en el curso de la semana, se da comienzo a la entrevista preguntándoles cuántas veces *no* se presentaron esas dificultades y enfocarse a esas excepciones. También es importante determinar si no se produjeron más intentos de solucionar el problema mediante acciones que pertenezcan a la misma categoría de las realizadas con anterioridad.

- **Igual:** Cuando los consultantes no registran nuevos progresos en la segunda sesión y en las subsiguientes, hay que averiguar en primer lugar si por lo menos han tenido



un buen día en el curso de la semana (es decir cuando el conflicto no se presentó como tal) y hay que tratar de amplificar tal excepción.

- **Peor:** Cuando los consultantes regresan a la segunda sesión y a las subsiguientes informando que la situación problemática ha empeorado, hay que responder a esta realimentación significativa de ellos haciendo algo terapéuticamente distinto. Hay que analizar con los consultantes si se necesita establecer un nuevo objetivo de tratamiento o uno más pequeño, investigando quién más debería estar presente en las sesiones.

#### **5.4.3 Conclusión del tratamiento**

En la terapia breve, la conclusión del tratamiento no constituye un acontecimiento especial o fuera de lo común. El tratamiento es un medio para solucionar un problema específico, por lo que no hay necesidad de dedicar demasiado tiempo a resumir los logros del tratamiento. En consecuencia la conclusión se afronta con brevedad.

La mayoría de los casos que ocupan al presente trabajo son problemas que afectan a otra persona distinta de quien solicita el servicio en el CAPSIC. Por tanto, el objetivo del tratamiento es eliminar o reducir en grado suficiente tal problema de modo que el acompañante crea que ya no es necesario someter al niño al tratamiento al menos en lo que respecta al problema original, y la conclusión constituye el paso que lógicamente hay que dar una vez solucionado el problema.

El terapeuta ha de tener siempre presente cuál es el problema original y el objetivo del tratamiento; buscará cubrirlo y obtener del cliente alguna manifestación en el sentido de que su problema ha sido solucionado. Generalmente será el terapeuta quien sugerirá el momento adecuado para terminar el tratamiento, esperando que los consultantes estén de acuerdo. También los consultantes pueden iniciar el proceso de finalización por los más diversos motivos.

Lo más deseable sería que los consultantes indicaran que su problema ya se ha resuelto; en tal caso, es probable que el terapeuta esté de acuerdo en terminar. Sin embargo, puede suceder lo contrario, cuando el acompañante expresa una insatisfacción significativa ante el tratamiento y anuncia que va a interrumpir la terapia.

También pueden surgir circunstancias que impidan la continuación del tratamiento: por cambio de domicilio o cambio de horario en el empleo del solicitante.

Los tratamientos, con un límite temporal prefijado acaban automáticamente una vez realizado el número de sesiones convenido, si bien en este caso es el terapeuta quien suele recordar tal circunstancia al acompañante.

Aún cuando el tema de la terminación no es de gran importancia para la terapia breve (Fisch, Weakland y Segal, 1982), el terapeuta puede formular diversas posturas y

comentarios que son de utilidad. El planteamiento variará dependiendo de las condiciones de terminación de cada caso.

### **Conclusión del tratamiento cuando el problema ha sido resuelto**

Es obvio que es éste el caso preferible para concluir el tratamiento, pero también es cierto que no siempre es así. Cuando el acompañante se presenta en la sesión y dice que el problema en cuestión ha mejorado en una medida que le satisface, el terapeuta puede sugerir que se suspenda el tratamiento. Por supuesto tal sugerencia no se formula de un modo terminante debido a que el terapeuta quiere comprobar cuál es la situación del acompañante ante la idea de interrumpir el tratamiento. Algunas personas afirman que el tratamiento ha respondido como esperaban, pero que la idea de suspenderlo sin más les intranquiliza. Otros se muestran de acuerdo en la conclusión y casi no manifiestan alguna preocupación por eso.

Con dudas o no, es común que la mayoría de las personas se muestren inciertos acerca de la eficacia y mantenimiento de los logros del tratamiento una vez que ha terminado. Cuando el acompañante se preocupa por el mantenimiento de los resultados, se esfuerza demasiado porque las cosas estén bien por lo que es más probable que se dé un empeoramiento del problema.

El terapeuta debe dejar de lado los intentos de conseguir que el acompañante se tranquilice y por el contrario definir el empeoramiento como un acontecimiento esperado y por consiguiente normal, o incluso llegar a redefinirlo como algo positivo. Entonces, el

solicitante que acaba el tratamiento puede esperar con menos tensiones un hipotético empeoramiento y no aterrorizarse ante él.

En el tipo de redefinición que se utiliza el terapeuta comienza reconociendo que ha habido una mejoría entremezclando el comentario de que, por deseable que haya sido el cambio, ha ocurrido demasiado rápido y se procede a explicar que las mejoras que aparecen lentamente son las que tienen más posibilidades de transformarse en cambios más sólidos, lo que permitirá una adaptación gradual. Se procede a solicitarle a los consultantes que de momento no hagan más mejoras, aunque el tratamiento esté finalizado.

Con los acompañantes que se muestren aprensivos acerca de la terminación, el terapeuta puede agregar que hasta resultaría beneficioso que los consultantes encuentren algún modo de provocar un agravamiento del problema (Fisch, Weakland y Segal; 1982; Haley, 1973), al menos temporalmente.

Con lo anterior se logra que:

- Los consultantes reciban un mensaje implícito de que han obtenido avances importantes, tanto que no tienen que lograr otros al menos de inmediato.
- Si se presentara un empeoramiento del problema, como ha sido bajo pedido, los consultantes pensarán que es algo que está bajo su control.

- El empeoramiento en sí mismo ha sido definido como un acontecimiento positivo y no como un fracaso en el mantenimiento de las mejoras.

Todo ello es con el evidente fin de reducir al mínimo la reaparición del problema, ayudando a que los consultantes se sientan menos preocupados por la terminación del tratamiento.

Cuando el acompañante reporta que el problema ha sido resuelto a su entera satisfacción pero que le gustaría trabajar sobre otro se recomienda que se deje pasar un tiempo entre un tratamiento y otro. Ello con el fin de consolidar los cambios acerca del problema llevado primero a consulta y para que no se de a entender que el tratamiento es algo que deba tomarse muy «a la ligera».

Es necesario que el terapeuta tenga mucho cuidado de no permitir que los logros del tratamiento se atribuyan a él, debido a que esto provoca que los logros de los consultantes queden subestimados y por tanto es como si se aceptara que están poco capacitados para controlar los problemas imprevistos que se presenten en un futuro.

### **Conclusión del tratamiento sin que el problema haya sido resuelto**

En terapia breve directiva existen dos maneras en que el tratamiento termine sin que el problema haya sido resuelto:

*A) Cuando hay un número prefijado de sesiones y ha llegado a su término sin mejora alguna (en la terapia breve directiva se considera que de seis a diez sesiones son suficientes para abordar un problema y vislumbrar algún cambio, si no se presenta cambio alguno lo más probable es que no se consiga con un tratamiento más prolongado).*

En algunos casos, el hecho de fijar un límite de tiempo al tratamiento puede servir para estimular la solución del problema al ejercer una presión implícita en dos vías: sobre los consultantes para que colaboren con el terapeuta y sobre el terapeuta para no desviarse de el objetivo terapéutico. Sin embargo, el límite de tiempo plantea un problema: no permite al terapeuta rediseñar su estrategia si ésta no ha funcionado. En tal caso se recomienda averiguar por qué ha fracasado su estrategia; debido a que si el camino que se ha elegido en el tiempo predeterminado no ha funcionado, es poco probable que en caso de persistir por esa vía se logre algún cambio. Por otra parte, cuando se hace alguna intervención se espera que los consultantes lleven a cabo una acción y que el terapeuta la contraste en una sesión posterior. En una última sesión esto no es posible. Se recomienda realizar una pregunta de cierre del tipo de: *«En su opinión, ¿qué creen que se haya hecho, o que no se haya hecho, que no permitiera solucionar su problema?»*

*B) Cuando el acompañante es quien propone terminar el tratamiento porque su problema no se soluciona.*

En tal caso, y en vez de mantener discusión ociosa alguna sobre si se han logrado avances o no, o pensar si se trata de una resistencia al tratamiento; se recomienda al terapeuta aceptar el deseo del acompañante ofreciendo sólo una cordial despedida, así si se decide a regresar más tarde lo hará con más facilidad cuando sienta la necesidad de hacerlo.

Si al terminar el tratamiento sin que el problema haya sido resuelto el acompañante solicita una «última sugerencia» o «la recomendación de otro terapeuta»; se ha de declinar amablemente a tal invitación debido a que si no se ha sido de utilidad previamente es preferible que se busque otra opción ajena al terapeuta.

Con el acompañante que decide terminar con el tratamiento porque el problema no se ha resuelto debido a que no ha cooperado con el terapeuta es preciso hacerle saber que es necesario terminar, no porque no haya habido avances, sino porque se corre el riesgo de solucionar su problema si el tratamiento continúa. Esto aunque parece severo aumenta las posibilidades de que el acompañante se enfrente a su problema o de que se muestre más cooperador si inicia otro tratamiento.

También se presentan casos en los que los consultantes solicitan la terminación del tratamiento sin que el problema se haya solucionado, pero que se muestran satisfechos con ese resultado diciendo que hay cosas que se han dado y que quisieran afrontar por ellos mismos. En estos caso el terapeuta ha de aceptar tal solicitud debido a que si lo que ha

llevado a tratamiento a los consultantes es algún problema en particular y ya no desean continuar el tratamiento por ello, tal situación es un logro en sí mismo.

## **5.5 El proceso**

### **Definir con los participantes la modalidad terapéutica**

Se explica a los participantes en el tratamiento en que consiste éste, cuánto dura, el costo, cómo se entrevistará a los participantes (uno por uno, en conjunto, indistintamente, o todas las modalidades anteriores según el juicio del terapeuta). Se les comunica que habrá un descanso durante la sesión y que se dará un comentario final. Además se les solicita autorización por escrito para grabar la sesión si es el caso.

### **Establecer *rapport***

Es necesario invitar a los consultantes a hablar sobre ellos y que se de un espacio social y de apertura en la conversación, donde el objetivo sea que se sientan relajados y confortables *todos* los participantes. En el caso del niño identificado como «problema» es conveniente saber sobre el año que cursa, sus pasatiempos, sus talentos, sus deportes preferidos (algunos datos sirven además para la ficha clínica y otros para el diseño de la directiva). Los niños suelen confiar en quien conoce lo que les gusta (Por ejemplo, los programas de televisión de moda).

También se establece *rapport* valiéndose de grandes dosis de humor, incluyendo la conducta de los consultantes dentro de la normalidad y empleando en estas charlas las



palabras clave del cliente y su sistema de creencias e improvisando sobre los temas centrales de la familia.

Cuando se dan demasiadas discusiones y acusaciones dentro de la sesión, el terapeuta debe separar a los consultantes para conversar con cada uno de ellos en forma individual y mantener el clima de cooperación y afabilidad.

### **Evaluar a la clientela**

De Shazer (1988) distingue tres modelos diferentes en la relación terapeuta-consultantes: los visitantes, los demandantes y los clientes. Estas pautas no son fijas sino que cambian a medida que el terapeuta se hace más hábil y desarrolla una relación cooperativa de trabajo con la familia.

*A) Visitantes:* El niño «visitante» y quien le acompaña suelen ser derivados a terapia por alguna institución. En otros casos, son los padres preocupados los que arrastran al niño a terapia. Como quiera que sea, lo más común es que el niño se niegue a aceptar sus conflictos cuando se le pregunta si tiene algún problema. Incluso los consultantes suelen no tener una idea clara de lo que el que remite identifica como problemático.

Hay dos preguntas útiles que pueden plantearse a los visitantes y que sirven no sólo para aclarar por qué la persona ha sido derivada a terapia, sino también para mantener el manejo de la sesión desde la primera entrevista:

- «*Por qué razón crees que (la persona que lo ha derivado) se le ocurrió la idea de que necesitas ayuda terapéutica?*»

- «*¿Qué piensas que debería suceder en la consulta para que (la persona que lo ha derivado) se convenza de que ya no necesitas venir más por aquí?*»

Para empatizar con los visitantes pueden emplearse las siguientes estrategias:

1. Que el terapeuta sienta empatía por el problema del niño, reconozca el dilema en que se hallan los consultantes al verse obligados a concurrir a terapia y acepte los objetivos que ellos mismos se fijan, cualesquiera que éstos sean.

2. Algunos niños muy huraños hacen sentir al terapeuta muy incompetente como tal. Estos niños son derivados por la escuela debido a que mantienen un largo historial de «mala conducta» dentro de la institución escolar (lo que sea que eso signifique). Para empatizar con él, el terapeuta puede mostrarse como si no comprendiera y estuviera confundido por toda la situación pidiendo que el niño le explique porque «*no entiendo bien el motivo por el que te mandaron a terapia*».

3. Cuando el acompañante (generalmente la madre) da la «lista de los malos comportamientos» del niño, el terapeuta busca empatizar con él haciendo el siguiente

comentario: *«Me ha dicho lo que, a su juicio, el niño hace mal. Dígame ahora lo que hace bien».*

4. El terapeuta puede establecer una separación entre él y quien remite a terapia (en el caso de la escuela) al ofrecer al paciente librarlo de este último si obtiene cooperación.

Si ninguna de las estrategias mencionadas da por resultado un objetivo de tratamiento conjunto con los consultantes, hay que limitarse a elogiarlos por las cosas que están haciendo y que son positivas para ellos, tales como presentarse a la primera entrevista y no se les propone ninguna tarea terapéutica al término de la primera sesión. Es menester elogiar a los niños visitantes por acudir al CAPSIC, diciéndoles que ello demuestra que son responsables.

*B) Demandantes:* El demandante puede ser uno de los padres, un funcionario de la escuela o alguna otra persona que represente a alguna institución y que piensa que el niño necesita tratamiento terapéutico. Los demandantes se preocupan mucho por ciertos aspectos de la conducta del paciente; sin embargo, no se consideran parte del proceso de resolución del problema. En el caso de los «niños difíciles», es muy común que los padres demandantes quieran que el terapeuta «arregle» a su hijo por medio de la terapia individual. También es posible que digan (generalmente el padre, según la experiencia en el CAPSIC) no tener tiempo para acompañar a sus hijos a las sesiones de terapia porque están «colmados de trabajo».

Como los demandantes conocen muy bien la conducta de la persona identificada como problemática, hay que elogiarlos por su comprensión de la situación y por ayudar al terapeuta a entender mejor sus inquietudes. También hay que felicitarlos cuando informan que están empleando estrategias útiles para manejar la situación problemática con el niño. Existen dos estrategias muy eficaces para los padres demandantes: asignarles una tarea de observación y hacer que reflexionen sobre la conducta de la persona «problemática» (de Shazer, 1988).

C) *Clientes*: El cliente es la persona que se presenta a terapia y desea trabajar con el terapeuta para resolver un problema específico. Los clientes son generalmente las madres. Sin embargo, en algunos casos se trata de «niños difíciles» que deciden convertirse en clientes cuando el terapeuta ha negociado un buen contrato compensatorio entre él y su acompañante. Por ejemplo, la madre saldrá de paseo con el niño si éste hace la tarea al menos tres veces por sí sólo durante la siguiente semana. Teóricamente, contar con un cliente en las sesiones conjuntas es todo lo que se necesita para resolver el problema. Otra manera de identificar quién es el cliente dentro del sistema del paciente consiste en formular las siguientes preguntas:

- «¿Quién es el miembro de la familia que se preocupa más por el problema?»
- «¿Hay alguien más?»

- «Cuando el conflicto se resuelva, ¿qué cosas serán diferentes para los miembros de la familia?»

### **Identificar el problema**

Al investigar sobre el cómo un problema se constituye como tal resulta decisivo considerar ciertas situaciones muy comunes que se plantean por separados con fines esquemáticos pero que se sobreponen entre sí:

- Aquellos casos en los que el problema declarado no parece ser más que una cuestión secundaria. Resulta entonces esencial establecer si, en cierto sentido, la conducta es más seria de lo que parece a primera vista; o bien, si el acompañante se halla excesivamente preocupado por algo, pero se le puede tranquilizar sin más, cosa bastante infrecuente; o si el acompañante está convirtiendo un grano de arena en una montaña. Esto último constituye un grave problema por sí mismo, aunque es diferente a la conducta manifiesta gravemente desviada, y una actitud afablemente tranquilizadora no hace más que exacerbarlo.

- Los consultantes pueden plantear como problemas determinadas dificultades que, si bien son graves, otras personas considerarían como vicisitudes de la vida imposibles de modificar y con las cuales hay que convivir. Darse cuenta de esto le servirá al terapeuta como mínimo para no caer en la trampa de intentar cambiar lo que resulta imposible modificar.

- Algunos problemas vitales no son de la incumbencia de un terapeuta sino que exigen la ayuda de, por ejemplo un abogado, un médico o un asesor financiero. La pregunta «¿en qué forma es eso un problema?» sirve para aclarar este punto, y quizás haya que agregarle otro interrogante a continuación: «¿En qué forma cree que yo puedo ayudarles a afrontar este problema?»

- «A veces, un malentendido hace que alguien remita erróneamente a una familia al terapeuta; otras se trata de un simple “chequeo” o consulta sin ningún interés en comenzar una terapia. Algunas familias sólo desean someter al niño a algunos test, y no tienen la menor intención de que se les aplique una terapia». (Haley, 1976, pp. 17).

- «Cuando la familia ha sido remitida por la escuela, la madre o el padre pueden presentarse encolerizados y habrá que tratarlos con especial cortesía. Toda vez que un cliente actúe de manera confusa o aparentemente inapropiada, el terapeuta deberá presumir que la confusión o desorientación radica en el contexto de la situación, y no de una peculiaridad personal» (Haley, 1976, pp. 17).

### **Definir el problema**

Es importante tratar de tener una idea muy clara de lo que ha llevado a los consultantes a solicitar ayuda al CAPSIC.

Los acompañantes pueden hacer su petición de ayuda de dos formas:

- El acompañante expresa el problema con claridad pero no lo elabora. Ejemplo: *«No puedo conseguir que mi hijo se porte bien en la escuela».*

- El acompañante no lo expresa con claridad debido a que elabora demasiado ideas sobre el origen del problema en vez de limitarse a enunciarlo sin más. Ejemplo: *«Mi hijo se porta mal en la escuela debido a que quiere llamar la atención porque le ha costado trabajo adaptarse a la idea del nacimiento de su nuevo hermanito».*

Cuando el planteamiento del problema es vago, el terapeuta debe aclararlo antes de continuar con el tratamiento. Es necesario que al definir el problema se haga de forma tal que pueda tenerse claro que es lo que se espera obtener al solucionarlo de manera que tanto los consultantes como el terapeuta puedan identificar los cambios orientados a la solución del mismo.

Toda vez que los consultantes ingresan a terapia suelen recitar una larga lista de problemas que desean ver resueltos. La principal tarea del terapeuta es hacer que los consultantes identifiquen el problema que desean modificar en primer término. Cuando los participantes han determinado qué problema será el foco inicial de atención en el tratamiento, el terapeuta tendrá que descomponer el objetivo general en partes, a fin de convertirlo en algo concreto, pequeño y modificable.

La siguiente es una lista de puntos acerca de los cuales se tiende a hacer preguntas al buscar una definición clara del problema y de las consecuencias que aparezcan como importantes en torno a él.

∅ *¿Cuándo se produce el problema?*

Se buscan regularidades en la reiteración del problema en el tiempo; si hay momentos en los que el problema aparece habitualmente o siempre, o en los que no aparece nunca; o si hay algún momento específico del día, la semana, el mes o el año en el que el problema surge con más o menos frecuencia.

∅ *¿Dónde aparece el problema?*

Esta pregunta trata de investigar si hay algún lugar donde el problema siempre se produce, o es más probable que se produzca; si hay algún lugar donde el problema no surge nunca. Es recomendable pedir localizaciones generales (por ejemplo, en la escuela, en el hogar) y localizaciones específicas (como una cierta habitación en particular de la casa o durante una actividad particular en la escuela).

∅ *¿Cuáles son las acciones del problema?*

Se pide a los consultantes que describan el problema de manera tal que si hubiera una grabación de video del problema en acción, ¿qué es lo que se vería? ¿Qué posturas y gestos



específicos, qué frecuencias de acciones, interacciones, diálogos, etcétera, se podrían ver y oír en esa presentación activa del problema?

∅ *¿Con quién se produce el problema?*

Es necesario investigar quién es más probable que esté rondando cuando aparece el problema; y qué hacen y dicen esas otras personas antes, durante y después de que aparezca la conducta problema.

∅ *¿Cuáles son las excepciones a la regla del problema?*

Muy pocas veces el problema es continuo, de modo que el terapeuta ha de seguir una línea de búsqueda que subraye lo que interfiere en el problema, lo interrumpe o lo reemplaza. De Shazer ha formulado este método de trabajo centrado en la solución (de Shazer, 1988). Este método invita a la persona a advertir y producir más a partir de las excepciones al problema, de modo que tales se conviertan en la regla que acaba reemplazando a la regularidad indeseada.

∅ *¿Qué es lo que los consultantes hacen de modo distinto, o qué actividades quedan excluidas a causa del problema?*

Es preciso investigar de qué modo el problema obstaculiza lo que las personas harían habitualmente o les gustaría hacer. A veces, para obtener esta información, se le pregunta a los consultantes qué harían de una manera distinta si el problema estuviera resuelto (de Shazer, 1988).

*◊ ¿Qué es lo que los consultantes muestran en la sesión que está relacionado con el problema?*

A veces, los consultantes sacan a luz alguna parte del problema en el consultorio. Esto ocurre casi siempre en las sesiones con el acompañante; entonces el proceso del problema se despliega ante los ojos y los oídos del terapeuta.

*◊ ¿Cuáles son las explicaciones y marcos de los consultantes respecto del problema?*

Frecuentemente las personas tienen algunas ideas acerca de lo que causó o causa sus dificultades, o sobre lo que el problema significa en sus vidas. Esas explicaciones y marcos de referencia pueden ser útiles o formar parte del problema. En ambos casos, conviene evaluar qué son.

*◊ ¿Qué es lo que los solicitantes creen que causó o causa el problema?*

Es preciso indagar cuáles son, si existen, las dificultades más profundas a las que los solicitantes atribuyen el problema; lo que indica el problema sobre su identidad o sus previsiones de futuro; y las metáforas, analogías o imágenes emplean los solicitantes cuando hablan del problema. Además, cuáles son o han sido las explicaciones de los otros significativos (por ejemplo, los miembros de la familia u otros profesionales involucrados), que pueden haber orientado sus actitudes respecto a la persona que se le asigna el problema

y el modo de tratarlo, afectando también al modo en que los consultantes pensaban el problema.

*∅ ¿Cuáles son las soluciones intentadas por los consultantes o los otros, acerca del problema?*

Se puede considerar que los problemas reflejan el modo en que los consultantes han persistido en el empleo de soluciones inadecuadas y desafortunadas. Por tanto es necesario saber qué han estado haciendo los consultantes y los otros significativos (incluso los terapeutas) para tratar de resolver el problema.

*∅ ¿Cómo puede el terapeuta y los consultantes saber que se ha llegado?*

Para el terapeuta breve tiene una importancia crucial que ayude a los consultantes a clarificar y expresar las metas. Se deben tratar de conocer las imágenes e ideas que tienen los consultantes acerca de cómo sabrán que el problema está resuelto. Es necesario saber qué sucederá en los otros ámbitos de su vida cuando el problema ya no los acose. A veces, el solo hecho de que se le pregunte por el futuro y se le pida que visualice un porvenir mejor, ayuda a los consultantes a ver con claridad las soluciones. En otros casos, sólo ayuda al terapeuta a precisar lo que los consultantes quieren. Algunas veces, la terapia puede concentrarse primordialmente en cómo será la solución, y trabajar en busca de ella sin llegar siquiera a una descripción clara de lo que es el problema. De un modo u otro, para el terapeuta esto constituye una parte importante del proceso de evaluación. Puesto que no se tiene ningún modelo explicativo general ni modelos normativos que guíen al terapeuta, las

metas y las visiones del futuro de los consultantes pasan a ser sus puntos de referencia, y le ayudan a clarificar el camino hacia el destino que se busca. El terapeuta trata de concentrarse en una meta descrita con claridad, en cuanto el terapeuta pueda hacerlo sin ahuyentar al acompañante. Si el terapeuta recibe mensajes verbales o no verbales de que su enfoque en las metas irrita al acompañante, se puede explicar el propósito, o retroceder y concentrarse en lo que él indica que considera más importante examinar.

Para que las metas sean alcanzables, es preferible alentar a los consultantes a formularlas en términos controlables objetivamente. Las metas bien formuladas consisten en acciones de los consultantes, o en condiciones que esas acciones pueden generar. Suelen incluir elementos temporales: qué tan seguido (frecuencia), cuándo (fecha/hora/plazo); dónde y por cuánto tiempo (duración).

Para que sea viable, la meta debe ser compartida. Consultantes y terapeuta tienen que estar de acuerdo en que es importante y susceptible de alcanzarse. Es necesario que todas las partes estén de acuerdo en que la meta es pertinente y alcanzable.

Para asegurar que todas las partes sepan reconocer cuando la meta se ha alcanzado, se ayuda a los consultantes a traducir a un lenguaje basado en la acción sus palabras y frases vagas, de contenido no sensorial. Se tiene que imaginar la meta como si pudiera ser vista y oída en una videograbación. Desde luego, al principio los consultantes suelen hablar sobre las metas de un modo vago, o refiriéndose más a los sentimientos o estados interiores. Se

consideran importante prestar atención a las descripciones de sentimientos, estados o cualidades interiores y demostrar empatía. Sin embargo, se seguirán alentando respetuosamente las descripciones de los correlatos externos (observables) de tales estados.

A fin de ayudar a conducir a los consultantes, frecuentemente se le presentan respuestas múltiples para que opten entre ellas cuando vacilan en establecer metas claras o continúan respondiendo a la indagación del terapeuta al respecto con palabras y frases vagas.

*Ø ¿Piensa usted, quizá, que los primeros signos de que las cosas mejoran podrían ser que su hijo haga la tarea por sí sólo, arregle su cuarto y obedecer a lo que usted le indique? ¿O alguna otra cosa?*

A veces resulta importante informar a los consultantes de que se busca una meta alcanzable, y dar una justificación racional a tal búsqueda.

*Ø Vuelvo a esta cuestión de cómo sabremos que se ha tenido éxito y podemos dejar de encontrarnos, porque quiero estar seguro de cuál es el destino de nuestro trabajo. Me preocupa que lo que estamos haciendo aquí pueda convertirse (o se haya convertido) en parte del problema, en lugar de ser parte de la solución. Creo que definir una meta nos ayudará a evitarlo, porque tendremos un punto de destino claramente definido.*

Al preguntar por las metas, se aprovecha la oportunidad para crear una expectativa de cambio y resultado. Las palabras del terapeuta lo reflejan. Al hablar de las metas de los

consultantes en la terapia (o después de ella) el terapeuta no se refiere al futuro empleando el modo potencial o subjuntivo: dice «cuándo» y «todavía». Es decir, se habla del cambio esperando a que se dé («*Cuando su problema se haya solucionado, ¿qué será diferente?*»), no anhelando a que se presente por sí sólo («*Si llegara a solucionar su problema*», «*Si pudiera solucionar su problema*»).

### **Contenido del problema**

En el CAPSIC usualmente se presentan adultos que demandan ayuda para un menor y describen a éste indicando lo que anda mal en él. Pero se debe tener cuidado al ver este tipo de problemas porque esa es sólo una de las diversas formas de plantearse. Cuando la madre dice que su hijo no obedece también está diciendo que *ella* no sabe que hacer con él, pero la descripción del problema se refiere a las personas involucradas y si es sólo una o son más.

Dado que el enfoque de la terapia breve directiva es analizar el problema en función de su contexto social, de la secuencia y de la jerarquía; la descripción tiene una función primordial porque puede indicar el contenido del problema implicando a una («*mi hijo tiene un problema*»), dos personas («*no se controlar a mi hijo*»), o tres personas («*mi esposo y yo no nos ponemos de acuerdo para tratar a nuestro hijo*», «*mi madre me cuestiona sobre cómo debo de tratar a mi hijo*», «*la maestra de mi hijo dice que no estoy haciendo lo correcto en la disciplina hacia mi hijo*»). Luego entonces la terapia se diseñará de tal forma

que pueda incluir a los implicados aunque la descripción del problema de más de una persona involucrada hace más fácil y rápido el logro del objetivo.

Cuando se presenta al niño como «el problema», el acompañante explicará en qué consiste tal dificultad. Comúnmente se dice que el niño «*no se porta bien*» en la casa o en la escuela, o que no obedece a sus padres o a sus maestros. Un niño desobedece de tres formas distintas: 1) rebelándose en abierto desafío, 2) limitándose a ignorar a alguien, o sea a no hacer lo que se le pide pero sin desafiar a nadie, 3) además de ignorar a alguien da señales de que no puede valerse por sí mismo para hacer lo que le piden, mostrándose demasiado angustiado, temeroso o nervioso, enfermándose o sufriendo dolores, o en general, dependiendo demasiado de los demás. Generalmente el acompañante dirá que el niño no hace caso y el niño permanecerá en su lugar, con actitud hosca u hostil; otras veces dirá que el niño se muestra temeroso o angustiado y más adelante revelará que no hace lo que se le pide y que nadie le exige porque se perturba notablemente.

Cuando el acompañante dice que el problema se manifiesta en la escuela, la profesora se queja de que el niño no obedece y que es un mal alumno, existen tres posibilidades: 1) que el problema radique en la escuela; 2) que el niño se porte mal en la escuela como reacción a un problema doméstico; 3) que exista un conflicto entre los padres y la escuela, encontrándose el niño entre dos fuegos y respondiendo a esta situación con un mal comportamiento.

Al enlistar las faltas de que se acusa al niño, el acompañante también declara su incapacidad para resolver el problema, por eso es que ha solicitado ayuda. Generalmente los padres optan por culpar al menor rechazando cualquier responsabilidad y prefieren imaginar que hay «algo» en él que lo motiva a portarse mal. Tal manera de ver el problema no les ha ayudado, y si el terapeuta asume una postura similar se dirige irremediamente al fracaso. Lo que ha de cambiarse es la situación, para que el niño pueda portarse de una manera «*más normal*». Al escuchar la descripción del acompañante, el terapeuta ha de preguntarse qué pasa dentro del contexto social del niño para que se comporte de tal forma.

### **Identificar las secuencias**

Debido a que el problema se conserva gracias a los esfuerzos del cliente y/u otras personas para mantenerlo (Watzlawick, Weakland, y Fisch; 1976), es necesario obtener una idea clara de en qué consisten dichos esfuerzos, en particular los que se llevan a cabo en la actualidad.

Es importante ubicar la pauta que se presenta en el mantenimiento del problema, porque los intentos para enfrentarlo se pueden fácilmente clasificar dentro de alguna categoría. Por ejemplo: Una señora se presentó al CAPSIC con su hijo de diez años, quien cursaba el cuarto grado de instrucción escolar primaria. La madre se queja de que el niño es «agresivo» y dice: *«ya he hecho todo lo que podría hacer. Lo he regañado, le he pegado, he hablado con él, han hablado sus tios y su abuelo con él, le he quitado su «domingo» lo*



*he amenazado y nada me da resultado*». «Todo» lo que la señora ha hecho son realmente variantes sobre un mismo aspecto: *«quiero que me obedezcas, deja de ser 'agresivo'»*.

No siempre los esfuerzos realizados se pueden agrupar en una única categoría. En ese caso las excepciones a la pauta ofrecen también una herramienta de intervención importante (O'Hanlon y Weiner-Davis; 1989). Por ejemplo: Si la queja sobre el niño es que se «porta mal» en la escuela, se pregunta: *«¿cuándo no se ha portado mal en la escuela? ¿qué fue diferente en esas ocasiones? ¿qué hicieron para lograr que no se portara mal?»*

### **Definir qué se debe evitar**

Es importante que el terapeuta tenga presente durante la planificación previa a la sesión y el desarrollo de la misma, ¿qué es lo que debe interesarle en evitar? Los primeros impulsos de los participantes hacia el problema sirven para contestar tal pregunta. La importancia de esto deriva del hecho de que si el terapeuta sabe que hay que evitar, por lo menos no colaborará en el mantenimiento del problema (Watzlawick, Weakland, y Fisch: 1976).

Una de las situaciones que se deben evitar en terapia es cuando no se sabe a dónde ir, ni se tiene claro cuándo se ha llegado, y se debe específicamente a tres circunstancias muy particulares:

a) *Por seguir los objetivos del terapeuta.* El problema que se ha de tratar en terapia es el que aqueja a los solicitantes, no lo que el terapeuta cree que se debe tratar.

b) *Por empezar con un objetivo vago.* El terapeuta debe tener claro el objetivo de los solicitantes para solucionar su problema y debe ser definido en términos claros, concretos y de conductas observables para que sepan cuando lo han logrado solucionar.

c) *Por perder de vista el objetivo terapéutico.* El terapeuta siempre debe de estar atento ante el discurso de los consultantes y preguntarse si lo que expresan tiene relación con el objetivo de la terapia.

Hacer lo que anteriormente no ha funcionado es otra situación a evitar en terapia y puede ser causada por:

a) Repetir lo que se ha hecho en otros tratamientos y que no le ha dado resultado a los consultantes.

b) Repetir lo que los consultantes han estado haciendo sin beneficio alguno para resolver el problema.

c) Repetir los consejos bienintencionados de familiares y amigos.

Otra situación a evitar en terapia es el no atender a las respuestas de los consultantes. Cualquier modelo, técnica o intervención terapéutica sólo vale la pena si tiene resultado. Y la única forma de saber si algo funciona en terapia es observar y escuchar las reacciones de las personas tanto durante como entre sesiones.

También hay que evitar en terapia el no advertir ni ampliar conductas, afirmaciones y actitudes orientadas hacia las soluciones. También el no interrumpir afirmaciones o preguntas inútiles, es decir, cuando se empeña demasiado el curso de la terapia en el problema, más que en la solución y las excepciones.

Empeñarse en atribuir motivaciones negativas a la conductas de las personas es también una circunstancia que hay que tratar de evitar en la terapia. Si hay un empeño en buscar resistencia lo más probable es que el tratamiento se alargue innecesariamente.

Hay que tratar de evitar complicar las cosas; si los consultantes sienten su problema solucionado o ya no lo ven como problema es conveniente dar por terminado el tratamiento en vez de buscar otros problemas que no se han puesto a consideración ante el terapeuta.

### **Diseñar una directiva**

El tratamiento sólo puede avanzar cuando existe una intervención para el mismo con base en un objetivo concreto. La directiva efectiva es la que se aparta totalmente de la dirección habitual que han mantenido los consultantes (Fisch, Weakland y Segal; 1982).

Ejemplo: Se presenta al CAPSIC una señora con su hija de 9 años quien «se niega a hacer la tarea».

Consultante.- *«Al principio le recordaba todos los días que debía hacer la tarea. Como no servía de mucho opté por no decirle nada, lo que tampoco funcionó».*

Terapeuta.- *«¿ Intentó animarla a que no hiciera la tarea?»*

Consultante.- *«Nunca se me ocurrió hacerlo de ese modo».*

Hasta aquí la planificación ha sido de orden general. Ahora el terapeuta necesita pensar en términos más específicos, puesto que ha de recomendar algo a los consultantes.

Para diseñar directivas concretas se deben tener las siguientes consideraciones:

- Planificar las directivas calculando qué acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada.
- Planificar las directivas calculando qué acciones son excepciones al problema.
- Qué acciones son más centrales para las transacciones implicadas en el problema.

- Qué acciones se incorporan con mayor facilidad a la rutina propia de los consultantes.

- Qué persona desempeña un papel más estratégico para la persistencia del problema.

### **Investigar las excepciones**

El terapeuta ha de investigar las excepciones que se dan al problema, para que la información obtenida a tal cuestionamiento ofrezca una visión diferente a los consultantes acerca de su queja y para que el terapeuta obtenga más información valiosa sobre la dinámica del problema. Por ejemplo: «¿Cuándo el problema no se ha presentado?» (de Shazer, 1988).

### **Asegurarse de que los consultantes ejecuten las directivas**

Es evidente que una cosa es diseñar una directiva y hacerla saber a los consultantes y otra que se lleve a cabo. Los consultantes suelen seguir las directivas porque piensan que es la única forma de resolver su problema. Si el terapeuta se limita a declarar su intervención, los consultantes se pueden resistir y abandonar el tratamiento. Después de que el terapeuta ha formulado la directiva que le corresponde realizar a los consultantes, necesita planear el modo de inducirlos a aceptarla.

En la terapia breve directiva es imprescindible usar el marco de referencia propio de los consultantes. Las tareas de enmarcar y definir de nuevo el marco de referencia de los consultantes y la pauta del problema desempeñan un significativo papel en el acortamiento del tratamiento. La formulación requerida para inducir a los consultantes a aceptar la tarea no necesita ser siempre demasiado complicada. Se debería usar algo como:

- *«Voy a pedirles que hagan algo...»*
- *«Algunas personas hacen (cualquier cosa) para solucionar problemas como éste, pero no creo que ustedes vayan por ese camino.»*
- *«No se me ocurre nada para solucionar su problema pero si algo para empeorarlo.»* Entonces se hace una lista de lo que los consultantes ya han intentado y no les ha sido de utilidad.

### **Evaluar el resultado**

Partiendo del hecho que el objetivo general de la terapia breve directiva es la solución del problema de los consultantes; es necesario vincular el procedimiento de la terapia con el objetivo del mismo. Por tanto en esta parte se considera la base sobre la cual se elige el objetivo y qué tipo de datos se manejarán para determinar el éxito o fracaso en la consecución de tal objetivo o para el avance del tratamiento.

La queja de los consultantes constituye el principal objetivo a lo largo del tratamiento. En algunos casos se hace necesaria una modificación a este criterio, pero hasta entonces se sigue estando dentro del mismo marco general. El objetivo terapéutico básico consiste en que los consultantes dejen de padecer su problema, que disminuya lo suficiente como para no necesitar tratamiento terapéutico, que la conducta problema haya cambiado, o que los consultantes hayan cambiado su evaluación de la conducta problemática de tal manera que ya no la considere como un problema importante. Por tanto, el indicador más importante de éxito terapéutico consiste en una declaración de los consultantes según la cual se encuentren completa o medianamente satisfechos con el resultado.

En otras palabras, se da por válida la palabra de los consultantes acerca del problema, y acerca de los rasgos propios del problema. Pero no por ello se hacen a un lado otras vías de comprobación:

- Con base en la estimación del terapeuta del impulso principal de las soluciones intentadas por los consultantes, se elige un objetivo concreto de cambio de conducta.

- El terapeuta puede constatar el cambio declarado interrogando a los consultantes acerca de la base de su nueva postura. La importancia que se atribuya a la declaración será con base a su especificidad y a la adecuación a el problema presentado. Una variación importante será que los consultantes informen de que han sido capaces de hacer algo que no habían logrado mientras se hallaban abatidos por el problema.

- Cuando los consultantes declaran que el problema no ha variado pero ya no lo consideran como tal. El terapeuta no se atiene a la mera explicación, opta porque los consultantes redefinan el problema anterior en términos a su nueva perspectiva sobre él.

- Cuando es posible el seguimiento de un caso concluida la terapia, hay que considerar como criterio si los consultantes han acudido a solicitar otro tipo de tratamiento por el mismo problema, de ser así se considera el tratamiento como un fracaso terapéutico.

- Otro indicador importante es cuando los consultantes consideran que no han habido cambios en su problema, pero efectúan cambios importantes en su vida y prescinden de la terapia.

Los criterios expuestos tomados en conjunto ofrecen una base apropiada y confiable para fijar objetivos y evaluar los resultados del tratamiento. Es necesario subrayar que por discutible que parezca al terapeuta algún aspecto de la vida de los consultantes no se debe intervenir si tal situación no es puesta a su consideración.



# **CAPÍTULO 6**

## **LAS ESTRATEGIAS GENERALES**

### **6.1 Introducción**

Las estrategias generales pueden ser utilizadas casi en cualquier momento del tratamiento, y son lo suficientemente abarcadoras como para usarse en un amplio margen de problemas. En algunas ocasiones son suficientes como para solucionar el problema del consultante.

Este tipo de intervenciones se utilizan en los momentos en los que el terapeuta desea comunicar alguna postura de tipo general, con objeto de preparar el terreno para una intervención posterior más específica. También es probable que se necesite usar tal postura para averiguar si con ella es suficiente para solucionar el problema, y por ello se incluyen aquí debido a su amplia utilidad, aunque no se hallen en estricta dependencia del problema o de la solución que afecte en particular a un consultante.

### **6.2 La estrategia de la lentitud**

En la terapia breve directiva se utiliza con más frecuencia el indicar al consultante que no se apresure en la solución del problema. En ciertos casos, ésta podría ser la única

intervención. Al consultante se le dice que no haga nada concreto. Solamente se le dan instrucciones generales. Por ejemplo: *«Sería muy importante que esta semana no hicieran nada que provocara avances; el cambio, aunque sea para mejorar, exige una adaptación»*. La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa.

Hay que hacer saber al consultante que se necesita averiguar paso a paso qué porcentaje de cambio sería el óptimo, noción que no tiene por qué coincidir con el máximo. Por ejemplo, se puede decir al consultante: *«Los cambios que se realizan con calma y paso por paso son más consistentes que los que ocurren de modo demasiado rápido y de repente»*.

Generalmente, la indicación de no apresurarse se dará con bastante probabilidad en la primera sesión, a aquellas personas cuya solución ensayada consiste básicamente en esforzarse demasiado, o a aquellos que hacen presión sobre el terapeuta pidiendo con urgencia una acción terapéutica mientras ellos se limitan a permanecer pasivos o no colaboran.

Hay que adoptar esta actitud, salvo excepciones, cuando después de verse sometido a una directiva directa el solicitante vuelve a la siguiente entrevista informando sobre una mejora específica deseada. En semejantes circunstancias se evitará cualquier indicación de claro optimismo y de estímulo adicional. Se recomienda reconocer que se han producido

buenas noticias, pero asumiendo a continuación una expresión preocupada y explicando que, por deseable que resulte el cambio, es un cambio demasiado rápido, una mejora acelerada que intranquiliza al terapeuta. Basándose en este razonamiento, se apremia a los consultantes para que frenen cualquier progreso posterior, por lo menos hasta el próximo encuentro.

De modo coherente con la estrategia de la lentitud, la próxima entrevista se fija para dentro de quince días, y no para la semana siguiente. Esto sirve como aplicación de la idea de ir lentamente, y como gratificación implícita y extra: los consultantes no tienen que gastar tanto dinero y/o tiempo en el tratamiento.

Esta técnica es útil porque describe al terapeuta como alguien que no pretende obligar a los consultantes a que cambien, al menos no demasiado rápido, lo que provoca en ellos una implícita necesidad de colaborar con cualquier consejo o sugerencia que formule el terapeuta a continuación. Al mismo tiempo, evita que el acompañante tenga una sensación de urgencia, que probablemente se ha visto alimentada por sus constantes intentos de «solucionar» el problema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

Es decir, como los consultantes han exagerado en sus esfuerzos por solucionar su problema, es más probable que abandonen tales esfuerzos, que no hacen más que mantener el problema, si se le hace saber que la solución satisfactoria de la dificultad depende de que

avance con calma y lentitud; lo que, paradójicamente, da resultados más inmediatos para lograr un tratamiento a corto plazo.

### **6.3 La estrategia de advertir a los acompañantes sobre los peligros de una mejoría**

Esta intervención consiste en preguntar al acompañante si está en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. En la mayoría de las ocasiones el acompañante responderá rápidamente que no puede haber ningún peligro, que la solución del problema le permitirá vivir mejor. No obstante el terapeuta siempre puede exponer algún inconveniente de la mejoría para los consultantes o para alguien que se halle próximo al problema.

Una vez legitimada su postura, el terapeuta puede utilizarla para los siguientes objetivos:

- Puede ampliar la estrategia de «la lentitud», debido a que la propia deliberación acerca de la realización de un cambio ya implica auténticamente hacer más lento el proceso.
- Puede utilizarse esta intervención para aumentar la motivación: *«Si su hijo comenzara a ir bien en la escuela y a hacer sus tareas por su cuenta quizá le falte el momento en que está usted con él y también usted se encuentre con un tiempo de sobra que probablemente le cause aburrimiento. No sé si usted quiera que les pase esto».*

- El terapeuta utiliza esta intervención para presionar a los consultantes después de que no han cumplido con las tareas que se han asignado para que las lleven a cabo. Esto se le expresa a los consultantes preguntándoles sobre los peligros de una mejoría, después de que no han obedecido la sugerencia del terapeuta.

En algunos casos, una intervención de este tipo provoca un cambio significativo o incluso llega a ser todo lo que se necesita para solucionar el problema actual, particularmente cuando se trata de problemas de ansiedad por el rendimiento escolar. Si el acompañante comprueba que la mejora no es un lecho de rosas, se sentirá menos obligado a acosarse a sí mismo para rendir más o para hacer rendir más al niño, y de esta forma conseguirá un cierto relajamiento. El acompañante modifica su intento de solución, consistente en esforzarse demasiado, y como resultado de dicho cambio cabe pronosticar una disminución o una desaparición de su problema.

#### **6.4 La estrategia para un cambio de dirección**

«Cambio de dirección» se refiere a la variación de postura o de estrategia del terapeuta, quien al hacerlo ofrece a los consultantes una explicación acerca de dicho cambio. Si el terapeuta considera que va en la dirección equivocada hay que invertir el rumbo para llegar al objetivo planeado.

Se requiere un cambio de dirección cuando:

- El terapeuta inconscientemente, comienza a discutir con los consultantes. Esto puede apreciarse cuando el acompañante insiste en subestimar o rechazar el camino que le sugiere el terapeuta.

- El cambio de dirección también se hace necesario cuando el terapeuta sugiere algo a lo que los consultantes acceden pero que más tarde se aprecia como no productivo.

Cuanto antes se dé cuenta el terapeuta de la necesidad de un cambio de dirección, más fácil será llevarlo a cabo. Si se reconoce en un momento inicial del tratamiento, el cambio a menudo puede llevarse a cabo dentro de la sesión mediante un simple: «*Oh, ya veo*» en respuesta a alguna manifestación de desacuerdo del acompañante, y tomando el terapeuta una dirección distinta de la anterior.

Resulta más frecuente y más fácil que el terapeuta afirme que ha estado pensando mucho en el problema entre las distintas sesiones y que, al reflexionar, se ha dado cuenta de que: 1) había pasado por alto algún elemento, o 2) que no le había concedido la importancia suficiente a algún punto que se había planteado con anterioridad. Y como consecuencia, ahora está en condiciones de ver que había tomado un camino equivocado y de que se requiere un enfoque muy distinto.

Sin embargo, en algunos casos el terapeuta puede haberse comprometido hondamente en determinada posición: ha estado afirmando reiteradamente las mismas cosas, y quizás lo ha hecho con mucha fuerza. Dar marcha atrás con gracia resulta entonces más difícil. Pero no por ello se debe renunciar a un cambio de dirección si es en beneficio de lograr el objetivo terapéutico.

### **6.5 La estrategia de «empeorar el problema»**

Cuando un terapeuta brinda una sugerencia suele añadir que la acción sugerida probablemente resultará útil para lograr una mejoría del problema. A veces sin embargo es posible causar un mayor impacto si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren. Esto se suele hacer cuando los consultantes ya se han resistido a anteriores sugerencias, o se han mostrado renuentes a probar algo nuevo.

El sugerir específicamente en qué forma puede lograrse que el problema empeore hace que los consultantes se vuelvan más conscientes de lo que sucedería si continuaran realizando sus acciones anteriores, y subraya cómo desempeñan un papel activo en la persistencia de su problema.

Esto puede resultar útil particularmente en dos casos:

- Al principio de la terapia con consultantes ambiguos.

- Cerca del final de la terapia para reforzar el logro obtenido.

Como variante de este tipo de intervención el terapeuta puede prescribir aquello que los consultantes han estado haciendo, pero sin presentarlo como sugerencia para que las cosas empeoren. Por el contrario, al tiempo que define la conducta de los consultantes como potencialmente útil para la definitiva solución del problema, el terapeuta exige que ejecuten esta anterior solución hasta un extremo que provoque aversión. También se utiliza esta intervención, que es una especie de sugerencia al revés, en los casos en que el acompañante ha estado resistiéndose a sugerencias ofrecidas de un modo más directo.

#### **6.6 La estrategia para buscar excepciones al problema**

Independientemente de la magnitud o cronicidad de los problemas que sufren las personas, hay situaciones u ocasiones en las que, por alguna razón, el problema no ocurre. La mayoría de las personas, incluyendo a los terapeutas, consideran que estos periodos libres de problemas están desconectados de los momentos problemáticos o no están relacionados con ellos, y por tanto es poco lo que se hace para entenderlos mejor o ampliarlos. Las excepciones a los problemas ofrecen una tremenda cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema.

Se pueden desenterrar las soluciones examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no. Con frecuencia los



consultantes simplemente necesitan hacer más de lo que ya les está dando resultado, hasta que el problema deje de existir.

La idea es muy simple. Si las personas quieren experimentar cómo será la vida sin su problema, hay que ayudarles a evaluar lo que es diferente en aquellos momentos en que no tenían tal problema. Ahí está la solución: que los consultantes dediquen más atención a aquellas actividades o circunstancias en las que han conseguido (aunque sea por cortos periodos de tiempo) el objetivo deseado.

Cuando se pregunta a los consultantes acerca de las excepciones por primera vez sucede algo muy interesante: frecuentemente se quedan momentáneamente callados y parecen absortos en sus pensamientos. La razón de este silencio es que las personas generalmente perciben los eventos de su vida en dos extremos generalmente opuestos: «*Siempre moja la cama*», o «*Nunca hace la tarea*». Aunque es improbable de que alguien «siempre» moje la cama o de que «nunca» haga la tarea, esta es, sin embargo la forma en que la gente lo percibe.

Así cuando se pregunta: «*En qué son diferentes las noches en que él no moja la cama? ¿Qué es diferente en las ocasiones en que él hace la tarea?*», se está pidiendo a la gente que hable de las experiencias a las que en realidad no ha prestado mucha atención hasta entonces. Lo único que han advertido hasta entonces es la frustración que produce lo que «no se hace bien». No advierten o no dan importancia al día en que el niño «se porto

bien», en que si hizo la tarea, en que obedeció las órdenes de los padres, o en que la cama estaba totalmente seca.

Otra razón por la que a veces los consultantes parecen poco preparados cuando se hace la pregunta presuposicional referente a las excepciones, es que no esperan que en terapia se comenten las cosas que van bien. Parece como si la terapia fuera sólo para hablar de problemas o cosas que van mal.

Al preguntar por las excepciones, no sólo se está intentando redirigir la atención de las personas hacia lo que ya funciona, sino también orientándoles respecto a lo que el terapeuta considera que es importante saber y sobre lo que es importante hablar en terapia.

Otra excepción que es importante respecto a los recursos de resolución de problemas de los consultantes es que con frecuencia en el intervalo de tiempo entre la solicitud de consulta y la primera sesión hay situaciones importantes a considerar (O'Hanlon y Weiner-Davis; 1989).

Cuando se les pregunta a los consultantes «¿Qué cambios han notado desde que solicitaron la consulta hasta el momento de la primera entrevista?» generalmente hablan de los cambios que han hecho en ese lapso. Como sucede con las excepciones los consultantes dan poca importancia a estos cambios, puesto que los consideran casualidades.

Sin embargo, si los solicitantes son capaces de reconocer que ya han empezado a resolver sus dificultades antes del tratamiento entonces los objetivos de la terapia pueden simplificarse mucho. Puesto que los consultantes han iniciado el proceso de cambio, el terapeuta sólo necesita continuar y consolidar el cambio, una tarea considerablemente más fácil.

### **6.7 Estrategias para intervenir por medio de las tareas de fórmula**

Tarea de fórmula de la primera sesión:

*«Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a mí me gustaría que observaras, de modo que puedas describirmelo la próxima vez, lo que ocurre en tu (elijase una de las siguientes: familia, escuela, relación) que quieres que continúe ocurriendo».*

(De Shazer, 1985, pp. 137).

Esta intervención fue diseñada para centrar la atención del consultante en el futuro y para crear expectativas de cambio. Reorienta a la persona a fijarse en las cosas buenas de su situación y observar más las cosas que van bien; parece producir aun más cosas positivas. Esta tarea tiene varios aspectos interesantes. Los consultantes no esperan que el terapeuta les pregunte sobre lo que va bien, así que quedan sorprendidos por esta petición. Con esta tarea se buscan cosas positivas y para sorpresa del consultante descubren bastantes cosas que quieren que continúen. Tal vez algunas de esas cosas valiosas estuvieran ocurriendo ya,

pero simplemente pasaban desapercibidas antes de que la tarea dirigiera la atención de los consultantes hacia los lugares adecuados.

El otro aspecto interesante en cuanto a la forma en que los consultantes responden a esta tarea es que, aunque no se les pide que hagan algo nuevo o diferente, los consultantes suelen hacer precisamente eso: modificar su comportamiento. Cuando se da esta intervención a un miembro de la familia, otros miembros de la misma advierten los cambios y reaccionan cambiando a su vez.

Desde el punto de vista clínico, lo más interesante de estas conductas nuevas y diferentes es que, por lo general, constituyen precisamente los cambios necesarios para resolver el problema. Adviértase que a los consultantes no se les manda modificar nada, y mucho menos reciben información específica respecto a cómo resolver el problema. De alguna forma, y sin ninguna orientación, saben exactamente lo que deben hacer. Tal vez la información sobre excepciones, soluciones y recursos que emerge durante las sesiones centradas en las soluciones ofrece a los consultantes todos los datos necesarios para emplear la tarea de la primera sesión de la forma más provechosa.

Cuando los consultantes vuelven a la segunda sesión se les pregunta: *«Bien, ¿qué está sucediendo que les gustaría que siguiera sucediendo?»* El lenguaje de soluciones tanto en la intervención como en la pregunta de seguimiento indica que el terapeuta está seguro de que suceden cosas positivas y de que han sido advertidas. Una vez que se han descrito las

cosas positivas, el terapeuta hace una serie de preguntas presuposicionales para generar información acerca de las excepciones. Esto sirve para mantener y amplificar los cambios.

# CAPÍTULO 7

## LAS DIRECTIVAS

### 7.1 Introducción

El objetivo principal de la terapia breve directiva es incidir sobre el cliente de tal manera que el problema que lo ha llevado a terapia se solucione a su entera satisfacción. Esto puede lograrse rectificando la opinión que el cliente tiene acerca del problema de tal modo ya no se sienta con la necesidad de continuar bajo tratamiento, ya sea impidiendo que el paciente o quienes le rodean realicen conductas que perpetúen el problema o buscando y ampliando las situaciones excepcionales en las que el problema no se presenta.

De cualquier manera el terapeuta debe provocar de alguna manera el cambio; es decir, interviene, y lo hace por medio de las directivas. En teoría dado que el terapeuta no puede dejar de actuar por tanto no puede dejar de intervenir. Interviene ante el cliente desde el primer contacto y la terapia breve directiva deriva su nombre precisamente porque a las intervenciones se les denominan directivas debido al énfasis en inducir al cliente al cambio.

Aunque muchas de las directivas pueden parecer demasiado sencillas, complejas o inusuales, es importante aclarar que no se consideran tales características como terapéuticas

por si mismas. Las directivas se utilizan después de haber obtenido datos suficientes y haberlos integrado en un plan de tratamiento ajustado a las necesidades particulares de cada cliente en su problema concreto.

## 7.2 Definición de directiva

Dado que la terapia breve directiva hace un énfasis especial en la responsabilidad del terapeuta en el tratamiento es por consecuencia un punto primordial en la técnica la intervención, lo cual se hace por medio de las directivas y *«todo cuanto se haga en terapia puede ser visto como una directiva»* (Haley, 1975, pp. 49).

Hay algunos planteamientos terapéuticos que pretenden ser «neutrales» o «no directivos» con la consecuente dificultad de saber quién es el que está a cargo de la terapia y si se acepta que tal persona es el terapeuta entonces se tiene que cualquier acto de éste o la intención de no actuar son intervenciones por si mismas. Para la terapia breve directiva no hay modelos que sean no-directivos, el punto es aceptar o no la responsabilidad de serlo.

Luego entonces, *«una vez que el terapeuta advierta que diga lo que diga o calle lo que calle le estará indicando a una persona que haga algo o que deje de hacerlo, le será más fácil aceptar la idea de impartir directivas»* (Haley, 1975 pp. 50).

### 7.3 Finalidad de las directivas

Las directivas tienen finalidades muy específicas dentro del tratamiento (Haley 1975 pp. 49):

1. *«Las directivas son un medio para provocar cambios»*. Dado que la meta principal de la terapia es hacer que los consultantes se comporten o vean de forma diferente su problema, las directivas son el medio para lograrlo.

2. *«Se les emplea para intensificar la relación entre clientes y terapeuta»*. Partiendo de la idea de que los consultantes al tener un conflicto han intentado alternativas de solución y además han recibido otro tipo de consejos que no les han dado resultado, las directivas son el medio por el cual reciben una idea específica y diferente de lo que pueden hacer para resolver su problema y por tanto se fortalece la relación clínica entre terapeuta y consultantes.

3. *«Se usan para obtener información»*. Impartir una directiva y el que los consultantes la realicen o no proporciona valiosa información al terapeuta que no podría obtener de otro modo. También al indicar el momento preciso en que se desea que se ejecute la directiva ofrece información acerca de la dinámica familiar que será importante para el terapeuta.



#### 7.4 Características de las directivas:

Para que las directivas sean eficaces, el terapeuta ha de cuidar algunos aspectos específicos que las definen y las diferencias de otro tipo de intervenciones:

- *Adecuar la tarea al cliente.* Si el objetivo del terapeuta es cambiar a las personas, la directiva tiene que incidir en la organización habitual del problema y su entorno. Para lograrlo es necesario que la directiva sea tan conocida para los consultantes como para que la realicen y tan diferente a las soluciones intentadas que han fracasado como para que cambien.

- *Ser precisas.* Las directivas han de ser muy claras y específicas para que los consultantes sepan qué es lo que el terapeuta quiere que hagan; puede haber algunas instrucciones confusas pero sólo por razones dirigidas a la consecución del objetivo.

- *Deben impartirse abiertamente.* Las directivas no se sugieren, se imparten; y por tanto no se pregunta si se quieren o se pueden hacer. Se da una instrucción precisa de lo que el terapeuta considera que los consultantes han de hacer para que resuelvan su problema.

- *Participación total.* La directiva ha de ser diseñada de manera tal que puedan participar en su ejecución los involucrados en el problema o en la solución. Nunca se debe excluir a alguien salvo por razones especiales y ha de cuidarse no perturbar la jerarquía interna tanto de la familia como del contexto social. Sugiere Haley que «la tarea debe

*estructurarse como cualquier otro trabajo: con alguien que la ejecute, alguien que le ayude, alguien que supervise, alguien que planifique, alguien que compruebe su ejecución, etc.» (1976, pp. 57).*

- *Cuando la directiva es compleja es preciso repasarla.* Cuando la directiva o la estructura familiar y/o social de los consultantes es muy compleja es preciso que se revise durante la consulta la participación de cada quien hasta que se haya comprendido bien la directiva.

### **7.5 Diseño de las directivas**

Para diseñar directivas hay algunas pautas particulares que el terapeuta ha de considerar:

- La directiva debe ser lo suficientemente sencilla como para que los implicados la realicen con facilidad (a menos que el terapeuta quiera que por alguna razón especial no puedan ejecutarla).

- La directiva ha de estar diseñada de tal forma que los implicados puedan realizarla con cierta facilidad dependiendo de ciertos factores en cuanto a las disponibilidades propias de cada caso.

- Aunque el objetivo esencial de una directiva es que se ejecute, en ciertos casos es más importante que al no querer o poder realizarla los implicados opten por negociarla y como consecuencia cambien.

- Hay directivas sencillas que cumplen las funciones de proporcionar más información al terapeuta o de intensificar la relación. Por ejemplo: pedir que se haga una lista de problemas, que intenten alguna alternativa diferente, que se realice algo completamente opuesto a lo habitual, etcétera.

- Cuando la directiva está dirigida a promover un cambio en la organización es necesario tener más precauciones en su elaboración. Ha de estar diseñada de tal manera que se apoye del problema para producir un cambio estructural en la familia. Esto puede hacerse a través de intensificar la relación entre dos miembros de la familia o dando importancia y lugar (valor jerárquico) a uno de los padres o a ambos (generalmente respecto a los abuelos o los tíos).

- Las fases del diseño de las directivas son: reflexionar sobre el motivo de consulta en función de la secuencia en que se presenta dentro de la familia y diseñar una directiva que cambie los dos aspectos. Para ello la directiva debe ajustarse a la secuencia usual.

- Cuando se diseña e imparte una directiva el terapeuta debe tener presente las posibilidades de lo que ocurrirá.

- Los resultados de las directivas siempre han de ser revisados en la sesión siguiente para tener un punto de referencia para saber cómo proceder si el resultado ha sido un éxito total o parcial o un fracaso. Si es un éxito el terapeuta deberá seguir viendo a los consultantes durante algún tiempo para estabilizarlos respecto al cambio, espaciando el intervalo entre sesiones para enviar el mensaje implícito de que hay avances importantes. Si es un éxito parcial puede repetirse la directiva. Si es un fracaso porque la directiva no se ha ejecutado sin causa aparente o de peso, se ha de hablar de ello lamentando el contratiempo y ofreciendo una alternativa.

- Con los consultantes que no responden a las directivas directas ha de recurrirse a un enfoque alternativo que induzca a los participantes hacia el objetivo, pero si esto tampoco resulta se debe diseñar otro plan.

- Al emplear el enfoque de la terapia breve directiva es importante negociar una definición clara del problema descrito por los consultantes en el motivo de consulta. Las directivas que ofrecen los mejores resultados son las que se apoyan en el problema presentado para inducir el cambio. Si el planteamiento del problema es ambiguo y sobre eso se diseña la directiva, no se obtendrán los resultados deseados, por consecuencia si el objetivo de la terapia tampoco es claro no será fácil diseñar la directiva

- Bajo esta perspectiva, el diseño de las directivas no ofrece mayor dificultad. Es preciso observar cómo se comportan los miembros de la familia respecto a los otros y se les pide que se comporten igual. La forma de impartir las directivas es hacer que parezcan razonables, la reacción al cambio y mantener el enfoque necesitan más creatividad que el diseño de la directiva.

- Al diseñar las directivas el terapeuta ha de tener presente que debe estar estructurada de acuerdo a los consultantes, es decir se debe adecuar a su manera de ser. Si son organizados y lógicos la directiva debe ser similar, lo mismo si son descuidados o si tienen alguna actividad en particular que les atraiga en común y pueda utilizarse como puntal para prescribir la directiva.

- Es importante también el modo en que se describen la magnitud de la directiva. Para algunos consultantes una tarea puede ser demasiado para ellas y otros no harán caso de una tarea pequeña. En suma, es preciso adecuarse a las características de los consultantes y su entorno.

## **7.6 Tipos de directivas**

Las directivas pueden clasificarse dependiendo de la forma en que han de impartirse: para que las ejecuten o para que *no* las cumplan. Es decir directas o indirectas.

### 7.6.1 Directivas directas

Las directivas directas se imparten con el objeto de qué se ejecuten y comprende pedirle a los consultantes que hagan algo diferente o que dejen de hacer algo en particular.

Si es posible provocar un cambio mediante directivas sencillas y directas, tanto mejor. Algunos consultantes pueden responder muy bien a tales situaciones, aunque son muy pocos los que lo hacen. De cualquier forma hay que tener mucho cuidado a la hora de dar sugerencias directas sobre una conducta determinada. Hay que revisar primero si los consultantes han recibido ya, tal vez sin resultado, un consejo parecido antes de formular una sugerencia inicial que sea a la vez limitada y de prueba. Es muy importante, además, estar dispuesto a retroceder y avanzar de una manera más indirecta, si el cliente se muestra inquieto e incómodo en lugar de esforzarse más. *«Es preciso gozar de un gran prestigio o tener reputación de experto para lograr que alguien abandone su comportamiento habitual con sólo pedirselo»* (Haley, 1976, pp. 51).

Es importante aclarar que es muy poco probable que se tenga éxito al limitarse en decirle a los consultantes que dejen de esforzarse tanto en solucionar su problema, por dos razones:

- El consultante cree que la solución que él aplica es el único modo lógico o razonable de afrontar su problema, y que actuar de otra forma sólo servirá para empeorar las cosas.

- Limitarse a decirle a alguien que abandone determinada conducta suele tener como consecuencia que el sujeto se haga más consciente de ella, con lo que se vuelve aún más difícil dejarla de lado.

La solicitud de cambio de conducta puede hacerse mediante consejos o impartiendo directivas para cambiar la secuencia que tiene lugar dentro de la familia. Los buenos consejos usualmente son inútiles a menos «*que se trate de un problema leve de tipo educacional*» (Haley, 1976, pp. 52). Otro aspecto importante de la inutilidad de los consejos es que sólo podrían tener efecto positivo si los consultantes tuvieran un control racional sobre sus actos, lo cual no es sustentable según la más ligera observación clínica.

Para motivar a los consultantes a que ejecuten las directivas directas el terapeuta les dirá que conoce y comparte su deseo de resolver el problema que les preocupa y una vez acordado el objetivo se ofrece la directiva como herramienta para alcanzar el cambio que se espera de la terapia. Cuando hay desacuerdo entre los participantes sobre el objetivo, es necesario diseñar la directiva de tal manera que reporte alguna ventaja para cada uno de los implicados. Para motivar a alguien es necesario que quede claro que se obtendrá un beneficio por el resultado. Para el diseñar e impartir las directivas directas el terapeuta se apoya en lo que ha aprendido sobre los consultantes durante la entrevista, utilizando lo que parezca más obvio y evidente como base de su labor persuasiva.

### 7.6.2 Directivas indirectas

Las directivas indirectas (o paradójicas) son aquellas que son diseñadas de tal manera que lo que se espera del resultado es que *no* se ejecuten. Es decir, son las que el terapeuta utiliza para los consultantes «*cuando quiere que se resistan y de ese modo cambien*» (Haley, 1976, pp. 65). El enfoque en que se basan este tipo de directivas es la idea de que hay personas que acuden, piden ayuda y rechazan el apoyo que se les brinda. Este tipo de personas son las que se empeñan en hacer fracasar a los terapeutas creando una situación frustrante para ambas partes.

Usualmente las familias que se encuentran en una situación estable se oponen de alguna manera al cambio, pero cuando se encuentran en una situación de crisis y por consecuencia se encuentran inestables tienden a ejecutar las directivas porque tratan de estabilizarse. Con las familias que se resisten al cambio es que si se les pide que cambien se les está invitando a la inestabilidad a lo que pueden reaccionar en contra. Pero todos los que buscan ayuda lo hacen motivados por su inestabilidad manifestada por su problema. Generalmente una familia se estabiliza alrededor de la idea de que uno de los miembros representa un problema y es hasta que se presenta un factor externo que se precipita el conflicto y la consecuente desestabilización. Al tratar de modificar la situación de la persona problema se tiende a desequilibrar a la familia, por lo que es posible que se encuentre resistencia de intensidad variable. Las tareas paradójicas tienen la finalidad de enfrentar tal situación. Con ellas se pueden abordar dos enfoques generales: «1) *encarar a la familia en*



*un sentido global; 2) impartir directivas que sólo involucren a una parte de ella» (Haley 1976; pp. 64).*

1) Directivas con enfoque global de la familia. En este enfoque se contempla la dificultad que se presenta cuando se resuelve un problema que aqueja a una familia y las consecuencias que pudieran manifestarse a nivel familiar. *«El enfoque paradójico presenta siempre dos mensajes, transmitidos a niveles diferentes: "Cambien", y, dentro del marco del mensaje, "No cambien"» (Haley, 1976; pp. 65).*

2) Directivas que involucran a una parte de la familia. En el CAPSIC, debido a que generalmente se presentan a consulta un adulto y un menor a quien se identifica como «el problema», es conveniente centrarse en este tipo de directivas ya que se enfocan a uno o dos personas en particular, aunque el procedimiento es el mismo: pedir a los consultantes que se mantengan sin cambios dirigiendo tal solicitud con el objetivo de ayudar a cambiar.

El enfoque indirecto se utiliza cuando se espera que los consultantes no cooperarán fácilmente. Para motivar a los consultantes a que ejecuten las tareas en el enfoque indirecto se puede proceder de la siguiente manera:

Se les pide que hablen de todos los intentos por solucionar su problema que no han sido de utilidad, entonces los consultantes esperarán y desearán que «alguien» les pueda ayudar y decir algo específico que les ayude a solucionar su problema.

Alentar a los consultantes a que expliquen qué tan desesperada es su situación, conviniendo con ellos que efectivamente es bastante mala en vez de tranquilizarlos, esto permitirá que los consultantes estén dispuestos a escuchar la propuesta del terapeuta para solucionar el problema.

Otra manera de motivar a los consultantes para que ejecuten las directivas se plantea cuando están comentando cómo han mejorado las cosas, el terapeuta concuerda con esa perspectiva y después les pide que lleven a cabo la directiva porque eso los ayudará a progresar más.

Las etapas de una directiva indirecta paradójica son (Haley, 1976, pp. 69-72):

- 1) Establecer una relación tendiente a provocar un cambio.
- 2) Definir claramente el problema.
- 3) Fijar los objetivos con claridad.
- 4) Ofrecer a los consultantes un plan con una explicación lógica que haga razonable la directiva paradójica, aunque también se puede impartir la directiva dejando que el plan permanezca implícito.

5) Descalificar diplomáticamente a quien se ocupa habitualmente de tratar de «solucionar el problema» y explicar que no está haciendo lo adecuado.

6) Impartir la directiva paradójica.

7) Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento solicitado. El terapeuta no debe sentirse satisfecho con una mejora parcial, sino que insistirá en su plan, definiendo como falta de cooperación todo progreso que implique una disminución de la conducta solicitada.

8) A medida que continúa el cambio, el terapeuta ha de evitar que se le adjudique el logro obtenido, ya que esto implicaría aceptar que las recaídas están relacionadas con el terapeuta. Una manera de evitar que se adjudique el cambio al terapeuta es que se muestre perplejo ante la mejoría.

#### **7.6.2.1 Tareas metafóricas**

Dentro de las directivas indirectas existe otra modalidad denominada «tareas metafóricas». Como norma general, se le pide implícitamente al consultante que renuncie a una conducta concreta cuando se le enseña explícitamente a que lleve a cabo otra conducta que se sugiere por medio de una directiva específica que de por sí excluya la conducta que se desea eliminar.

En este enfoque el terapeuta elige como meta cambiar alguna actividad familiar, como segundo paso escoge una parecida a la que quiere modificar pero que les resulte más fácil a los miembros de la familia, conversando sobre ella para informarse e influir en sus opiniones. Finalmente les asigna una tarea dentro de esta actividad, pero que permita alcanzar los resultados deseados tanto en ella como en la que se quiere cambiar.

### **7.7 Informe del resultado**

Cuando se imparte una directiva es necesario solicitar un informe sobre la misma en la siguiente entrevista. Usualmente se presentan tres situaciones: la directiva se ha cumplido, no se ha cumplido o se ha cumplido parcialmente (Haley, 1976, pp. 61).

#### **A) Cuando la directiva se ha cumplido.**

En este caso se felicita a los consultantes y se continúa la entrevista.

#### **B) Cuando la directiva no se ha cumplido.**

Si la directiva no se ha cumplido y los consultantes no tienen una excusa válida, el terapeuta no debe mostrarse indiferente, porque una vez que ha impartido una directiva ha iniciado un proceso que es necesario terminar. Haley (1976) recomienda que se manifieste a los consultantes que han fallado, pero no al terapeuta ni al tratamiento, sino a sí mismos y por tanto han perdido una oportunidad. El terapeuta ha de tener mucho cuidado de no dar una idea implícita de que el terapeuta ha fracasado y se siente decepcionado.

Cuando la directiva no se ha realizado el terapeuta puede abordar tal situación, diciendo que era muy importante la tarea y que está mal que no la hayan realizado ya que era por su propio bien y que ahora será imposible saber que tan benéfica hubiera sido para ellos. Esta situación puede emplearse para que las directivas que se impartan en adelante si sean ejecutadas por los solicitantes.

C) Cuando la directiva sólo se ha cumplido parcialmente.

Es preciso averiguar por qué no se concluyó la ejecución de la directiva. Hay veces en que los consultantes no han podido hacer la directiva por motivos específicos, pero hay otras en que no tienen excusas válidas. El terapeuta no debe tomarlo con ligereza porque con ello resta importancia tanto al tratamiento, las directivas como a él mismo; haciendo más difícil que los consultantes ejecuten otra directiva que se les imponga.

# CAPÍTULO 8

## MAPA ESTRUCTURAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO

### 8.1 Introducción

Para el terapeuta el objetivo principal a lo largo de la primera entrevista consiste en obtener información adecuada sobre el problema: su naturaleza, cómo se constituyó, cuándo no se presenta, quién más está involucrado, cómo lo están enfrentando, los objetivos mínimos del cliente, y cómo ha de intervenir para modificar tal situación. En tal base se sustenta todo el proceso terapéutico para que llegue a buen fin.

La información adecuada es un requisito imprescindible para llevar a cabo un tratamiento breve y efectivo, dado que sirve como base para planificar y realizar las intervenciones. Por información adecuada se considera aquella que es clara, explícita y que se manifiesta en términos de conducta. Dice Haley que: *«Si una terapia exitosa es aquella que resuelve los problemas de un cliente, entonces debe saber cómo formular un problema y cómo resolverlo»* (Haley, 1976, pp. 13). Es importante notar que por lo general la gente no puede informar en forma adecuada sobre su situación social, esto es trabajo del terapeuta

aunque hasta él puede ser imparcial. Es importante también preguntar sobre lo que el cliente ha hecho por solucionar el problema, las excepciones que se han dado durante la presentación del problema y sobre las personas que están íntimamente relacionadas con él. Se debe tener presente para el manejo de la sesión que hay ciertos clientes que se empeñan en impedir que se realice todo el proceso de recolección de información adecuadamente.

Es primordial para la terapia tener una idea muy clara de lo que se espera de ella, es muy común que se confundan los objetivos del tratamiento con los objetivos institucionales y por tanto un diagnóstico para una situación no necesariamente es útil para la otra. Para que una terapia termine adecuadamente, debe comenzar de la misma manera. El acto terapéutico empieza por la manera de examinar el problema. Un terapeuta se debe acercar a cada individuo pensando que esa persona y la situación social que presenta bien puede requerir un procedimiento único en su género. Las variables son muchas, pero la mayoría caen en las categorías de tiempo, lugar, número de personas involucradas e intervenciones especiales necesarias para iniciar el tratamiento.

## **8.2 Metas principales para la primera entrevista**

Cuatro metas principales conforman el trabajo en la primera entrevista:

- 1) Unirse a la familia, acomodarse al estilo de los consultantes y crear un ambiente en el cual se sientan cómodos (Minuchin, 1974).

2) Organizar la entrevista para que los consultantes empiecen a tener confianza en el liderazgo del terapeuta.

3) Reunir información sobre el problema en forma tal que las transacciones acerca del mismo se aclaren.

4) Negociar un contrato, enfatizando la iniciativa de los consultantes en definir metas y cambios deseados.

### **8.3 Fases antes de la primera entrevista**

#### **I. Primer contacto**

La meta de esta fase es hacer contacto con la familia y pactar la primera entrevista.

1.- Reunir información básica, incluyendo nombres, dirección, y número telefónico.

2.- Obtener una breve descripción del problema.

3.- Identificar a los miembros de la familia y otras personas involucradas con el problema (incluyendo a la persona o institución que refiere a terapia. Además, si es el caso, qué tipo de tratamientos alternos se siguen en relación con el problema).

4.- Pactar la primera entrevista, incluyendo:



A. Decir a él o los acompañantes que se entrevistará a los que acuden para obtener información sobre su motivo de consulta y que, si se considera necesario, se solicitará la participación de otros miembros de la familia a juicio del terapeuta (cuantas más personas participen en las entrevistas, tanto más eficaz y rápida será la terapia).

B. Fecha y hora de la entrevista.

C. El lugar dentro del CAPSIC donde se llevará a cabo el tratamiento.

D. La cantidad a pagar y el procedimiento para hacerlo (esta parte es aclarada por la recepcionista aunque es conveniente que el terapeuta lo haga también).

5.- Si el caso es referido por otra persona o institución:

A. Preguntar sobre lo que la persona que remite entiende del problema.

B. Clarificar qué es lo que la persona que refiere espera de la terapia.

C. Acordar sobre cuanta información y de qué tipo puede ser proporcionada por el terapeuta a la persona o institución que remite.

## **II. Formular hipótesis**

El propósito de esta fase es desarrollar hipótesis iniciales que ayuden a guiar la exploración de tópicos de la primera entrevista.

1.- Desarrollar hipótesis tentativas a ser evaluadas durante la entrevista (estas hipótesis pueden incrementarse y revisarse con nueva información obtenida a lo largo del tratamiento y no se dan a conocer a los consultantes por ningún motivo).

A. Empezar por identificar tentativamente (con los datos obtenidos) las secuencias, la organización y el contexto social (identificando a quien remite el caso a consulta) en que se presenta el problema.

B. Sobre este fundamento, construir hipótesis usando otros datos como la naturaleza de la referencia, el tono emocional que comunica quien solicita la entrevista y de la persona identificada como el paciente. Una cuestión de fondo en los datos que se obtienen de los consultantes es que son fundamentales para formar hipótesis verificables.

2.- Desarrollar una estrategia para la primera entrevista, incluyendo preguntas específicas, observaciones o tareas que facilitarán la obtención de datos y que ayuden a probar o refutar las hipótesis. La estrategia puede ayudar a prevenir pensamiento confuso o ir a la deriva en la sesión.

3.- Desarrollar hipótesis iniciales y una estrategia de trabajo, cuidando mantenerse abierto a la singularidad de los solicitantes y a la información que sostienen hipótesis alternas.

#### **8.4 Fases de la primera entrevista**

##### **III. La presentación**

Porque es difícil para la mayoría de las personas acudir al tratamiento, la meta de esta fase es dar la bienvenida e identificar a los miembros de la familia y empezar por presentarles el estilo de la terapia y al terapeuta.

1.- Presentarse ante los solicitantes y preguntarles sus nombres y cómo quieren ser llamados.

2.- Invitar a los solicitantes a sentarse donde ellos prefieran (esta información puede usarse más adelante como diagnóstico).

3.- Informar a los solicitantes sobre la habitación (si hay supervisores detrás un espejo de visión unidireccional)<sup>1</sup> y el formato de la sesión.

---

<sup>1</sup> Esta es la forma más adecuada de trabajar. En la presente investigación se prescindió de esta parte debido a la imposibilidad práctica para hacerlo.

4.- Si se graban las sesiones obtener el permiso para hacerlo (de preferencia por escrito), los solicitantes tienen el derecho de negarse a ser grabados.

#### **IV. La fase social**

La meta de la fase social es construir un ambiente cordial para los consultantes, para conocerlos mejor y para ayudarlos a estar más cómodos.

1.- Ayudar a la familia a que se sientan cómodos para introducir por medio de una conversación informal la agenda de trabajo: *«Me ayudarían si primero me proporcionan alguna información sobre ustedes»*.

2.- Incrementar el contacto con cada uno de los consultantes pidiendo información acerca de sus actividades cotidianas (escuela, trabajo, matrimonio, el hogar, entretenimientos, habilidades, etcétera). Tratando de encontrar en cada persona lo que es interesante (además esto puede ayudar para diseñar la directiva terapéutica). Buscando la oportunidad de mostrarse más amable y menos intimidatorio a los consultantes.

3.- Mientras se habla con los consultantes, es necesario recordar dar especial atención y respeto al adulto que conduce las respuestas de los consultantes. Hay que hacer un esfuerzo especial para conectar esto con la familia y con quien está distante, especialmente con el padre que no fue el que hizo el contacto inicial (o el que no esté presente).

4.- Identificar tipo de lenguaje y la conducta no-verbal de cada miembro de los consultantes y procurar hacer juego y usar este estilo y lenguaje en las sesiones subsecuentes cuando se trabaje con esa persona.

## **V. Identificar el problema**

La meta de esta fase es explorar la visión de cada miembro de los consultantes del problema en términos de una conducta específica, tan claro como la solución que ha sido intentada.

Pasos a seguir para la fase de identificar el problema:

1.- Continuar definiendo la agenda de trabajo: *«Algunas veces las personas de una familia tienen diferentes puntos de vista sobre lo que el problema es. Hoy me gustaría escuchar de cada uno de ustedes acerca de cómo ven la situación que les ha traído aquí».*

2.- Dirigirse a cada miembro de la familia, empezando usualmente con el adulto quien aparece como el más distante al problema (si algún miembro importante no está en la consulta, hay que solicitar información de los presentes acerca de la opinión que tiene del problema, también se puede solicitar su presencia para sesiones subsecuentes).

3.- Ayudar a los consultantes a ser concretos y específicos a lo que se les pregunta:  
*«¿Cómo es esto un problema para usted (para ti)?», «¿Cuándo empezó el problema?»,  
«¿Qué los hizo venir ahora y no antes?»*

4.- Encontrar qué miembros de la familia han intentado resolver el problema y qué resultados obtuvieron de esos intentos (esta información es importante para evitar que el terapeuta no caiga en el error de ofrecer «soluciones» que los participantes ya han intentado y que no les han funcionado).

5.- Explorar el involucramiento de otros en el problema: *«¿Le han hecho saber a otras personas sobre el problema?»*

6.- Preguntar sobre cambios recientes en la familia como cambios de casa, enfermedades, muertes de personas importantes para la familia, cambios de empleo o despidos, y la entrada o salida de personas de la organización familiar. Mientras se mantiene un foco sobre la presentación del problema, hay que tener conciencia de los cambios contextuales en el sistema familiar que influyen y son influidos por el problema presentado.

7.- Principios básicos del proceso:

A. Alentar a los consultantes a ser específicos pidiendo ejemplos.

- B. Ayudar a los consultantes a clarificar sus pensamientos.
- C. Mantener una postura empática y no crítica con cada persona.
- D. Ratificar la importancia de la contribución de cada persona.
- E. En este punto, no ofrecer consejo o interpretaciones aunque sean solicitadas.
- F. Detener las interrupciones de alguien si lo hace de manera persistente.
- G. Señalar, pero no enfatizar los desacuerdos entre los consultantes.
- H. Ir con calma.

#### **VI. Observar las secuencias**

La meta de esta fase es traer el problema dentro del consultorio para que el terapeuta y los consultantes puedan obtener una imagen clara de las secuencias de conducta de los miembros de la familia alrededor del problema.

1.- Haber clarificado a los consultantes un aspecto conductual específico de la presentación del problema de una o varias formas:

A. Preguntar a miembros específicos de la familia (por ejemplo: padre y madre, padre e hijo, hermano y hermana, etcétera) para hablar a cada uno sobre el problema y cómo ha sido manejado.

B. Haber descrito a los miembros de la familia las interacciones de *otros* miembros de la familia como ellos responden al problema («Sergio, cuando te estás peleando con tu hermana, que hace tu mamá?» «Y cuando tu madre hace eso, ¿qué hace tu papá?»)

C. Haber replanteado a los miembros de la familia un ejemplo del problema (por ejemplo: «Muéstrenme qué sucede en su casa cuando Cristina tiene un berrinche»).

2.- Regresar, observar, y escuchar a los consultantes en orden para hacer una evaluación interaccional, notando especialmente las conductas de secuencia repetitiva particulares que ocurren alrededor del problema (las observaciones del terapeuta no han de ser comunicadas a los consultantes).

3.- Si algún cambio en la interacción familiar es propuesto, este cambio debe estar basado en metas terapéuticas claras y conductas de los consultantes en la sesión (por ejemplo: si la madre es quien se ocupa de disciplinar al niño en la sesión mientras el padre permanece tranquilo y distante, el terapeuta puede sugerir : «Pedro, podría ayudar a su hijo a encontrar algo con que jugar, mientras que usted, María, podemos continuar hablando aquí»).



4.- Felicitar a un consultante específico por acciones concretas que fueron positivas (por ejemplo: *«María, parece tener algunas buenas ideas para hacer que su esposo la escuche»*).

## VII. Definir metas

La meta de esta fase es cristalizar las metas del tratamiento como vistas por cada miembro de la familia en términos realistas y específicos de conducta.

1.- Preguntar a cada uno de los consultantes para resumir qué le gustaría a él o a ella ver como cambio (advertir similitudes y diferencias entre las metas de diferentes miembros de la familia, si algún miembro importante de la familia no esta presente en la sesión preguntar a los consultantes cuáles creen que son las metas de la persona ausente).

2.- Definir los cambios en términos de conductas específicas y positivas más que conductas negativas (por ejemplo: *«Me gustaría que mi papá me ayude con la tarea»* en lugar de *«Me gustaría que mi papá me deje de regañar por mi tarea»*)

3.- Subrayar las fuerzas de la familia al preguntar, *«Estoy seguro de que hay bastante que pueden hacer juntos y qué les gustaría continuar haciendo. ¿Qué les gustaría que no cambiara?»* (Esta pregunta puede darse a los consultantes como una tarea para que lo piensen antes de la siguiente sesión).

4.- Ayudar a los miembros de la familia a especificar sus expectativas en forma más clara y realista preguntando: *«¿Cuál debería ser el cambio más pequeño que puede indicar que las cosas se están moviendo en una buena dirección?»*

5.- Cuando los consultantes se muestran muy ansiosos es necesario calmarlos. Algunas veces asignar una tarea, como preguntarles para obtener más información sobre el problema, es útil en este punto.

### **VIII. Establecer un contrato**

La meta de esta fase es buscar un acuerdo respecto a la continuación de la terapia y su estructura.

1.- Al final de la entrevista preguntar a la familia sobre el siguiente paso, enfatizando su iniciativa (por ejemplo: *«¿Cuál consideran es el plan para proceder?»*).

2.- Si los consultantes deciden no continuar es necesario ofrecer la referencia de otro terapeuta dentro del mismo CAPSIC o de otro lugar o indicar cómo pueden regresar a la terapia en el futuro. Si deciden continuar, hacer los arreglos para la próxima sesión y decidir quién será atendido (la estructura del tratamiento es responsabilidad del terapeuta).

3.- Algunas familias pueden querer contratar un número específico de sesiones. Esta opción debería ser considerada porque algunas familias trabajan más, específicamente cuando el terapeuta esta limitado por el tiempo.

4.- Acordar lo que los consultantes han de pagar y el procedimiento para hacerlo (que en el CAPSIC en términos generales ha de ser a través de la recepcionista).

5.- Si es el caso, solicitar a los adultos consultantes la autorización por escrito para grabar las sesiones, indicando que se hace así para reunir información relevante sobre el caso y que si se ha de usar con propósitos de investigación será bajo la más estricta confidencialidad y previa autorización de los consultantes.

6.- Preguntar a los consultantes si tienen alguna duda.

7.- Concluir la entrevista.

#### **IX. Revisar la primera sesión**

Usar la siguiente lista para evaluar el proceso de la primera entrevista.

Al final de la primera entrevista, el terapeuta debe haber efectuado los siguientes puntos:

1.- Hacer contacto con cada uno de los consultantes y ayudarles a sentirse tan cómodos como sea posible.

2.- Establecer el liderazgo del terapeuta para aclarar la estructura de la entrevista.

3.- Desarrollar una relación de trabajo con la familia sin ser demasiado «profesional» ni demasiado «personal».

4.- Detectar las fortalezas de los consultantes, de la familia, y de cada uno de los miembros.

5.- Mantener una posición empática, apoyando a los consultantes evitando las críticas y los reproches.

6.- Identificar el problema específico que los consultantes llevan a consulta y sus intentos previos para solucionarlo.

7.- Empezar a aprender el sistema de creencias de los consultantes y el estilo de la descripción y perspectiva sobre el problema de cada uno los participantes.

8.- Empezar a entender las interacciones repetitivas sobre la conducta problema de cada uno de los participantes en particular y de la familia en general.

9.- Reunir información sobre otras personas significativas que estén involucradas con el problema.

10.- Negociar con los consultantes un contrato que sea aceptado mutuamente.

#### **X. Revisión de las hipótesis**

Usar la información reunida en la primera entrevista para revisar, refinar o refutar las hipótesis previas a la entrevista y planear las de la siguiente entrevista.

#### **XI. Contactar con la persona que refiere (opcional)**

Si la persona que refiere no estuvo presente en la primera entrevista, contactar con ella.

1.- Indicar que los consultantes han sido vistos y comunicarle el contrato del tratamiento que ha sido negociado.

2.- Obtener la perspectiva de la persona que refiere sobre el problema.

3.- Compartir brevemente una evaluación inicial de los consultantes y su problema.

La supervisión es importante aquí para ayudar a determinar qué información debería

compartirse con la persona que refiere dependiendo de la posición de esa persona dentro del sistema familiar.

4.- Dictar el fundamento de cualquier colaboración necesaria para llevar a cabo la estrategia del tratamiento.

## **XII. Reunir la información**

Recabar la información necesaria para los archivos del CAPSIC y para los archivos personales de la información relevante de la entrevista.

### **8.5 Metas principales para la segunda entrevista**

Para la segunda entrevista se tienen como base las siguientes metas:

1) Mantener un buen clima social en la entrevista y mantener el liderazgo del terapeuta.

2) Reunir información sobre la disposición a la terapia por los consultantes con base en el contrato establecido en la sesión anterior.

3) Establecer un diagnóstico *para la terapia*.

4) Diseñar e impartir una directiva.

## **8.6 Fases de la segunda entrevista**

### **I. Mantener un clima cordial dentro de la terapia.**

La meta de esta fase es que tanto los consultantes como el terapeuta se sientan cómodos para poder iniciar el trabajo terapéutico

- 1) Iniciar la segunda sesión con una apertura parecida al *rappori* inicial.
- 2) Hablar brevemente a todos y cada uno de los consultantes cuidando con quien ha de dirigirse primero con base a la información que se ha obtenido previamente.

### **II. Identificar cómo se presentan los consultantes respecto a la sesión anterior.**

Esta fase tiene como meta obtener información sobre lo que los consultantes perciben como novedoso en la situación que viven como problemática.

- 1) Obtener la descripción de los consultantes en cuanto a si se sienten mejor, igual, confusos o peor (Selekman, 1993).
- 2) El terapeuta ha de ubicar cada caso y con esa base y su plan previo proceder a desarrollar la entrevista.

### **III.- Interacción**

La meta de esta fase es llevar el problema al consultorio, es decir solicitar a los consultantes que interactúen.

1) El terapeuta obtiene la descripción de los entrevistados sobre el problema.

2) No basta con obtener una descripción del problema, es preciso que los consultantes dialoguen entre si sobre el problema y aquí el terapeuta deja de ser el centro de la conversación.

### **IV. Reflexión de los datos obtenidos hasta el momento**

Esta fase tiene como meta que el terapeuta conjunte la información obtenida en una línea apoyada en los aspectos relevantes de la terapia breve directiva.

1) El terapeuta ha de salir un momento del consultorio para reflexionar sobre la información obtenida y entonces diseñar un plan de trabajo.

2) En una situación óptima el terapeuta debería contar con supervisor que observe la sesión al otro lado de un espejo de visión unidireccional para que oriente al terapeuta sobre el curso de la sesión.



## **V. Diseñar una directiva**

En esta fase durante el momento de reflexión fuera del consultorio, el terapeuta (con el supervisor, si es el caso) diseñará la directiva que ha de impartir a los consultantes\*\* (ver capítulo 7).

## **VI. Plantear la directiva a los consultantes.**

La meta de esta fase es ofrecer la directiva a los consultantes de manera tal que se procure que la lleven a cabo.

## **VII. Despedida**

En esta fase, el terapeuta debe tener cuidado de asegurarse de no prolongar la despedida demasiado tiempo. En algunos casos al impartir la directiva (especialmente cuando es indirecta) es recomendable terminar la sesión inmediatamente después de describir la directiva y de aclarar las dudas de los consultantes al respecto.

## **VIII. Revisión de la sesión**

Nuevamente el terapeuta revisará todos los pasos llevados a cabo durante la sesión para evaluarla y diseñar la siguiente entrevista.

---

\*\* Lo óptimo es que las directivas se impartan durante la primera sesión. Aquí se incluye esta fase en la segunda sesión con fines esquemáticos y de que el principiante se dé tiempo para diseñarla con base en la mayor cantidad de información obtenida.

### **8.7 Metas principales para la tercera entrevista y subsiguientes**

Durante la tercera entrevista y las subsiguientes, la tarea principal del terapeuta consiste en ampliar y consolidar activamente los cambios de forma tal que la diferencia sea notable y perdure largo tiempo luego de completarse la terapia, para los participantes en particular y para la familia en general. Cuatro metas principales conforman el trabajo en la primera entrevista:

1) Revisar el resultado de la directiva y evaluar cómo se presenta la familia (mejor, igual o peor).

2) Si es necesario diseñar e impartir una nueva directiva.

3) Consolidar el cambio

4) Preparar la terminación del tratamiento.

### **8.8 Fases de la tercera entrevista y subsiguientes**

#### **I. Mantener un clima social adecuado.**

El terapeuta se cuidará de que el clima de confort y confianza de los participantes se mantenga.

## **II. Revisar los resultados de la directiva.**

El terapeuta en esta fase evaluará y procederá de acuerdo a la ejecución de la directiva.

- 1) Si se realizó la tarea.
- 2) Si no se realizó la tarea.
- 3) Si se realizó parcialmente

## **III. Analizar los resultados obtenidos**

Con base en la anterior fase, el terapeuta recabará y analizará los resultados que se hayan obtenido de la ejecución parcial o completa de la directiva y como procederá en lo subsecuente con los datos obtenidos.

## **IV. Consolidar los cambios.**

Apoyado en las estrategias generales (ver capítulo 5), el terapeuta se ocupará de que el cambio logrado se consolide a través del tiempo.

## **V. Diseñar una nueva directiva (si es necesario).**

Dependiendo de los resultados de la directiva y de su cumplimiento (o no) se procederá a impartir una nueva directiva si el terapeuta lo considera conveniente.

## **VI. Preparar la terminación del tratamiento.**

Conforme se avance en el tratamiento y se vayan presentado los cambios, el terapeuta irá espaciando el intervalo entre consultas diciendo con ello que el tratamiento se va haciendo cada vez menos necesario.

## **VII. Concluir la sesión**

En esta fase se terminará la sesión que corresponde haciendo comentarios o impartiendo una nueva directiva según sea el caso.

## **VIII. Revisión de los datos obtenidos.**

El terapeuta procede a revisar la información obtenida durante la sesión para evaluar el proceso terapéutico general.

### **8.9 Metas principales de la terminación del tratamiento**

En esta fase el terapeuta finalizará el tratamiento y se adecuará a si el problema se ha resuelto o no (ver capítulo 5).

1) Consolidar el cambio

2) Ampliar el cambio

3) Terminar el tratamiento.

## **8.10 Fases de la terminación del tratamiento**

### **I. Hacer una revisión de los resultados con base en el objetivo terapéutico.**

Con base en el objetivo propuesto para el tratamiento, el terapeuta evaluará el logro del mismo.

### **II. Diseñar un plan de seguimiento para asegurarse de la consolidación de los cambios**

Es preciso que, dependiendo de la dificultad del problema presentado, se diseñe un plan de seguimiento (por medio de sesiones o por vía telefónica) para asegurarse del mantenimiento de los cambios logrados.

### **III. Cuando el objetivo no ha sido alcanzado**

En esta fase si el objetivo no ha sido alcanzado, decidir:

1) Si se puede hacer un cambio de dirección que replantee el tratamiento.

2) Si el terapeuta cuenta con los elementos suficientes para realmente ser de ayuda, de no ser así es conveniente que el caso se derive (aunque en la terapia breve directiva ésta no es una posibilidad usual, excepto en casos extremos)

# **CAPÍTULO 9**

## **ANTECEDENTES DE LA PRESENTE**

### **INVESTIGACIÓN**

Este trabajo es producto de un proyecto de investigación que se inicio en 1991 y continúa a la fecha. Como cualquier proceso, se ha modificado constantemente y lo único que permanece del proyecto original es el objetivo: encontrar un modelo terapéutico breve y eficaz para la principal población demandante de consulta del Centro de Atención Psicológica a la Comunidad (CAPSIC) de la Universidad Salesiana.

El CAPSIC fue creado en febrero de 1972 por la Lic. Ma. Elizabeth Ramírez con el objetivo de dar servicio de apoyo psicológico a las personas que así lo soliciten. El procedimiento habitual es que los alumnos de psicología que se encuentran cursando sus últimos semestres atiendan a la población demandante de apoyo psicológico.

Este trabajo de investigación fue promovido por la Lic. María Elizabeth Ramírez directora del IUCE desde 1980 a la fecha y en ese momento también directora del CAPSIC, quien junto con el autor se preguntaron si la psicoterapia breve sería una alternativa de

tratamiento que pudiera aplicarse para la población solicitante que eran en su mayoría niños llevados por un adulto.

Partiendo de esa base y apoyándose en observaciones no controladas y con pláticas con el personal del CAPSIC se identificó que lo que motivaba la consulta era:

- el comportamiento del niño en la escuela,
- el comportamiento del niño en la familia,
- un síntoma que se presentaba en la escuela, en casa o en ambas, y
- problemas de rendimiento escolar

Se decidió que esa fuera la población objetivo del presente estudio y que el niño estuviera entre los seis y doce años de edad por varios motivos:

- es la mayoría de la población demandante del CAPSIC,
- son casos en que el paciente identificado no acude a solicitar el servicio por su propia voluntad, y

- ofrece ventajas de estudio debido a que no se presentan cambios significativos dentro del desarrollo individual, ni del desarrollo del ciclo vital de la familia en coincidencia con diferentes teorías del desarrollo.

Se procedió entonces a escoger el modelo de tratamiento. La idea original era copiar totalmente un modelo y adaptarlo a las necesidades del CAPSIC. En este punto se presentaron dos alternativas: 1) Imitar un modelo de psicoterapia breve psicodinámica y adaptarlo a las necesidades del CAPSIC. 2) Emular un modelo de psicoterapia psicodinámica para niños y procurar abreviarlo.

Debido a las dificultades que presentaba semejante tarea, se decidió plantear una tercera opción: adaptar el modelo de psicoterapia breve de Leopold Bellak (Bellak y Small, 1978, y Bellak y Siegel, 1983) como base y agregar técnicas de psicoterapia general para niños que pudieran ser de utilidad. El modelo de Bellak se adaptaba perfectamente a tales expectativas porque se basaba en una epistemología psicodinámica pero no dudaba en incluir constructos como el reaprendizaje u otros de la teoría conductual. Además, se pensaba, ofrecía una alternativa de tratamiento que permitiría resultados a los demandantes en tiempos cortos y como elemento didáctico para los entrevistadores.

Lo anterior fue decidido con la premisa de que el momento en que los padres solicitan terapia para los niños, se encuentran en una situación de apuro provocada por el motivo que los llevó a consulta. Luego entonces el objetivo de trabajo terapéutico era



enfocarse a la demanda explícita y determinar el motivo de consulta latente. Como en la mayoría de los casos la demanda se establecía en función de los niños y que estos eran los que requerían el servicio se procedió a hacer el primer diseño enfocado a ellos.

Con base en la idea de Bellak de apoyarse en la teoría del aprendizaje, se incluyó la técnica de dejar «tareas» a los participantes con la idea de que al hacerlas o no, se proporcionara información al terapeuta acerca de «la dinámica de la familia». Hubo resultados interesantes pero un caso en particular marcó una diferencia en el modo de pensar del terapeuta: Se presentó una señora con su hijo de 11 años que a decir de ella «*era muy rebelde y nunca obedecía*». Se observó que la señora siempre daba órdenes «confusas» al niño de lo que quería que él hiciera. Al terapeuta no se le ocurrió en ese momento una tarea en particular para que hicieran en casa, entonces les pidió que siguieran haciendo lo mismo, sin cambio alguno. El terapeuta quedó sintiéndose culpable por no haber dejado una tarea concreta, pero a la siguiente sesión su sorpresa fue mayúscula cuando le informaron que «*las cosas han cambiado, ahora ya nos ponemos de acuerdo en lo que queremos y eso nos ha hecho funcionar mejor*». Los participantes pidieron no continuar con el tratamiento a pesar de que el terapeuta les interpretó una «resistencia», temiendo que el cambio fuera temporal. Los participantes insistieron y abandonaron al tratamiento. El terapeuta se quedó sumido en serias reflexiones acerca del «qué» y «cómo» había pasado ¿fue eso un fracaso o un acierto? Se dejó ese aspecto en puntos suspensivos.

Con el producto de las primeras observaciones de la aplicación del modelo se produjeron los primeros cuestionamientos: ¿Cuándo era el momento adecuado para entrevistar al acompañante para recabar información sobre el problema en cuestión? ¿Debiera ser a solas o en presencia del niño? ¿Por qué los niños eran los que siempre «estaban mal»?

En esta parte de la investigación se observó una curiosa cuestión: siempre el acompañante tenía algo que decir sobre sí mismo y sus propios problemas. Se procedió entonces a diseñar el nuevo modelo incluyendo al acompañante al proceso terapéutico. Además seguía apareciendo de forma constante que el «que estaba mal» era el niño, es decir no se ofrecía un margen de error según la apreciación del acompañante lo cual por supuesto era muy sospechoso (¿Por qué el síntoma o el problema era siempre asignado al niño por un adulto?) y motivaba a la reflexión para el diseño del nuevo modelo. En la búsqueda de alternativas terapéuticas en este momento se optó por preguntar sobre lo que el niño sí hacía bien a juicio de quien demandaba el servicio, esto fue un paso importante en la investigación; desde que se pensó en que no todo estaba perdido ya no se pudieron ver los problemas humanos de la misma manera. El aspecto importante que marcó esta fase de la investigación fue la inclusión del acompañante: ya no se contemplaba al niño como portador de una disfunción psicológica, sino como participante de un problema que incluía situaciones más amplias que la exclusivamente individual.

En este punto se encontró un gran problema: la literatura sobre psicoterapia psicodinámica general y psicoterapia breve no ofrecían referencias sobre la función del acompañante al tratamiento, ni de su inclusión en él y ni que decir de las excepciones a los problemas. Es decir, lo que se estaba viendo en esos momentos era que había una situación *relacional* y el enfoque psicodinámico sólo plantea un enfoque personal con base en procesos internos.

Sobra decir que lo anterior indujo numerosas reflexiones, principalmente porque no coincidía plenamente con las propias observaciones; principalmente en la parte del acompañante, la remisión y el motivo de consulta. La bibliografía psicodinámica no proporcionaba muchas referencias al respecto. Sólo Sullivan (1945) planteaba un enfoque «interpersonal» y MacKinnon y Michels (1971) hablaban del papel del acompañante del paciente de emergencia. Esto no respondía plenamente la cuestión de por qué el acompañante del niño envolvía el problema que los traía a consulta con su propio problema y con su propia visión del asunto. Luego entonces era menester investigar sobre el papel del acompañante y su relación con el contexto, incluyendo al paciente identificado.

Se tenía también la observación de que usualmente el acompañante era la madre, ocasionalmente la abuela (materna o paterna, dependiendo de quien vivía más cerca del paciente identificado y su familia), a veces una tía y casi nunca el padre. Además, cuando ambos padres acompañaban al paciente identificado los resultados eran más inmediatos y satisfactorios; pero se ignoraba el «cómo» era que funcionaba así. También se descubrió que

muchos casos eran derivados por la escuela a la que acudían los niños, por lo que la motivación al tratamiento era muy limitada. En una minoría, los casos de niños eran remitidos por otros medios (algún familiar o conocido que sabía del CAPSIC). Esto era muy importante y muy difícil de explicar bajo el modelo psicodinámico y se mantuvo sólo como una reflexión en busca de un marco adecuado de explicación y aplicación.

Cuando se invitaba a los padres a participar en el tratamiento en conjunto, se obtenían las más variadas respuestas pero con dos aspectos subyacentes importantes y constantes: o cooperaba el acompañante con ciertas reservas, o de plano abandonaban el tratamiento. Parecía que el objetivo del acompañante era eliminar el problema que les había ocasionado la conducta del niño pero no formar parte de la responsabilidad en el problema (aspecto que sugerían implícitamente al hablar de sus propios problemas durante la consulta). Por tanto se decidió trabajar con los que llegaran a solicitar el tratamiento<sup>\*</sup> sin mencionar quienes eran los que estaban involucrados, se asumía la situación como tal, verbalizarla implicaba alejar a los adultos, y por consecuencia al niño, del tratamiento.

Otro evento importante fue que se detectó que conforme avanzaba el tratamiento, el acompañante parecía olvidar el motivo que los había llevado a solicitar ayuda (aparentemente la conducta o el síntoma del niño) y se hablaba de problemas de la relación entre la familia, y no del problema que provocaba la conducta del niño. El motivo de consulta manifiesto descendía en importancia conforme avanzaba el tratamiento; el niño con

---

<sup>\*</sup>En el modelo de terapia breve directiva descrita en el presente trabajo se llama «consultantes» a quienes se presentan a solicitar tratamiento y «acompañante» a quien lleva al niño a consulta.

su conducta parecía un pretexto para que el acompañante y sus problemas acudiera a terapia para ventilarse pero sin reconocer la necesidad de solicitud.

Fue importante descubrir que aún cuando el padre no participara en el tratamiento siempre estaba implicado porque parecía que los problemas que tenían que ver con el niño tenían que ver con la falta de participación del padre en el núcleo familiar o con problemas conyugales y así se continuaba con los demás miembros de la familia hasta que parecía que muchas personas tenían que ver con el problema de una u otra forma, lo que incluía la participación activa del medio escolar en la detección de la conducta problema (en algunos casos). En otras palabras, siempre aparecía, aparte de la persona más comprometida con el problema presentado, otra persona implicada.

Otra interesante observación fue que dentro del ambiente familiar la conducta de uno parecía reforzar la conducta del otro, por ejemplo: en un caso que se presentó al CAPSIC se tenía que una madre se quejaba de que su hijo no hacía la tarea y que lo tenía que reprender constantemente y el niño se quejaba de que no hacía la tarea porque su mamá lo reprendía constantemente. Lo cual parecía contradecir la idea de que estuviera implicado, alguien más. Evidentemente se trataba de algo que estaba fuera de las premisas epistemológicas con que se estaban tratando tales problemas.

Tratando de apoyar lo anterior se realizó una intensa búsqueda bibliográfica que esclareciera semejante cuestión. F. Dolto (1971) tenía bastantes casos de niños bajo

tratamiento psicoanalítico que habían logrado una mejoría significativa en corto tiempo, a la autora no se le ocurrió cuestionar su marco teórico pero incluía constantes entrevistas con los padres del paciente o con personas importantes de su entorno. Arminda Aberastury (1961, pp. 139) decía que: *«... al romper el vínculo neurótico por la mejoría de uno de sus miembros, el otro podrá cambiar y elaborar la situación de separación.. Además es frecuente que frente a los cambios del hijo también los padres busquen ayuda terapéutica»*.

En la misma publicación (pp. 131 y 132), Aberastury describe un caso de enuresis de un niño y de cómo al investigar el síntoma obtiene resultados que se pueden considerar inmediatos. Además propone y trabaja con talleres de apoyo para los padres que tienen hijos en consulta. Es decir, se trabajaba sobre el problema desde un marco contextual más amplio, situación que no abarca el psicoanálisis clásico, sin referirlo de manera explícita. La teoría era contradecida por la práctica de sus teóricos sin mencionarlo abiertamente quizá porque se iba en contra de dos de los postulados principales del psicoanálisis: la duración del tratamiento y la idea de que la disfuncionalidad procede de un proceso interno producto de una incongruencia entre las entidades teóricas que, según afirman, conforman la psique del individuo. También Winnicott (1977) ofrece la descripción de un caso clínico de una niña que fue tratada en sólo 16 sesiones y se aprecian técnicas interesantes que se alejan considerablemente de la ortodoxia psicoanalítica.

Pero la cuestión principal prevalecía. La experiencia producto de las propias observaciones decía que el camino escogido para el tratamiento no era el apropiado.

También se había encontrado que parecía que uno de los factores desencadenantes del problema era la excesiva y desorganizada participación de los demás miembros de la familia en la educación del niño. Esto era provocado porque la familia del niño vivía con la familia de alguno de sus progenitores de sus padres, lo que provocaba que le dieran ordenes o límites de disciplina (las más de las veces contradictorios), padres ,abuelos, tíos, etcétera.

La escuela, con los maestros como punto de remisión, era otro factor que desencadenaba la participación en una terapia y producía las siguientes interrogantes: ¿Cómo se podría incluir al tratamiento el contexto escolar? ¿Cuál era el beneficio del cambio del paciente identificado si su contexto (familia, escuela, etcétera) se mantenía igual?

Con la información acumulada se presentaba una gran dificultad: el modelo teórico con el que se trabajaba no contemplaba, dentro de sus constructos, la relación del paciente con los miembros de su entorno en cuanto a la comunicación ni a la relación: sólo se enfocaba a la formación psíquica como estructura interna. Evidentemente esto no ayudaba para el objetivo de la presente investigación, debido a que era claro que la práctica decía que no se trataba de patologías intrapsíquicas.

A estas alturas el modelo de trabajo se alejaba de los constructos teóricos más ortodoxos de la psicodinámica y se daba un eclecticismo bastante disperso como para encuadrarlo en un marco teórico congruente. El proceso de investigación, basado en una práctica clínica constante; fue largo, de búsqueda incesante, de saltos teóricos interesantes y

formativos. Hubo momentos en que el autor se hizo el cuestionamiento siguiente: «Si se incluye al acompañante en el tratamiento, ¿no se está dando un acercamiento con la terapia familiar? Al fin que la terapia familiar, es un tratamiento breve. Pero, ¿es terapia familiar, algo que no incluye a toda la familia?»

Conforme se avanzaba en la búsqueda de un criterio teórico-clínico unificador y explicativo de lo que se había logrado hasta ese momento, se dio un acercamiento a la terapia breve que se deriva del trabajo clínico de Milton Erickson (Haley, 1973) y aquí se encontraron respuestas para trabajar con un modelo que permitiera contemplar a la familia, al contexto social y propugnara por un cambio sin renunciar a la eficacia y a la brevedad del tratamiento.

Se procedió entonces a estudiar los modelos de terapia breve derivados de Erickson, principalmente los modelos del Centro de Terapia Breve del MRI (Fisch, Weakland y Segal, 1982), el del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee (de Shazer, 1988) y el del Instituto de la Familia de Washington (Haley, 1976; Madanes, 1982).

Con base en las propias observaciones clínicas se concibió un tratamiento que funcionaba pero se carecía de la idea del «cómo» lo hacía. Al revisar los métodos clínicos existentes se decidió que el modelo de Haley con base en la secuencia triangular, el énfasis en el contexto social y su marcada diferencia con la terapia familiar se apegaba más a la propia práctica y por ello sirvió como base del presente modelo apoyándose en las premisas



de la terapia directiva de Haley. Además Haley ofrece una aproximación importante que describe su modelo desde la postura del supervisor y la del aprendiz de terapeuta (Haley, 1996). Y entonces a partir de una revisión exhaustiva de lo escrito por Haley se decidió trabajar con el modelo que llama «terapia breve directiva» (Haley, 1996) agregando algunas directrices de otros modelos que daban resultados en el trabajo clínico con niños sin abandonar la idea de un marco más amplio que no perdiera su congruencia interna. Para el presente estudio se parte de la idea de que la terapia breve directiva tiene diferencias importantes de lo que se considera «terapia estratégica» con la que se ha identificado a Haley.

Se partió entonces con la idea de que el objetivo para la terapia breve directiva consiste en inducir un cambio mínimo en los solicitantes que les permita funcionar de una manera diferente respecto a su problema que les ha llevado a consulta. El modelo enfoca su atención en el principal problema actual (manifestado en el motivo de consulta) y en lo que se puede hacer para producir una respuesta que indique un cambio en función de la descripción del cliente ante tal problema.

# CAPÍTULO 10

## LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

### 10.1 Introducción

La investigación psicológica tradicional ha apoyado su metodología en el paradigma positivista donde se buscan las «causas» de los fenómenos que se estudian. Con tal antecedente se ha tendido a un extremo organicista donde se ha buscado con ahínco el sitio «exacto» donde radica la patología (al más puro estilo del modelo médico). Otro aspecto que se ha desencadenado con esta perspectiva es la búsqueda de la «normalidad» a través de contar cierto número de casos como muestra que refleje al total de la población. Aún cuando este modelo sigue siendo un importante punto de referencia, es muy frecuente que los investigadores reifiquen los resultados lo que ha ocasionado un alud de críticas y cuestionamientos a los resultados obtenidos bajo tal óptica. Esto es lo que se llama metodología de investigación cuantitativa.

Al otro extremo y con base en el paradigma fenomenológico se encuentra la metodología de investigación cualitativa que trata de exponer los resultados de las investigaciones desde el punto de vista de los actores principales de los que participan. Este

enfoque se deriva de la sociología y ha tenido cada vez más éxito desde la década de los cincuentas a la fecha.

Dado que la terapia breve directiva basa sus premisas de la interacción entre los principales actores alrededor del síntoma dibujando secuencias de acción triangulares, que el terapeuta forma parte del sistema que se forma alrededor del cambio y que se observa el desarrollo del síntoma en su contexto social; se considera que la metodología cualitativa es la herramienta que permite describir los resultados de este enfoque terapéutico más que cuantificarlos.

### **10.2 Fundamentos de la metodología cualitativa**

La investigación cualitativa ha sido utilizada profusamente por los investigadores sociales provenientes de la sociología lo mismo que por los de otros ámbitos tales como la antropología o la psicología (Taylor y Bogdan, 1984). En la tradición de la investigación en psicología se ha dado un énfasis en la metodología positivista hasta hace poco tiempo, la metodología cualitativa ha ido ganando terreno como un método válido que presenta información desde la perspectiva del sujeto más que del investigador (Taylor y Bogdan, 1984).

Los principios que guían a la investigación cualitativa reclaman básicamente la observación de primera mano del desarrollo de los fenómenos (en el caso que ocupa al presente trabajo es la descripción de los propios solicitantes sobre la solución de su

problema de consulta). De este punto de partida fundamentalmente se siguen una serie de consignas de procedimientos que pueden resumirse en los siguientes puntos (Ruiz e Ispizua, 1989):

- **Introducción analítica:** El trabajo cualitativo comienza con la observación detallada y próxima a los hechos. Se busca lo específico y local dentro de lo cual pueden o no descubrirse determinados patrones. Cuanto menos atado a un modelo teórico concreto esté un investigador, tanto mejor será su condición para encontrar datos ideales. Las generalizaciones serán elaboradas sólo tentativamente a partir de los datos recogidos y en función de su capacidad específica para interpretarlos.

- **Proximidad:** Se da especial importancia a la observación de los casos concretos y del comportamiento de los individuos en las actividades que a ellos mismos les interesan.

- **Comportamiento ordinario:** El mundo cotidiano de la vida ordinaria es el marco en el que se plantean los problemas dignos de investigación a los que se atribuye mayor importancia que a los problemas que alteran esta rutina social.

- **La estructura como requerimiento ritual:** la investigación tiene que descubrir la estructura, no imponerla, reconociendo los significados y los contextos en los que los actos resultan situacionalmente relevantes. No existe ni un orden social natural o fundamental que

deba ser explicado como resultado arbitrario de la costumbre, las circunstancias concretas o la interacción social.

- Focos descriptivos: Los núcleos de interés no son otros que los fenómenos recurrentes en un tiempo y espacios concretos. El descubrimiento y la exposición son objetos de investigación más importantes que la explicación y la predicción.

Hablar de métodos cualitativos, en definitiva, es hablar de un estilo o modo de investigar los fenómenos sociales en el que se persiguen determinados objetivos para dar respuesta adecuada a unos problemas concretos a los que se enfrenta esta misma investigación.

La tecnología cualitativa implica, en primer lugar, un estilo de investigación social en el que se da una insistencia especial en la recolección esmerada de datos y observaciones lentas, prolongadas y sistemáticas a base de notas, grabaciones, ejemplos, bitácoras, etcétera.

Lejos de ser una actividad unidimensional y lineal, el análisis cualitativo opera en dos dimensiones y de forma circular. No sólo se observan y registran los datos, sino que se entabla un diálogo permanente entre el observador y lo observado, entre inducción (datos) y deducción (hipótesis), al que acompaña una reflexión analítica permanente entre lo que se

capta del exterior y lo que se busca cuando se vuelve, después de cierta reflexión, de nuevo al campo de trabajo (Taylor y Bogdan, 1984).

En todo momento este intercambio de fuera hacia adentro y del observado al campo de observación adquiere una estructura zigzagueante en la que se impone una flexibilidad completa para cambiar, en cualquier momento, la hipótesis orientada de trabajo, la fuente de información, la línea de interpretación.

Los métodos analíticos se marcan unos objetivos concretos que consisten en descubrir la estructura específica de lo que ocurre en la realidad, frente al descubrimiento de las leyes generales o distribuciones masivas que con tanto empeño intentan averiguar los promotores de los métodos cuantitativos. Se buscan más los significados atribuidos por los actores particulares en situaciones concretas a los hechos más que la realidad de estos mismos hechos.

La tarea que se fijan a sí mismos estos métodos es la de captar el significado completo de los símbolos universales concretos que se dan en cada fenómeno social. Estos objetivos no son otra cosa que la respuesta al planteamiento de orden epistemológico que básicamente adopta todo análisis cualitativo, para el cual la razón de ser de la investigación social consiste en responder a cuestiones tales como ¿qué sucede específicamente en cada acción? ¿qué sucede en este marco concreto? ¿qué significan estas acciones para los actores en el momento que suceden? ¿cómo se organizan culturalmente los actores? ¿cómo están

presentes unos a otros? ¿cómo se relacionan estos sucesos, como un todo, con niveles culturales y sociales más amplios? ¿cómo se compara la vida cotidiana de este caso con la de otros casos?

Los puntos que condensan la metodología cualitativa son (Strauss y Corbin, 1990):

A) El énfasis en estudiar los fenómenos sociales en el propio entorno natural en el que ocurren.

B) La primacía de los aspectos subjetivos de la conducta humana sobre las características objetivas.

C) La exploración del significado del sujeto.

D) La predilección por la observación y la entrevista abierta como herramienta de exploración.

E) El uso del lenguaje simbólico más bien que el de los signos numéricos.

### **10.3 Métodos cualitativos *versus* cuantitativos**

Los métodos cualitativos estudian significados intersubjetivos, situados y construidos, y los métodos cuantitativos analizan hechos objetivos, existentes y sometidos a leyes y patrones generales.

Los métodos cualitativos eligen la entrevista abierta y la observación directa, mientras que los cuantitativos prefieren el experimento y el cuestionamiento estandarizado.

Los métodos cualitativos estudian la vida social en su propio marco natural sin distorsionarla ni someterla a controles experimentales, los métodos cuantitativos apresan la realidad sometiéndola a controles que permitan un estudio libre de factores extraños.

Los métodos cualitativos eligen la descripción espesa y los conceptos comprensivos del lenguaje simbólico, los cuantitativos por su parte prefieren la precisión matemática y los modelos estadísticos de la codificación numérica.

#### **10.4 Métodos cualitativos y terapia breve directiva**

La presentación de datos relativos a los resultados efectivos dentro de la terapia breve es importante como una aportación más que como una definición determinante de su eficacia. Por ello es imprescindible presentar datos de los resultados de la labor terapéutica desde la visión de los consultantes y cómo han percibido el cambio.

La terapia breve fundamenta sus teorías, su práctica y su aplicación en una rigurosa metodología de investigación observadora (el uso de grabación en audio y/o en video, el uso del espejo unidireccional, el trabajo en equipo, etc.), pero esto puede ser completado con una presentación descriptiva de los resultados.



A veces podría parecer que la terapia breve ha despreciado la exigencia de presentación de datos relativos a los propios resultados de una manera aceptable por los investigadores. Los intentos en este sentido han sido raros y limitados. La prueba de esta disonancia entre la cantidad de bibliografía sobre terapia breve y la ausencia de la presentación de resultados efectivos, la ofrece la ausencia de bibliografía de investigación. Pero ha sido subsanado con la presentación parcial o total de casos (Haley, 1976; Fisch, Weakland y Segal 1982, entre otros).

Por tanto, si los terapeutas breves desean que los demás investigadores tengan en cuenta sus resultados, deben presentarlos a la comunidad clínica tal como exige la investigación social, de forma tal que se puedan comparar con los datos relativos a otros modelos terapéuticos en general, y enfoques breves en particular, esta parte se ve favorecida con la presentación descriptiva a la manera de la metodología cualitativa.

Es por ello que se presenta un estudio descriptivo (véase capítulo 11) de los resultados de la aplicación del enfoque descrito en las páginas precedentes a una muestra de sujetos que han sido presentados en el CAPSIC en demanda de apoyo psicológico.

Pero antes de proceder a la exposición y discusión de los datos, es importante detenerse en la consideración de los criterios metodológicos de este estudio valorativo, de

modo que se clarifiquen las opciones epistemológicas de las que dependen los criterios utilizados.

## **10.5 Criterios metodológicos**

### **10.5.1. El concepto de eficacia de la terapia breve**

La valoración de los efectos o del resultado obtenido mediante la intervención terapéutica es, sin duda alguna, uno de los argumentos más delicados a que han de enfrentarse los enfoques psicoterapéuticos.

Esta dificultad se debe al hecho de que las diversas escuelas de psicoterapia poseen criterios diferentes entre ellas para establecer la eficacia de la terapia, lo cual es consecuencia inevitable de las diversas perspectivas teóricas que a veces adoptan posiciones contrapuestas.

Por ejemplo, para un psicoanalista, la eficacia de la terapia podría ser el logro de hacer un «yo más fuerte y flexible» por medio del *insight*, mientras que para un conductista el éxito terapéutico estará representado por la «extinción» de la conducta o del síntoma.

Éste es sólo uno de los numerosos ejemplos posibles de disparidad de concepción referente a los objetivos de la terapia y a la valoración del resultado en relación con la eficacia o a la no eficacia del tratamiento. Es lógico que diferentes teorías sobre la

personalidad humana prevean también distintos objetivos por alcanzar y que estos objetivos distintos prevean a su vez modalidades de valoración del resultado diversas entre sí.

Las propias percepciones y concepciones son las que determinan las propias observaciones. Es decir, es la concepción teórica sobre la naturaleza humana lo que determina los propios criterios de valoración de lo que ha de considerarse sano o insano, normal o patológico, y por consiguiente el concepto de «curación» y los objetivos de la terapia. Como consecuencia de ello, dentro del término psicoterapia existen muchos conceptos diversos de «curación» así como muchos conceptos distintos de eficacia del tratamiento. Sin embargo, parece que en la actualidad existe un cierto acuerdo en lo tocante a definir como eficaz un tratamiento cuando éste lleva a una mejoría sintomática y a una mejoría en diversos aspectos de la vida cotidiana.

El planteamiento de la terapia breve como se ha explicado en las páginas precedentes, no hace referencia a una teoría que describa en clave definitiva los conceptos de normalidad y anormalidad, y mucho menos a una teoría sobre la «naturaleza humana» que describa todas y cada una de sus características; más bien tiene que ver con la filosofía del conocimiento constructivista que, basándose en la idea del carácter irreductible de la naturaleza y la conducta humanas a una única y omnicompreensiva descripción y explicación, se interesa por las maneras adecuadas para que la relación con la propia realidad sea más funcional. Desde esta perspectiva teórica, la eficacia de una intervención terapéutica puede estar presentada por la resolución del problema específico que el paciente presenta.

El concepto de «curación» no ha de considerarse como el logro de un hipotético, por improbable, estado de absoluta ausencia de problemas, sino como la superación del problema específico que vive el sujeto, en un determinado momento y contexto de su vida. Por consiguiente, la valoración de los efectos de la terapia puede considerarse ciertamente en consonancia con los criterios antes descritos, en los que los investigadores se hallan de acuerdo, pero reafirmando el hecho de que no puede hacerse ninguna generalización absoluta y que el éxito o el fracaso han de ser vistos desde los objetivos que se propone el terapeuta en común acuerdo con los consultantes. Es por ello que en la terapia breve directiva, el éxito será la resolución efectiva y permanente de los problemas presentados por el demandante y el logro de los objetivos propuestos de acuerdo con él como finalidad de la terapia.

Además, el éxito o el fracaso pueden existir a diversos niveles y, por tanto, es conveniente considerar no sólo las categorías de casos resueltos y no resueltos, sino también las categorías relativas a los casos muy mejorados o poco mejorados, así como es importante valorar la posibilidad de empeoramientos como consecuencia de la terapia. El criterio de eficacia utilizado en el presente estudio valorativo se define en el apartado siguiente.

#### **10.5.1.1 Eficacia del tratamiento**

Para valorar la eficacia del tratamiento se utilizan dos parámetros:

1) La eficacia demostrada por el tratamiento en su ejecución, es decir, la valoración del resultado final de la terapia. ¿Se han alcanzado al final de la terapia los objetivos prefijados y acordados con el demandante que pide ayuda? ¿Se han resuelto los problemas presentados por quien demanda ayuda y han desaparecido al final del tratamiento?

2) La eficacia del tratamiento en el tiempo. Es decir, si los resultados obtenidos al final de la terapia se mantienen en el tiempo o si más bien se presentan recaídas. O bien, si han aparecido trastornos sustitutivos de los originarios.

Para tal fin se ha procedido a tres seguimientos a distancia de tres, seis meses y un año desde el final del tratamiento. Estos han sido realizados entrevistando a los consultantes, ya sea en una sesión para tal fin o por vía telefónica.

Se considera que un caso está resuelto, y por consiguiente que ha tenido éxito si y sólo si, la desaparición de los síntomas y/o de los problemas al final de la terapia se mantienen en el tiempo, sin que se manifiesten recaídas o síntomas sustitutivos de los originarios.

Con base en este criterio metodológico, se ha articulado la valoración de los efectos de la terapia en las siguientes cinco categorías de resultado del tratamiento:

- *Casos resueltos.* Esto es, casos con completa resolución del problema al final de la terapia y con ausencia de recaídas en el espacio de un año.

- *Casos muy mejorados.* Esto es, casos con remisión completa de los síntomas al final de la terapia, que han demostrado en los seguimientos un claro mejoramiento de su situación, pero también la presencia de ligeras recaídas esporádicas, rápidamente controladas.

- *Casos poco mejorados.* Esto es, casos con reducción parcial de la sintomatología al final del tratamiento, que han referido en los seguimientos la presencia de frecuentes momentos críticos y recaídas sintomáticas. Aun cuando estas situaciones han sido definidas por el sujeto como mucho menos intensas que las anteriores a la terapia.

- *Casos sin cambio alguno.* Esto es, casos en los que el tratamiento no ha llevado, en el tiempo de tratamiento, a ningún cambio de la situación problemática presentada por el paciente. En estos casos, se ha interrumpido el tratamiento en la sexta sesión con la convicción de que, si no se ha logrado cambiar nada en seis sesiones, es muy improbable que se logre incluso con un período de tiempo más largo de tratamiento.

- *Casos empeorados.* Esto es, casos en los que el tratamiento ha llevado a un empeoramiento de la situación del paciente.

Además de definir y medir la eficacia en sus diversas posibilidades, es muy importante valorar también la eficacia de una intervención terapéutica diferenciándola en relación con las diversas tipologías de los problemas tratados. Esto quiere decir que es necesario, para una mejor valoración de la eficacia de un modelo de terapia, medir a qué tipos de problemas hace frente el modelo con mayor o menor eficacia, o sea, la eficacia diferencial.

Para esto, los datos que luego se presentan se han clasificado según cuatro categorías de problemas, lo cual significa que la valoración de la eficacia, además de ser estudiada sobre la muestra entera de los sujetos tratados, se ha diferenciado teniendo en cuenta las diversas tipologías de problemas tratados. Las cuatro categorías de problemas presentados se han establecido clasificando en agrupamientos de motivos de consulta de la muestra de los casos tratados. La definición del problema se ha hecho mediante la consideración de la problemática preponderante o dominante manifestada por el acompañante.

La clasificación es la siguiente:

- Niños con un síntoma.
- Niños con un problema de conducta en casa.
- Niños con un problema de conducta en la escuela.

- Niños con problemas de rendimiento escolar.

La presente clasificación esta realizada según una base empírica, recordando que el planteamiento de la terapia breve directiva se distancia de las clasificaciones nosográficas tradicionales y de los cuadros clínicos psiquiátricos en cuanto que se considera que son reductores de la complejidad propia de los sistemas humanos.

Se ha preferido para el presente estudio hablar de tipologías de problemas y de su solución. La clasificación que aquí se presenta, que podría parecer contradictoria con estas posiciones epistemológicas, se ha hecho con el fin de permitir la comunicación de resultados más allá del ámbito de aquellos que se remiten al punto de vista de la terapia breve directiva. Se considera, además, que el presente es el único modo de aceptar una comparación entre los resultados de este modo de hacer terapia y los de otros modelos.

La presente subdivisión según tipologías de problemas, al ser relativa a la muestra casual de casos tratados por el autor en el espacio de tiempo que va de septiembre a noviembre de 1996, en el CAPSIC (periodo que está estrechamente relacionado con el inicio del ciclo escolar y que se ha observado coincide con el aumento considerable de la demanda de servicio al CAPSIC), no representa ciertamente una distribución equilibrada de casuística. Por tanto, para algunos tipos de problemas tratados, la casuística es suficientemente numerosa, mientras que para otros tipos de trastornos, el número de casos tratados es muy



reducido, por lo que no parece que pueda lograrse una valoración completa o fiable a nivel estadístico de la eficacia diferencial de la terapia. Sin embargo, esto no impide la posibilidad de extraer informaciones interesantes y útiles también de esta subdivisión articulada de la valoración de la intervención a partir del tipo de problema tratado.

En conclusión, de la presentación de los datos según la mencionada modalidad es posible extraer conclusiones significativas por lo que se refiere a la eficacia general del modelo terapéutico, a las que hay que añadir las valoraciones diferenciales que, aún no siendo totalmente fiables para todas las categorías de trastornos ofrecen indicaciones más específicas sobre la capacidad de intervención del modelo de terapia propuesto en el presente trabajo.

#### **10.5.2 El concepto de eficiencia de la terapia breve**

Uno de los aspectos valorativos de la psicoterapia referente a los resultados menos investigado y menos considerado es su eficiencia, es decir, la relación costo/beneficio de la terapia. Y no obstante, esta impropiedad desempeña un papel teórico y social muy importante; pues, de hecho, hay una buena diferencia entre resolver determinados problemas en tres meses o en tres años.

La diferencia está en el costo a que se da lugar y sobre todo en el hecho de que una persona cuanto antes resuelve sus problemas que la han llevado a la terapia tanto más pronto vivirá mejor, mejorando la calidad de su existencia y volviéndose más productivo. Pero lo

que al parecer debería ser una regla de ética profesional fundamental para cualquier tipo de práctica terapéutica, como el intentar resolver lo antes posible los problemas de la persona en demanda de ayuda, no ha hallado entre los psicoterapeutas mucha consideración.

Una posible explicación es que durante mucho tiempo el pensamiento psicoterapéutico ha estado dominado por la idea de que, para ser eficaz, la terapia debe ser larga, profunda y fatigosa. Pero esta concepción, típica de las teorías psicoterapéuticas tradicionales, ha quedado solemnemente desmentida por la investigación sobre la eficacia de la terapia breve en casos específicos como su aplicación a: los adolescentes (Selekman, 1993), a los problemas del alcohol (Berg y Miller, 1992), a los trastornos alimenticios (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994), entre muchos otros.

En algunas de las investigaciones realizadas, resulta mayor la eficacia que han demostrado las terapias breves con relación a la demostrada por las terapias a largo plazo. Por consiguiente, el que no se tenga en cuenta la eficiencia del tratamiento parece que depende solamente de la resistencia al cambio de las propias convicciones por parte de aquellos psicoterapeutas que se remiten a las teorías tradicionales en psicoterapia. Es evidente que para dichos psicoterapeutas es más importante salvar la propia teoría sagrada que curar pronto y bien a sus pacientes (como quiera que esto se entienda).

Después de haber aclarado estos puntos, parece evidente que la consideración atenta de la eficiencia del trabajo clínico ha de ser un factor importante de estudio cuando se quiera

analizar y valorar la capacidad real de intervención de un modelo de terapia. De hecho, una vez que se ha establecido la eficacia de una terapia, cuanto más eficiente sea ésta tanto más ha de ser tenida por positiva. En otras palabras, el tiempo empleado para obtener un resultado cualifica aún más el resultado mismo; en realidad, la relación entre costo y beneficios de una intervención será tanto más positiva cuanto más breve sea el tratamiento para obtener la resolución efectiva y permanente de los problemas presentados.

#### **10.5.2.1 Eficiencia del tratamiento**

Para medir la eficiencia del tratamiento del presente trabajo, se ha recurrido a una clasificación semejante a la utilizada para describir su eficacia.

La eficiencia se ha medido en términos de duración media del tratamiento, tanto a nivel general de toda la muestra como a nivel diferencial para cada tipo de problema. Además, la eficiencia se ha valorado con más precisión separando la muestra total de casos tratados los casos considerados con éxito positivo, es decir, los completamente resueltos y los muy mejorados.

#### **10.6 Reflexiones finales**

Es indispensable valorar en el interés real del bienestar del demandante, qué tipo de intervención, aparte de ser eficaz, expone a los consultantes a menos costos, tanto en el sentido económico, de disposición de tiempo y existencial. Valorando esto, en relación con los problemas específicos presentados habría que orientar el tratamiento en la dirección de

los procedimientos hipotéticamente más eficientes. Si tales procedimientos no funcionan, o no bastan para resolver totalmente los problemas del demandante, entonces será lícito pasar a procedimientos menos eficientes, pero que podrían ser más eficaces para aquel determinado problema. Ya que, obviamente, no todos los problemas humanos pueden resolverse en espacios cortos de tiempo; pero, para tener seguridad al respecto hay que probarlo primero. Además de que si no es posible obtener beneficios de un enfoque terapéutico, es mejor saberlo pronto que a largo plazo. Por esto, una metodología correcta exige que se inicie probando si puede funcionar un tratamiento breve; pero, si tal tratamiento no funciona o no basta, se puede pasar, si es el caso, a un tratamiento a más largo plazo.

Garantizada la eficacia de una intervención terapéutica, su eficiencia se convierte en un aspecto que debe ser tenido en gran consideración, porque así lo exige el respeto ético a la persona que pide ayuda y su derecho de estar bien lo antes posible.

# CAPÍTULO 11

## CASOS CLÍNICOS

### 11.1 Introducción

En el presente capítulo se pretende hacer una descripción de casos clínicos que permita ofrecer una perspectiva más amplia de lo que es la terapia breve directiva. Aún cuando pareciera que los casos ofrecen cierta facilidad, no se debe olvidar que la perspectiva de un caso clínico a partir de la flexibilidad técnica es lo que permite llegar a una conclusión satisfactoria.

Para apreciar mejor la descripción de los siguientes casos se recomienda tener presente la descripción precedente de la terapia breve directiva.

### 11.2 Problema de conducta en casa

#### Descripción

Se presenta la señora Guadalupe\* (20 años, ama de casa) con su hijo Ramón de seis años de edad. El motivo de consulta es que el niño, a decir de la señora, es «hiperactivo». Guadalupe refiere que la conducta del niño se inició desde que comenzó el ciclo escolar y

---

\* Los nombres de las personas han sido cambiados para proteger la identidad de los consultantes.

que un médico fue quien le dio el diagnóstico con el que ella califica a Ramón. Guadalupe dice estar muy preocupada por la conducta de Ramón porque le puede ocasionar problemas escolares (aún cuando no ha recibido queja de la escuela). La señora dice que a lo que se refiere con hiperactivo es: «latoso, inquieto, todo lo tira cuando juega, no obedece, etcétera». El niño, muy de acuerdo en su papel, se muestra muy inquieto durante la entrevista mientras Guadalupe hace esfuerzos por controlarlo sin éxito.

A petición del terapeuta, en la segunda sesión se presentó también Luis (23 años, auxiliar de contador), el padre de Ramón quien coincide con su esposa en la descripción de la conducta del niño. Se le solicita a ambos una amplia descripción del lugar en el que viven y cómo se reparten el cuidado del niño.

El lugar donde viven es una vivienda muy pequeña donde el niño pasa todas sus tardes bajo cuidado de su mamá. Luis llega muy tarde de trabajar y casi siempre encuentra dormido a su hijo. La mayoría de los sábados Luis suele trabajar también hasta tarde. Los fines de semana permanecen en casa algunas veces y otras visitan a algunos familiares.

El terapeuta les pregunta si tienen un lugar donde puedan ir de visita en provincia. Luis dice que su papá tiene «un ranchito» en Hidalgo, de donde es originario.

### **Directiva**

Previo aviso de que la tarea que les va a parecer un poco fuera de lugar, el terapeuta les pide que vayan de visita al rancho del papá de Luis durante el fin de semana. Ambos acceden contrariados.

### **Resultado**

En la siguiente sesión, la familia se muestra muy animada. Ramón se apresura a describir el rancho de su abuelito con detalles. Después de la fase social, el terapeuta les pide a los papás que describan las conductas «hiperactivas» de Ramón durante su visita. Los papás se muestran sumamente desconcertados y dicen que no vieron nada que pudiera considerarse como lo que habían descrito anteriormente como «hiperactividad». El terapeuta se limita a preguntarles a qué atribuyen tal situación. Se inicia una plática entre Luis y Guadalupe acerca de la poca participación de él en el cuidado del niño. Prácticamente sin participación del terapeuta deciden dividirse el cuidado del niño y llevarlo al parque para que juegue por las tardes. Luis acepta que ha estado trabajando demasiado y ofrece salir más temprano. Guadalupe dice que va a practicar algún deporte y que se procurará alguna actividad extra.

### **Seguimiento**

Según los reportes de Guadalupe y Luis, el niño ha dejado sus conductas «hiperactivas». Dicen que se han enfocado más a su relación de pareja que se había visto

deteriorada, pero que *«desde hace algún tiempo»* ha mejorado sustancialmente. El caso se califica como muy mejorado.

#### **Número de sesiones**

El tratamiento fue de seis sesiones.

### **11.3 Problema de conducta en la escuela**

#### **Descripción**

Se presenta la señora Amalia (comerciante, 40 años, viuda) con su hijo Antonio (diez años de edad, 5o. grado de primaria). La señora dice que su hijo es *«muy peleonero, agresivo y que sólo ocasiona problemas en la escuela»* a tal grado que la han llamado de la escuela para quejarse de la conducta del niño. El terapeuta observa que el niño tiene una apariencia bonachona y hasta tímida. Cuando su madre lo describe se enconcha sobre sí mismo hasta poner su frente sobre las rodillas.

El terapeuta le pide a la señora que le describa de que habla cuando dice que su hijo es lo que ha mencionado. La señora dice que su hijo se peleó con un compañero de la escuela y que lo descubrieron algunas maestras y lo llevaron con la directora, quien la mando a llamar. El terapeuta pregunta si entonces se está hablando de *«una sola ocasión»* en la que Antonio se peleó. La señora Amalia admite que así es.



## Directiva

Durante la segunda sesión el terapeuta le pide a la señora que describa el problema en que se vio envuelto Antonio *«como si fuera una filmación, qué sería lo que registraría la cámara»*. Se agrega que no podrá preguntar al niño sobre los detalles. Si tiene alguna duda ella lo completará con sus propias ideas. La señora inicia una historia donde Antonio es descrito prácticamente como un delincuente que se la vive provocando y golpeando a sus compañeros de la escuela ante el agobio de las profesoras que no pueden *«controlarlo»*. Mientras elabora su historia, Antonio sonríe con una mezcla de tristeza y de resignación.

Al terminar su historia, el terapeuta pide a Antonio que cuente su historia *«tal como sucedió»*, para que la conozca su mamá. Se apresura a decir que ya lo hizo pero que ella no le *«hace caso»* y no le cree. El terapeuta insiste a Antonio para que cuente su caso *«una vez más»* pero que lo haga de la misma manera en que se le pidió a su mamá: *«como si hubiera sido filmado por una cámara»*.

Antonio cuenta que hay un niño en su grupo que siempre lo ha estado molestando y que él *«no lo pela»* pero que aún así siempre es provocado. Dice que el día del problema, él iba saliendo de la escuela y que el otro niño y sus amigos lo molestaron y que él no respondió a la provocación hasta que insultaron a su mamá. Entonces ya no pudo aguantar y se fue sobre el niño que siempre lo molesta y lo golpeó, aún cuando aquel fue ayudado por sus amigos pero no pudieron ser muy útiles ante la furia de Antonio. Fue entonces que lo vieron las maestras y lo separaron del otro niño y fue llevado a la dirección. El terapeuta

pregunta si el otro niño también fue llevado ante la directora y dice que sí pero que *«luego lo dejaron ir»* y Antonio no sabe por qué.

### **Resultado**

Cuando acaba de contar su versión se le pregunta a la señora su opinión. Dice estar sorprendida porque nunca se imaginó que fuera por defenderla ante un insulto. Afirma que ha tenido problemas con la directora de la escuela porque a su juicio ella no está de acuerdo en que *«tenga un noviazgo con un hombre más joven que yo»*. Se le piden detalles y dice que un día fue a una junta escolar acompañada de su novio y otro día la directora la reconvino de haberse presentado con *«ese hombre»* en una junta escolar. Agrega que cree que por eso le angustió tener un problema con Antonio en la escuela y que juzga que le dio *«demasiada importancia»* a la situación, pero que la directora y la escuela le pidieron que *«controlara»* a su hijo o sería expulsado. Admite que su problema es con la directora directamente y *«no tanto con Antonio»*.

El terapeuta le pregunta qué es lo que piensa hacer y dice que va a hablar con la directora o a cambiar al niño de escuela. Antonio se muestra complacido porque dice que quiere ir a *«la escuela donde van sus amigos»*.

Después de algún tiempo de que platicó sobre la conducta de Antonio con la directora y le planteó que *«estaba en tratamiento psicológico»*, la actitud de ella se ha

modificado «*un poco*» pero, a decir de la señora, «*es tolerable*» al menos hasta que termine el ciclo escolar (aún cuando recién ha empezado).

### **Seguimiento**

De los seguimientos, se obtuvo la siguiente información:

- Antonio continuó el ciclo escolar con «*algunos problemas*» que fueron afrontados «*bien*» por la señora.
- El niño fue cambiado de escuela a mediados de ciclo escolar
- En su nueva escuela, Antonio ha sido nombrado jefe de grupo y tiene buena relación con sus compañeros y profesoras.
- La señora Amalia ha decidido casarse con su novio, idea con la que Antonio está de acuerdo.
- El caso se califica como muy mejorado.

### **Número de sesiones**

La duración del tratamiento fue de cinco sesiones.

## 11.4 Síntoma

### Descripción

Se presenta la señora Marisol (vendedora de productos de belleza, 29 años, casada) con su hija Amanda (ocho años, tercer grado de primaria). Dice que la niña se orina en la cama todos los días y que ya se cansó de «*lavar las sábanas y las cobijas casi todos los días*». Dice que no hay día en que la niña no ensucie su cama y que eso no ha dejado de ser así prácticamente desde dos años antes.

El terapeuta pide detalles. La señora Marisol dice que su esposo casi no está en casa porque «*trabaja demasiado*», que por la fecha en que Amanda empezó a tener problemas de control de esfínteres, se mudaron a la que ahora es su casa, que antes vivían en la casa de su mamá y que ella tenía una relación muy estrecha con Amanda, no así con su esposo (época que coincide con la fecha en que su esposo comenzó a trabajar en exceso). Agrega que su relación con Ernesto (29 años, ingeniero químico en una empresa donde es supervisor), su esposo es cordial pero muy esporádica debido a las ocupaciones de él.

El terapeuta solicita la presencia de Ernesto para la siguiente sesión pero él no se presenta porque según la señora «*dice que a él no le gustan estas cosas*» (refiriéndose a la terapia). El terapeuta insiste. Ernesto se vuelve a negar. Entonces se manda a preguntar si está dispuesto a colaborar con el tratamiento y de ser así que envíe un número telefónico a donde el terapeuta pueda hacer llegar la tarea que desea que Ernesto lleve a cabo. El papá acepta.

### **Directiva**

Se le pide a Amanda que « *siga haciéndose pipí*» en la cama pero con una variante. Ahora antes de que se acueste su papá se lo recordará antes de dormir y si no lo hace se lo recriminará al día siguiente por «*no hacer la tarea*». La señora Marisol acepta a regañadientes porque dice que no cree que eso funcione. Por teléfono, el terapeuta le indica al papá la tarea y le dice que lo tiene que hacer todas las noches sin faltar ninguna. Ernesto se queja de que a veces no alcanza a ver despierta su hija y que esos días no podrá cumplir con la tarea. El terapeuta le dice que si quiere ayudar a que se resuelva el problema tiene que cooperar.

### **Resultado**

Se presentan a la consulta Amanda y sus papás. La señora Marisol se muestra sorprendida porque en sólo quince días la niña, sólo ha tenido «*cuatro accidentes*», que Ernesto llega más temprano a casa y que lo que de plano la tiene anonadada es que esté con ellas en la consulta. Ernesto dice que no había valorado la importancia de su presencia en casa y que considera que ya que ha alcanzado cierto éxito laboral «*es momento de estar con la familia*».

Para la siguiente sesión, quince días después y bajo la misma prescripción el síntoma de Amanda a desaparecido. Ante tal situación Ernesto dice que ha optado por contarle cuentos a la niña antes de dormir.

## **Seguimiento**

Bajo la observación a lo largo del tiempo, los padres reportan que el síntoma no se ha presentado más y que aprovechan su tiempo libre paseando los tres o cenando fuera y sólo Marisol y Ernesto.

## **Número de sesiones**

El tratamiento fue de cinco sesiones.

## **11.5 Problema de conducta en la escuela**

### **Descripción**

Se presentan la señora Adela (ama de casa, 36 años) y su hija Diana (11 años, 6o. grado de primaria). El motivo de consulta es «*la conducta*» de Diana en la escuela lo que ha empezado a incidir en sus calificaciones. A petición del terapeuta se aportan más detalles: Diana siempre había sido una niña «*con buenas calificaciones y excelente conducta en la escuela*» pero desde que inicio este ciclo escolar las quejas han sido constantes y la señora Adela y su esposo Roberto (empleado público, 38 años) ya no saben que hacer.

Se pregunta si la niña tiene esos «*problemas de conducta*» en otros lugares aparte de la escuela, la señora se muestra turbada, la niña había estado cabizbaja y al escuchar la pregunta dirigió una sonrisa de simpatía al terapeuta. La señora Adela admite que no se han percatado de que Diana presente dificultades en otros lados.

Entonces la señora comienza a describir una historia en la que su relación familiar era «normal» hasta que en la escuela empezaron los reportes sobre el desempeño de Diana. Al principio se limitaron a hablar con Diana para que «ya no se portara mal» pero eso no les dio resultado alguno. Eso generó un conflicto al interior de la familia ya que cuando trataron de aplicar «otras medidas» correctivas (regaños y hasta castigos) se empezaron pleitos entre Adela y Roberto que cada vez se hicieron más intensos hasta el punto de que estaban en una situación «muy delicada» en su relación (la señora no se atreve a mencionar las palabras separación o divorcio). Los pleitos se derivaban del desacuerdo entre ellos para aplicar las medidas disciplinarias, porque a juicio de la señora Adela: «Roberto es demasiado estricto». Todo lo anterior se ha desencadenado «en sólo cuatro meses».

La señora Adela cree sinceramente que a Roberto le sería imposible acudir debido a que «en su trabajo son muy estrictos y él acaba de cambiar de oficina». Se le manda a preguntar a Roberto a través de Diana y la señora y se recibe prácticamente la misma respuesta.

Se procede entonces a investigar sobre el sistema escolar. La señora sorprende al terapeuta al decir que la maestra de Diana le «cae muy gorda» que es una persona con la «sangre bastante pesadita» y que en las ocasiones que le ha tocado platicar con ella (por juntas escolares o atendiendo los reportes sobre Diana) siempre han terminado discutiendo «en voz alta y muy alteradas». Al cuestionamiento directo sobre tal actitud hacia la maestra,

la señora Adela responde con planteamientos muy ambiguos: *«porque es muy prepotente, porque es muy odiosa»*. La sorpresa del terapeuta era porque a la señora Adela nunca se le ocurrió relacionar esos dos eventos a pesar de la aparente obviedad.

Se tuvieron que dedicar dos sesiones completas para que la señora y Diana platicaran sobre la escuela para que el terapeuta tuviera una idea más clara sobre lo que estaba sucediendo. Resulta que había una maestra en esa escuela que alguna vez tuvo a Diana en uno de sus grupos y en ese lapso esa profesora y la señora Adela tuvieron una relación muy afectuosa (la señora no habla de amistad). Por algún motivo (*«politico»* dice la señora) esa maestra fue destituida de su cargo y su lugar fue ocupado por la actual profesora de Diana. Es decir esta maestra le *«quitó»* la oportunidad a la señora de tener trato directo con su amiga y de que Diana estuviera otra vez bajo su cargo. Parecía que los reportes tenían más que ver con el pleito entre la mamá y la profesora que con aspectos propios de la niña. Por más que indagaba el terapeuta, la señora no daba muestras de que supiera que era exactamente lo que la niña *«hacia mal»* en la escuela o en que consistían los problemas por los que se consideraba que la niña *«necesitaba»* atención terapéutica. Cabe hacer notar que la consulta se motivó porque la señora ya no sabía *«que hacer con esta niña»* y que *«una amiga»* le recomendó el CAPSIC.

### **Directiva**

La elección de la directiva fue un paso difícil, se requería ser muy preciso para *«cubrir»* los puntos mencionados y no caer en la confrontación entre los importantes



triángulos que parecían evidenciarse: por un lado, Adela, Roberto y Diana; por otro, Adela, Diana y la maestra; finalmente, Adela, la maestra y su amiga. Aunque aparentemente para la maestra y Adela el problema era Diana había aspectos importantes en la relación entre ellas que no tenían que ver con la conducta de la niña (sobre todo si se considera que no había antecedentes para llegar a semejante conclusión).

Al terapeuta se le ocurrió la peregrina idea de que se podía hacer algo si se impartía la directiva de que se le diera un regalo a la nueva profesora. El punto era quién había de dárselo, ¿Adela? ¿Roberto? ¿Diana? La opción de que fuera Diana estaba totalmente descartada porque era como si se confirmara que ella era la responsable y *tenía* que pedir disculpas, pero si lo hacían Diana y Roberto pudiera tener una connotación parecida. Se optó por impartir la directiva (indirecta paradójica basada en el desafío, es decir más enfocada a que no se cumpliera) y dejar «abierta» la indicación de quién habría de hacerlo.

Cuando se impartió la directiva, la señora Adela reaccionó violentamente con una larga perorata y casi no permitió escuchar a Diana quien dijo que «*a la maestra le gustaban las flores*». La señora advirtió que «*nunca*» volvería a «*este lugar*» y agregó que el terapeuta no tenía la más remota idea de lo que estaba pidiendo.

## **Resultado**

A la siguiente sesión no se presentaron a la consulta. El terapeuta dudaba de que hubiera hecho «*lo correcto*». A la semana siguiente se presentaron Diana, Adela y Roberto.

La señora se apresuró a aclarar que no había hecho lo que el terapeuta había pedido (lo cual era lo esperado). El señor Roberto dijo que la «tarea» que se le había asignado a la señora Adela le pareció «descabellada» en primera instancia, pero que creía que debería ser considerada. Al hablar con su esposa sobre la posibilidad de «hacer la tarea» ambos se sorprendieron porque por primera vez en cuatro meses pudieron platicar sobre la escuela sin llegar a una discusión violenta. La señora Adela se negó terminantemente a darle un regalo a la maestra (decisión que fue tomada implícitamente al interior de la familia) pero accedió a tener una relación más cordial con ella.

La señora Adela cuenta que se ha presentado «*algunas ocasiones*» en la escuela y que ha tratado de hablar con la maestra en «*un tono más amable*» y que ella le ha correspondido de la misma manera. Ello a llevado a que «*la conducta*» de Diana en la escuela haya mejorado sustancialmente, lo que a su vez a llevado a que la relación de los padres se dé en términos más cordiales (ya no tienen una razón para pelear). Además dice la señora que llamó por teléfono a la maestra anterior que fue desplazada (algo que nunca había hecho desde que la maestra abandonó la escuela de su hija) y que le contó que en el lugar en el que trabaja actualmente fue nombrada directora del plantel y que su salida de la escuela anterior no tuvo nada que ver con la profesora que la sustituyó sino más bien con la posibilidad de crecer profesionalmente. Nuevamente el terapeuta se sorprende porque la señora Adela no relaciona una situación («*los problemas de conducta*» de Diana en la escuela) con la otra (su relación con ambas profesoras). El punto primordial es que se logró el objetivo de la terapia: «terminar con los problemas de conducta de Diana».

## **Seguimiento**

Los seguimientos indicaron que no se había presentado ninguna situación especial en cuanto a *«problemas de conducta»*; al contrario, Diana había retomado su desempeño habitual y sus calificaciones se habían *«normalizado»*. Dado que la señora Adela no relacionaba el desempeño de Diana con su conflicto con la maestra, el terapeuta prefirió no mencionar tal situación aunque la señora habló superficialmente *«del cambio de actitud de la maestra»*.

## **Número de sesiones**

El tratamiento fue de seis sesiones.

## **11.6 Problema de rendimiento escolar**

### **Descripción**

Se presenta a consulta la familia González: la señora Sandra (41 años, académica en la UNAM), el señor Carlos (41 años, académico en la UNAM), Rodrigo (11 años, 5o. grado de instrucción primaria) y Luis (10 años, 4o. grado de instrucción primaria). El motivo de consulta es el rendimiento escolar de Rodrigo. La señora Sandra describe al niño como *«inquieto, rebelde y con problemas en la escuela»*. Dice que siempre *«ha sido así»*. Se le pregunta por qué acuden a solicitar ayuda hasta este momento si siempre han tenido problemas escolares con Rodrigo. Dice la señora que aún cuando siempre han tenido tal dificultad hasta ahora es cuando se ha presentado la amenaza *«en serio»* de que el niño

*«pierda el año»* (es decir, que no apruebe el curso) porque en el ciclo anterior sólo aprobó con el mínimo requerido. Al preguntarles por Luis, la señora dice que es un niño *«muy obediente, muy bien portado y que no le da problemas en lo absoluto»*.

Durante la exposición del problema Sandra es la que habla. Ni Carlos, ni Rodrigo dicen nada. Luis habla para darle la razón a su mamá o para ayudarle con datos que parece haber olvidado. Cuando el terapeuta se dirige a los niños, sólo Luis contesta con cierto desparpajo. Rodrigo se muestra muy callado y taciturno. Al sentarse, Carlos permanece un poco alejado de los demás. Sandra se sienta con Rodrigo contra la pared y a cualquier movimiento lo reprende. Luis revolotea a alrededor de su mamá y nadie le indica que haga otra cosa.

El terapeuta aprecia la poca participación de Carlos y de Rodrigo en la conversación y trata de hacerlos hablar pero los logros son muy escasos. Entonces trata de hacer un acercamiento con Rodrigo. Cuando por fin se logra la confianza y la participación plena de Rodrigo se observa una situación un poco diferente. Luis sigue dando la razón a su mamá, Sandra sigue hablando por toda la familia, Rodrigo se muestra muy desenvuelto y Carlos toma la palabra de vez en cuando. Además los niños constantemente devalúan los comentarios de su papá, le dicen *«pelón»* y le dan palmadas en la parte del cráneo donde es calvo.

Ante tal situación el terapeuta opta por dirigirse constantemente al padre y pedir su opinión al grado de detener la conversación hasta que él contestaba lo que se le pedía. Indirectamente el terapeuta solicita una participación más activa del padre y un respeto jerárquico dentro de la familia. Aunque el problema descrito no parece tener relación con la dinámica de la familia, se considera necesario intervenir en esta parte ya que la mamá dice que una parte importante del problema se debe a que Rodrigo no hace sus deberes escolares a pesar de haber intentado *«todo»*.

### **Directiva**

En primera instancia, dada la poca participación del padre dentro de la familia (aparentemente más porque no se lo permiten que porque no quiera), se imparte la directiva de que la madre se haga cargo de los niños completamente. Es necesario que el padre no participe en ningún aspecto de la disciplina familiar. Además se le pide a Rodrigo que piense en los inconvenientes que tendría de no aprobar el curso.

En la siguiente sesión se presentaron con la novedad de que la señora *«exigía»* que su marido participara más en las cuestiones de la familia ya que consideraba que era *«demasiado»* para ella. Se procedió entonces a diseñar un plan de *«participación»* de todos los miembros de la familia donde el papá estableció como condición que fuera *«respetado»* tanto por sus hijos como por su esposa. No sin alegatos aceptaron sus condiciones. Rodrigo dice que pensó en los inconvenientes que se le presentarían por no aprobar el curso: *«mi hermano estaría en el mismo año (grado) que yo, ya no podría jugar con mis amigos*

*porque se burlarían de mí por ir en el mismo año que mi hermano más chico y lo peor es que ahora tendría que hacer amigos con los mismos con que se junta Luis». Agrega que eso no lo quiere «de ninguna manera».*

Ya definidas las líneas de respeto dentro de la casa faltaba otra situación igualmente importante: la inclusión de Rodrigo en la familia. Así como el papá estaba fuera del sistema familiar, también Rodrigo permanecía ajeno de alguna manera. Para ello el terapeuta se apoyó en un dato que ofreció la familia respecto a sus aficiones y pasatiempos. A todos les gusta el fútbol, pero Rodrigo es partidario del equipo «Necaxa» y los demás de la UNAM (hay que recordar que los papás trabajan para dicha institución). Se les pregunta si siguen el desarrollo de sus equipos durante la temporada. Rodrigo dice que sólo ha visto jugar a su equipo por televisión. Los demás dicen que a veces por televisión y que en otras ocasiones (casi todas las veces que juega como local) les regalan boletos para ver a su equipo en el estadio.

Se les imparte la siguiente directiva: ir a un partido donde juegue el «Necaxa» pero como si fueran aficionados a ese equipo (exactamente de la misma manera como lo hacen con su equipo). Luis pregunta si lo pueden hacer cuando juegue contra su equipo, se les dice que no, de ninguna manera. La señora dice que ella no ve cómo puede servir eso para mejorar el desempeño académico de su hijo. El terapeuta le pide confianza hasta ver los resultados. La siguiente cita se establece para la semana siguiente al día de tal juego.

En la siguiente sesión se presentan muy excitados. Todos hablan al mismo tiempo de lo «bien» que les fue en el juego. El papá dice que Rodrigo comenzó a hacer sus deberes por sí sólo cuando le prometieron que iban a ir a «ese juego que nos dejaron de tarea» y que se ha mantenido en esa línea.

### **Resultado**

Se logró una participación más activa de Carlos y de Rodrigo dentro de la familia respetando el lugar de cada uno. Sandra aceptó dejar de «hacer todo» para que su esposo también participara.

En la penúltima sesión se presentó la siguiente cuestión: los niños tenían una litera que usaban como dos camas individuales porque Sandra consideraba que era «muy peligroso» usarla como lo que era por «como son los niños». Ellos ya habían decidido que Luis dormiría en la cama de abajo y Rodrigo en la de arriba la primera semana y que alternarían los lugares cada ocho días. Ninguna de las partes quería ceder de su postura. El terapeuta sólo se limitó a dirigir la mirada a Carlos y él decidió que se usara como litera siempre y cuando fueran responsables de su uso, ya que en caso contrario se regresaría a las camas individuales. Sandra estuvo de acuerdo.

### **Seguimiento**

En los seguimientos vía telefónica los padres informaron que Rodrigo había mejorado sustancialmente en su desempeño escolar al grado de obtener el segundo lugar en

toda la escuela para el quinto grado. Agregaron que se ha dado una competencia «*muy sana*» entre los niños para obtener mejores calificaciones y para ver «*quien hace la tarea más rápido y mejor*». Informaron también que ahora procuran alternarse para ir a los juegos de los equipos de su preferencia, ya sea en vivo o por televisión. También dicen que las decisiones las toman «*en conjunto*» y a solas y que Carlos les hace saber la decisión final a los niños. Es importante hacer notar que al hacer las llamadas telefónicas contestaba la señora y comunicaba a su esposo con el terapeuta para que fuera él quien diera el reporte y sólo tomaba la bocina cuando el terapeuta pedía hablar con ella.

#### **Número de sesiones**

La duración del tratamiento fue de ocho sesiones.



# CAPÍTULO 12

## CONCLUSIONES GENERALES

### 12. 1 Introducción

Ya son cien años del nacimiento de la terapia dirigida a afrontar los problemas humanos y muchas cosas han cambiado desde entonces. Cuando el psicoanálisis irrumpió en el escenario de la psiquiatría se produjo una revolución conceptual en todos los ámbitos del saber humano. En la práctica clínica se cuestionaron las ortodoxias a tal magnitud que se transformó el panorama clínico de aquel entonces.

A principios del siglo veinte, cuando la «revolución psicoanalítica» se institucionalizó se creó una nueva ortodoxia a tal grado que los desacuerdos ponían a los disidentes fuera del «movimiento psicoanalítico». Eso no impidió que se presentaran formas más «activas» y novedosas de tratamiento clínico. En la década de los cincuenta con el advenimiento de la teoría de sistemas, la cibernética, los estudios de la comunicación humana y la terapia familiar se presentaron nuevos enfoques terapéuticos que ofrecieron una nueva revolución conceptual. Se plantearon entonces las nuevas premisas: ya no debe haber ortodoxias y no hay una terapia mejor que otra. Simplemente hay enfoques diferentes pero se debe respetar las diferencias de los consultantes de forma tal que sea la terapia la que ha de modificarse

dependiendo de las circunstancias y no es el paciente el que se debe de amoldar a nuevas clasificaciones para «su mal».

Entonces, ¿por qué decidirse por la terapia breve directiva? En primer lugar porque ofrece un esquema teórico-práctico íntimamente ligados, porque respeta el contexto social de cada paciente y porque se empeña en dar técnicas específicas para tratar con los problemas humanos sin limitar la creatividad del terapeuta. Todo lo anterior con base en la idea primordial de la responsabilidad del terapeuta en los casos que le son presentados a consulta.

También porque se evitan los aspectos que han perjudicado a los terapeutas a lo largo de la historia del trabajo clínico: la interpretación como base principal del trabajo clínico sin dar pautas específicas para cambiar a los consultantes en el problema que les aqueja; la codependencia entre terapeuta y consultante como base para mantener un tratamiento largo que no siempre ha de ser eficaz, enarbolar la bandera de «la neutralidad» donde bien podría preguntarse en esos casos quien es el responsable por el cambio de los consultantes, el apego excesivo a la teoría olvidando a veces que se trabaja con personas con problemas, sentimientos y vida propia y que por tanto es obligación del terapeuta ayudar a esas personas en el problema que los ha llevado a consulta.

Tampoco hay que olvidar el costo de tiempo y de dinero: si un terapeuta no puede ayudar a un consultante en su problema es mejor que eso se haga saber al poco tiempo en

lugar de que pasen años para ello. Muchas veces se presentan a consulta personas con situaciones que no necesariamente se ajustan en la tradicional taxonomía psiquiátrica y en los que el terapeuta gasta varias sesiones en lograr una «definición» que les ajuste de la mejor manera y que sea «debidamente autorizada» por los grandes gurús de la salud mental.

La terapia breve directiva no es una «nueva ley» que hay que seguir ciegamente. Es un modelo clínico que evita las generalizaciones procurando ajustarse a las personas y a su contexto social en busca de un cambio en su situación problemática. Parte de la idea de que el terapeuta es su propio instrumento de trabajo y que por lo tanto hay que usar sus propias potencialidades y habilidades. Por tanto es un modelo que se corrige constantemente y depende de la habilidad práctica del terapeuta, como modelo clínico que sin su aspecto práctico pierde toda su validez.

## **12.2 Limitaciones de la investigación**

En términos óptimos, el ejercicio de la terapia breve directiva debe hacerse con un supervisor que observe el desarrollo de la consulta a través de un espejo de visión unidireccional para que haga las observaciones que considere pertinentes para el adecuado desarrollo del tratamiento. Evidentemente para la realización de la presente investigación no se contó con semejante particularidad, lo cual puede considerarse una limitación pero que se aprecia sustancialmente subsanada por los resultados obtenidos.

Otra limitación que se podría considerar es la representatividad de la muestra lo cual cuestionaría directamente la validez de los resultados. Este aspecto puede considerarse también como una ventaja si se considera que los resultados obtenidos en una muestra elegida casi por azar han sido satisfactorios, algo similar se puede obtener con otro tipo de muestreo.

Un aspecto importante que podría objetarse es que el instrumento por medio del cual se trabajó es el terapeuta. Entonces es de esperar que la sola aplicación del modelo no logrará resultados similares con otra persona: podrían ser mejores, pero eso dependería por entero de la formación clínica de cada terapeuta.

Otro aspecto que podría considerarse una limitación es la ausencia de una teoría psicopatológica dentro de la terapia breve directiva, pero si se consideran los resultados puede verse como una virtud.

### **12.3 Sugerencias**

Se considera que sería muy importante y productivo que hubiera un seguimiento a la presente propuesta a través de la implementación de cursos de formación de terapeutas en el CAPSIC (o en otras instituciones similares) para que se capaciten en la solución de problemas más que en la destreza de clasificar personas. La propia experiencia práctica ha enseñado que son bastante escasos los problemas de conducta severos y aún esos tienen alternativas de solución.

Cuando los consultantes se presentan a solicitar consulta, llevan consigo problemas específicos, luego entonces debe ser un compromiso personal dar respuestas igualmente concretas que los lleven a resolver la dificultad que les aqueja.

El CAPSIC cuenta con espacios dotados de espejos de visión unidireccional, si a eso se agrega el uso de un interfón para la comunicación entre supervisor y terapeuta se pueden lograr programas de investigación y formación de terapeutas para que cuenten con las destrezas necesarias para llevar a cabo un trabajo clínico serio y responsable.

El aspecto tecnológico tiene mucho que aportar en la investigación y estudio de la terapia breve directiva. La audio y videograbación (aunque es más recomendable la segunda) serían muy útiles en la investigación puesto que permitirían que se pudiera identificar las secuencias familiares manipulando la velocidad y el momento de la grabación. Esto además serviría como elemento didáctico para los terapeutas en formación ya que podrían presenciar tales grabaciones y su supervisor les haría notar los aspectos más relevantes de la entrevista.

La terapia breve es vista con cierto escepticismo por la comunidad clínica por sus peculiares características. Los servicios de salud y los seguros médicos han forzado a que se le tome en serio en otros países. En un futuro México no va a ser la excepción

## **12.4 Conclusiones**

Con lo anteriormente expuesto se podría pensar que lo que se dice es que la terapia breve directiva es la única solución para los problemas que son llevados a consulta, pero no es así. Es un punto de partida importante, pero no el único, para el trabajo terapéutico de cualquier clínico que quiera contar con una herramienta específica para llevar a cabo su labor de manera adecuada. La terapia breve directiva no es una panacea, ni pretende serlo; su efectividad depende de la práctica; ninguna habilidad se aprende sólo con la lectura de libros. Sólo cuando el terapeuta se enfrenta a un caso con tranquilidad, seguridad y aplomo; y se apoya en un modelo que no pretenda abarcarlo todo es cuando se pueden lograr éxitos específicos en la práctica clínica.

La terapia breve no se está «inventando» con el presente trabajo. Es una forma de trabajo específica que se estila ya en varios lugares del mundo y que por consecuencia, como cualquier forma de pensamiento, afronta críticas. La idea principal es que se nutra de ellas y eso no se hace elaborando una teoría cada vez más complicada, sino refinando el proceder clínico en la práctica cotidiana.

Por último, es importante hacer notar que los resultados que arroja la presente investigación no dicen que la terapia breve directiva es la mejor teoría clínica, dicen que es una forma de abordaje terapéutico que es eficaz, práctico y útil; y que sólo como tal debe ser considerada.

# BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, Arminda, (1961) *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*, Edit. Paidós, 1a. reimp., Barcelona 1984.
- Bandler, R. y Grinder, J. (1975) *Patterns of the hypnotic techniques of Milton Erickson, M. D., vol. 1*, Cupertino California Meta.
- Bandler, R. y Grinder, J. (1979) *Frogs into princes*, Moab, UT., Real People Press.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. (1956) *Toward a theory of schizophrenia*, Behavioral Science 1, pp. 251-254
- Bateson, Gregory (1979) *Espíritu y naturaleza*, Edit. Amorrortu, 2a. ed., Buenos Aires 1993.
- Bellak, L. y Small, L. (1978) *Psicoterapia breve y de emergencia*, Edit. Pax-México, 2a. ed., México 1988.
- Bellak, L. y Siegel, H. (1983) *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*, Edit. Manual Moderno, 1a. ed., México 1987.
- Berg, Isoo, Kim, y Miller, Scott D., (1992) *Trabajando con el problema del alcohol. Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*, Edit. Gedisa, 1a. Ed., Barcelona 1992
- Bergman, Joel, (1985) *Pescando barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve*, Edit. Paidós, 1a. Reimp., Buenos Aires 1988

- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., y Penn. P. (1980) *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*, Edit. Amorrortu, Buenos Aires 1989
- Braier, Eduardo Alberto (1984) *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*, Edit. Nueva Visión, 3a ed., Buenos Aires 1991.
- Cade, Brian, y O'Hanlon, W. H., (1993) *Guía breve de terapia breve*, Edit. Paidós, 1a. Ed., Barcelona 1995
- Crispo, Rosina, Figueroa, Eduardo y Guelar, Diana (1994) *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*, Edit. Herder, 1a. Ed., Barcelona 1994
- de Shazer, S. (1982) *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*, Edit. Paidós, 1a. reimp., Barcelona 1989.
- de Shazer, S. (1984) "The death of resistance", *Family Process*, 23 (1), pp. 11-17, 20-21.
- de Shazer, S. (1985) *Claves para la solución en terapia breve*, Edit. Paidós, 1a. reimp., Barcelona 1991.
- de Shazer, S. (1988) *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*, Edit. Gedisa, 1a. ed., Barcelona 1992.
- Dolto, Françoise (1971) *Psicoanálisis y pediatría*, Edit. Siglo XXI editores, 13a. de., México 1988.
- Erickson, M. H. (1954) "Special techniques of brief hypnotherapy", *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, pp. 261-283
- Farre, Ll., Hernández, V. y Martínez, M. (1992) *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*, Edit. Paidós, 1a. ed., Barcelona.



- Fisch, R., Weakland, J., y Segal, L., (1982) *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*, Edit. Herder, 3a. Ed., Barcelona 1994
- Gergen Kenneth J., (1991) *El Yo Saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*, Edit. Paidós, 1a. edición, Barcelona 1992.
- Grove, David R. y Haley Jay, (1993) *Conversaciones sobre terapia. Soluciones no convencionales para los problemas de siempre*, Edit. Amorrortu, 1a. ed., Buenos Aires 1996.
- Haley, Jay, (1963) *Strategies of psychotherapy*, Edit. Triangle Press, 2a. ed., Nueva York 1990
- Haley, Jay, (1967) "Hacia una teoría de los sistemas patológicos", en G. Zuk e I. Boszormenyi-Nagy, comps., *Terapia familiar y familias en conflicto*, Edit. Fondo de Cultura Económica, 1a. Reimp., México 1993.
- Haley, Jay, (1973) *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*, Edit. Amorrortu, 4a. reimp., Buenos Aires 1994
- Haley, Jay, (1976) *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*, Edit. Amorrortu, 6a. reimp., Buenos Aires 1996.
- Haley, Jay, (1980) *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*, Edit. Amorrortu, 2a. reimp., Buenos Aires 1995.
- Haley, Jay, (1990) "¿Por qué no hacemos terapia prolongada?", en J. K. Zeig y S. Gilligan comps., *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*, Edit. Amorrortu, 1a. ed., Buenos Aires 1994.

- Hoffman, Lynn, (1981) *Fundamentos de terapia familiar*, Edit. Fondo de Cultura Económica, 2a. reimp., México 1992
- Keeney, Bradford, (1983) *Estética del cambio*, Edit. Paidós, 2a. Reimp., Barcelona 1994.
- Keeney, B. y Ross, Jeffrey, (1983) "Cybernetics of brief family therapy", *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 9, págs.375-382.
- Keeney, B. y Ross, Jeffrey, (1985) *Construcción de terapias familiares sistémicas. "Espíritu en la terapia"*, Edit. Amorrortu, 1a. Reimp., Buenos Aires 1993.
- Knobel, Mauricio (1986) *Psicoterapia breve*, Edit. Paidós, , 1a., ed., México.1987.
- Kriz, Jürgen, (1985) *Corrientes fundamentales en psicoterapia*, Edit Amorrortu, 1a. ed., Buenos Aires 1990
- Madanes, Cloe, (1982) *Terapia familiar estratégica*, Edit. Amorrortu, 2a. reimp, Buenos Aires 1993.
- Malan, D. H. (1963) *La psicoterapia breve*, Edit. Centro Editor América Latina, 1a. ed., Buenos Aires 1974.
- Malugani, Marilla (1987) *Las psicoterapias breves. Teoría y práctica*. Edit. Herder, 1a. ed. Barcelona 1990.
- McKinnon, R. A. y Michels, R.(1971) *Psiquiatría clínica aplicada*. Edit. Interamericana-McGraw-Hill, 1a ed. México 1973.
- Minuchin, Salvador, (1974) *Familias y terapia familiar*, Edit. Gedisa, 5a. Ed., Barcelona 1995
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch., (1981) *Técnicas de terapia familiar*. Edit. Paidós. 1a. ed., México 1994.

- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1989) *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*, Edit. Paidós, 1a. Ed., Barcelona 1990
- Papp, Peggy (1983) *El proceso del cambio*, Edit. Paidós, 2a. reimp., Barcelona 1994
- Peters. T. J. Y Waterman, R. H. (1982) *In search of excellence: Lessons from America's Best Run companies*, Nueva York, Warner Books.
- Ruiz Olabuenaga, José I. e Ispizua, María Antonia (1989) *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*, Edit. Universidad de Deusto, 1a. ed., Bilbao 1989.
- Selekman, Matthew, (1993) *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*, Edit. Gedisa, 1a. Ed., Barcelona 1996
- Sifneos, Peter (1992) *Psicoterapia breve con provocación de angustia. Manual de tratamiento*, Edit. Amorrortu, 1a. ed., Buenos Aires 1993.
- Small, Leonard, (1971) *Psicoterapias breves*, Edit. Gedisa, 1a. reimp., México 1986.
- Strauss, Anselm y Corbin, Juliet (1990) *Basics of qualitative research. Grounded theory. Procedures and techniques*, Edit. Sage Publications, 1a. ed., U.S.A. 1990.
- Sullivan, H. S., (1945) *La entrevista psiquiátrica*, Edit. Siglo Veinte Nueva Imagen. 1a. ed., México 1990.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1984) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Edit. Paidós, 3a. Reimp., Barcelona 1996.
- Watzlawick, P. (1980) *El lenguaje del cambio*, Herder, Barcelona 1994.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. Beavin, y Jackson, D. D., (1967) *Teoría de la Comunicación Humana*, Edit. Herder, 10a. edición, Barcelona 1995.

Watzlawick, P., Weakland, P. y Fisch, R. (1976) *Cambio: Formación y resolución de problemas humanos*, Herder, Barcelona 1994.

Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick P., y Bodin A. (1974) "Brief therapy: Focused problem resolution", *Family Process*, 17:95-98.

Winnicott, D. W., (1977) *Psicoanálisis de una niña pequeña*, Edit. Gedisa, 1a. ed., México 1989.

Zeig, J. K. y Gilligan, S. G. (comps.) (1990) *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*, Edít Amorrortu, 1a. Ed. Buenos Aires 1994