

Matthew D. Selekman

ABRIR CAMINOS PARA EL CAMBIO

Grupo: PSICOLOGIA

Subgrupo: TERAPIA FAMILIAR

ABRIR CAMINOS PARA EL CAMBIO

*Soluciones de terapia breve para adolescentes
con problemas*

Matthew D. Selekman

gedisa
editorial

Título del original inglés: *Pathways to change*
© 1993 The Guilford Press

Traducción: Gabriela Ventureira

1.ª edición. Junio 1996, Barcelona
1.ª reimpresión: octubre de 2005, Barcelona
Reimpresión digital, 2012

Derechos para todas las ediciones en castellano

© by Editorial Gedisa, S. A.
Avda. Tibidabo, 12, 3º
08022 Barcelona (España)
Tel 93 253 09 04
Fax 93 253 09 05
Correo electrónico: gedisa@gedisa.com
<http://www.gedisa.com>

ISBN: 978-84-7432-576-8
Depósito legal: B-21.945-2012

Impreso por Publidisa

Impreso en España
Printed in Spain

Queda prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión en forma idéntica, extractada o modificada, en castellano o cualquier otro idioma.

Indice

PREFACIO.....	9
AGRADECIMIENTOS.....	11
1. La evolución de un modelo de terapia breve para adolescentes con problemas.....	13
2. Supuestos orientadores con vistas a la solución.....	35
3. La primera entrevista: cocrear un contexto para el cambio.....	55
4. Estrategias eficaces para establecer una buena relación con adolescentes difíciles.....	97
5. Organizar una ecología social: colaborar con auxiliares procedentes de sistemas más amplios.....	111
6. Cómo lograr que el cambio perdure: prescripciones para la segunda sesión y las subsiguientes.....	133
7. El grupo de padres centrado en la solución.....	161
8. Epílogo.....	171
BIBLIOGRAFÍA.....	175
Indice temático.....	183

Prefacio

¿El enfoque de terapia breve centrado en la solución no es un mero remiendo?

¿Cómo encajan los sentimientos de los pacientes en este modelo?

¿Este enfoque sirve realmente para adolescentes con problemas serios y crónicos?

¿Qué se hace cuando el enfoque no funciona?

Preguntas como éstas, formuladas por colegas, participantes de grupos de trabajo y discípulos, me han impulsado durante años a buscar nuevas maneras de ampliar el modelo básico de terapia breve centrado en la solución y hacerlo más integrador, a fin de incluir los casos de adolescentes que han sido calificados de “difíciles”, “rebeldes” y de “fracasos terapéuticos”. La necesidad de escribir este libro surgió de mi deseo de dar respuesta a las preguntas señaladas y de ofrecer a los clínicos opciones terapéuticas útiles cuando no funciona el modelo básico de terapia breve centrado en la solución.

El libro se ocupa también de la improvisación y del juego terapéuticos en la terapia breve, un área relegada en la bibliografía sobre el tema. Considero que la terapia debe ser divertida, especialmente cuando se trata a adolescentes y sus familias. La creencia tradicional de que “la terapia es un asunto serio” es una idea errónea que ha perjudicado a los terapeutas. Por último, mi mayor deseo es que este libro brinde a los profesionales especializados en terapia breve una guía útil para la toma de decisiones terapéuticas, estimule el ingenio y la creatividad y proporcione los instrumentos necesarios para realizar un trabajo eficiente con los adolescentes difíciles y sus familias.

Resumen del libro

El libro está destinado específicamente a ofrecer a los terapeutas instrucciones prácticas para aplicar mi enfoque de terapia familiar breve centrado en la solución para adolescentes difíciles y sus familias. En el capítulo 1 se describe la evolución de este modelo de terapia breve, en especial la incorporación de ideas innovadoras provenientes del campo de la terapia familiar. El capítulo 2 presenta supuestos útiles sobre los adolescentes difíciles, sus familias y la terapia breve. En el capítulo 3 se analiza cómo cocrear un contexto para el cambio en la primera entrevista familiar. Se presentan diferentes categorías de preguntas y guías terapéuticas para el diseño, la selección y la instrumentación de la intervención.

Los capítulos 4 y 5 se ocupan de llenar dos importantes lagunas en la bibliografía sobre la terapia breve. El capítulo cuatro presenta cinco estrategias eficaces y basadas en la experiencia para establecer una buena relación con adolescentes difíciles. En el capítulo 5 se analiza la eficacia terapéutica de la colaboración de profesionales auxiliares y de otras personas significativas en la organización de la ecología social del adolescente con problemas. En ambos capítulos se ofrecen ejemplos de casos.

En el capítulo 6 se presentan diversas estrategias para amplificar los cambios y consolidar los logros terapéuticos en la segunda sesión y en las subsiguientes. Se analizan la intervención sobre la pauta, la estrategia de tratamiento en equipo, las tareas terapéuticas centradas en la solución y otras opciones terapéuticas para casos difíciles.

El capítulo 7 se ocupa del grupo de padres centrado en la solución. Este grupo tiene por objetivo capitalizar las fuerzas y los recursos de los padres para ayudar a construir soluciones. Se ofrece una descripción de cada una de las sesiones.

Por último, en el capítulo 8 se resumen los temas más importantes del libro y se extraen algunas conclusiones con respecto al futuro.

Agradecimientos

Deseo agradecer a todas aquellas personas que han ejercido una influencia decisiva en mi desarrollo profesional y en las ideas analizadas en este libro. En primer término, estoy en deuda con Michele Weiner-Davis por mostrarme cuál es el camino que conduce más rápidamente al cambio. Una vez emprendido el camino recibí, como discípulo, enseñanzas valiosas de Eve Lipchik, Steve de Shazer e Insoo Berg, lo que me permitió adquirir mayor destreza como terapeuta especializado en terapia breve. Agradezco a Michael White y Michael Durrant el haber aprendido de ellos la eficaz estrategia de “externalizar el problema”. Harry Goolishian (ya desaparecido) y Harlene Anderson me enseñaron la importancia de la historia familiar, el arte de colaborar con los auxiliares procedentes de sistemas más amplios y la poderosa herramienta terapéutica que constituye “el no saber”. Para ellos, mi más profundo agradecimiento. Desde hace poco, he incorporado a mi trabajo clínico el útil e innovador enfoque de Tom Andersen basado en el equipo reflexivo. También quisiera agradecer al equipo clínico del Beech Grove Children’s Centre de Kingston, Ontario, por proporcionarme un contexto de entrenamiento en donde conceptualizar y elaborar nuevas ideas terapéuticas. Por último, estoy en deuda con mi amigo y colega Tom Todd, quien no ha dejado de brindarme estímulo y apoyo a lo largo de estos años.

Hay un gran número de personas que han sido claves y en parte responsables de la aparición de este libro. Gracias a Sharon Panulla, de The Guilford Press, tuve la maravillosa oportunidad de publicar mis ideas. Me siento en deuda con Don

Efron por sus comentarios útiles sobre la edición y por las sugerencias aportadas durante la lectura del manuscrito. Patricia Talamo, brillante reportera del tribunal de menores, tuvo a su cargo la hercúlea tarea de transcribir las videocintas de los ejemplos de casos que aparecen en el presente volumen. Vivian Sena y Sandra Biles, del Robinson's Office Services, merecen medallas de oro por haber tipiado el manuscrito con paciencia, esmero y buen ánimo. Finalmente y por sobre todo, le doy las gracias a mi querida esposa Ása por haberme asistido con infinita , paciencia durante el arduo proceso de escribir este libro:

1

La evolución de un modelo de terapia breve para adolescentes con problemas

Terapeuta: ¿Qué les gustaría cambiar hoy?

Madre: Jennifer se está arrancando el cabello de nuevo. El médico de la familia dice que se trata de una tricotilomanía, o algo así.

Jennifer: Sí, es una mala costumbre que tengo desde hace tiempo.

M: Es cierto, no deja de arrancarse el cabello desde hace cuatro años.

T: Tengo una curiosidad: ¿qué sucede cuando no incurres en esa mala costumbre? ¿Qué haces en su lugar?

J: Bueno, escucho a los Guns and Roses, hablo con mi amiga Linda o hago la tarea.

T: ¿Cómo se te ocurrieron tan buenas ideas para resistirte a esa “mala costumbre”?!

J: Bueno, los Guns and Roses me ayudan a relajarme. A Linda y a mí nos gusta charlar sobre los muchachos guapos de la escuela. Es como si mantenerme ocupada me sirviera mucho.

T: Jennifer, ¿hay algo que hace tu madre y que te ayuda a luchar contra la “mala costumbre”?

J: Sí, hay noches en que hablamos de muchachos, de cuando ella tenía mi edad... A veces me deja alquilar un vídeo y lo vemos juntas, y eso también me tranquiliza.*

Muchos terapeutas considerarían el problema de Jennifer alarmante y muy difícil de tratar. Antes de la primera sesión familiar, la persona encargada de atender a los nuevos pacientes averiguó por su madre que Jennifer ya había estado tres

* A fin de proteger la intimidad de los pacientes, los nombres y datos de los mismos han sido modificados en los ejemplos de casos descriptos en este libro.

veces en terapia debido a su “compulsión a arrancarse el cabello”. Uno de los terapeutas anteriores había sido un psiquiatra que le diagnosticó un trastorno compulsivo obsesivo. A pesar del carácter crónico del problema de Jennifer, yo creía firmemente que ella y su madre contaban con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar. Me centré en la descripción que había dado Jennifer de su problema: una “mala costumbre” externalizada en un síntoma opresivo (White y Epston, 1990) que había estado mortificando tanto a la madre como a Jennifer durante cierto tiempo. Esto abrió muchas más vías para el cambio que los rótulos “trastorno compulsivo obsesivo” y “tricotilomanía”, que habían puesto los médicos. Finalmente, les pregunté qué estaban haciendo para evitar que la “mala costumbre” las atormentara. Esa línea de interrogatorio surgió de la “conversación sobre el cambio” de la familia (Gingerich, de Shazer y Weiner-Davis, 1988), es decir, de las estrategias efectivas para manejar y resolver el problema que podían servir para la construcción conjunta de la solución.

El enfoque basado en la salud de la familia que yo estaba usando es mi enfoque de terapia familiar breve centrado en la solución, que a su vez es una ampliación del modelo de terapia breve centrado en la solución elaborado por O’Hanlon y Weiner-Davis (1989). Curiosamente, el modelo básico de terapia breve centrado en la solución ha recibido poca atención en la bibliografía sobre terapia breve y familiar como modelo útil de tratamiento para grupos de adolescentes con problemas o difíciles, tales como delincuentes, automutiladores, drogadictos, adolescentes violentos, con trastornos de la alimentación, con problemas escolares y con depresión (Berg y Gallagher, 1991; Selekman, 1989a, 1989b, 1991b). En este capítulo ofreceré un panorama teórico sobre el modelo de terapia breve centrado en la solución, describiré las cuatro formas en las que he ampliado el modelo a fin de hacerlo más integral y eficaz para adolescentes con problemas y sus familias y reflexionaré sobre algunos temas comunes a estos casos.

Influencias teóricas

El enfoque de terapia breve centrado en la solución fue desarrollado por William H. O’Hanlon y Michele Weiner-Davis

(O'Hanlon, 1987; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Weiner-Davis, 1992). El modelo se basa principalmente en las ideas terapéuticas del brillante hipnoterapeuta Milton H. Erickson (Erickson, 1954,1964; Erickson y Rossi, 1983; Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Rosen, 1982), en el enfoque de terapia breve centrado en la solución elaborado por Steve de Shazer y sus colegas (de Shazer, 1982, 1984, 1985,1988, 1991; de Shazer *et al.*, 1986; Gingerich y de Shazer, 1991; Gingerich *et al.*, 1988; Lipchik, 1988; Lipchik y de Shazer, 1986; Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1987) y en el enfoque de terapia breve centrado en el problema desarrollado por los teóricos del Mental Research Institute (MRI, Instituto de Investigaciones Mentales) (Fisch, Weakland y Segal, 1982; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

Milton H. Erickson: el padre de la terapia breve

Los aportes de Erickson a la hipnosis, a la terapia breve y a la terapia familiar son numerosos. Mucho tiempo después de su muerte, su genio creador y su magia terapéutica continúan ejerciendo una gran influencia en los terapeutas de todo el mundo. Dos de las intervenciones terapéuticas más importantes de Erickson son la estrategia de la utilización (Erickson y Rossi, 1983; Gordon y Meyers-Anderson, 1981; O'Hanlon, 1987) y la "pseudorientación temporal" (Erickson, 1954).

Erickson sostenía que era fundamental que los terapeutas capitalizaran todo lo que los pacientes llevaban a la terapia: su lenguaje, sus creencias, sus fuerzas y recursos, su sentido del humor y sus conductas no verbales. Luego utilizaba esos atributos en las entrevistas y en la construcción de las tareas terapéuticas.

Mediante la técnica de la "pseudorientación temporal" (Erickson, 1954), Erickson ponía en trance al paciente y luego lo ayudaba a crear una distorsión del sentido del tiempo. Esto preparaba el camino para que el paciente retrocediera y avanzara en el tiempo. Una vez que el paciente estaba entrenado en la distorsión temporal, Erickson lo ayudaba a dominar la capacidad de amnesia y lo trasladaba a un momento del futuro en el que el paciente había resuelto con éxito el problema que lo aquejaba en el presente. Erickson le pedía al paciente que

visualizara un encuentro con él en ese futuro imaginario y le contara cómo había solucionado el problema. Luego de este paso hacía que el paciente olvidara la experiencia y concluía la terapia (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Además de la "utilización" y la "pseudorientación temporal", Erickson inyectó un elemento de sorpresa, de diversión y de humor en su trabajo terapéutico. Una vez dijo: "A todo niño le gustan las sorpresas" (Rosen, 1982). Erickson tenía una capacidad asombrosa para hacer aflorar al niño jugueteón en sus pacientes, atraer su interés e inducirlos al cambio. Creía que los terapeutas debían "desparramar humor por todas partes" con los pacientes (Rosen, 1982). Tenía el talento de encontrar aspectos cómicos en cualquiera de los problemas que le presentaban. Consideraba que el humor poseía un tremendo poder curativo. Para Erickson el humor era capaz de arrancar la espina de cualquier situación dolorosa y de darles a los pacientes el coraje de arriesgarse y cambiar.

Erickson era un narrador de cuentos magistral. Sus historias incorporaban el humor y la metáfora, e incluían instrucciones, información interesante y el tema de la búsqueda. Los cuentos de Erickson proporcionaban un conducto directo al inconsciente del paciente, modificaban con éxito creencias obsoletas y creaban nuevas posibilidades para el paciente.

En la práctica clínica empleo a menudo metáforas y cuentos para influir de forma indirecta en la conducta y el pensamiento inconducentes de los adolescentes. Además de contarles mis propios conflictos juveniles, me gusta relatar cuentos de los aborígenes estadounidenses, pues les ofrecen sabiduría y enseñanzas valiosas. Una vez trabajé con un muchacho de 16 años muy rebelde, que se negaba a seguir las reglas parentales y a cooperar en las tareas del hogar, y que prácticamente se había declarado en huelga como miembro de la familia durante un año. Antes de verme, había estado internado dos meses en un hospital psiquiátrico y, como paciente externo, había tenido tres experiencias terapéuticas infructuosas con psicólogos. Cuando se le preguntaba qué deseaba de sus padres, el joven respondía: "una chaqueta de cuero negro". Según sus padres, hacía un año que el hijo estaba obsesionado con una chaqueta de cuero negro que ellos no le compraban. Después de tres sesiones de familia, los padres realizaron algunos cambios

importantes; sin embargo, el hijo seguía obsesionado con la chaqueta de cuero negro y no obedecía las reglas. En la cuarta sesión familiar, durante el tiempo de sesión individual con el joven, le conté la siguiente fábula sobre “cómo llega la sabiduría”, tal como fue relatada originariamente por la anciana india *hoñ* Leila Fisher (Wall y Arden, 1990):

Había una vez un hombre, que era el cartero de la reservación, que oyó a algunos de los Mayores hablar sobre objetos recibidos que otorgaban un gran poder. El no sabía mucho acerca de esas cosas, pero pensó que sería maravilloso recibir un objeto que sólo podía ser concedido por el Creador. En particular, escuchó de los Mayores que el objeto más excelso que una persona podía recibir era una pluma de águila. Decidió que debía tener una. Si podía recibir una pluma de águila, poseería todo el poder, la sabiduría y el prestigio que deseaba. Pero también supo que no podía comprarla. Tenía que llegarle por la voluntad del Creador. Día tras día, salía a buscar una pluma de águila. Creía que para encontrarla sólo debía mantener los ojos abiertos. Llegó un momento en que no pensaba en otra cosa. La pluma de águila ocupaba sus pensamientos desde el amanecer hasta el ocaso. Pasaron semanas, meses, años. Todos los días el cartero hacía sus rondas, buscando afanosamente la pluma de águila. No prestaba atención ni a su familia ni a sus amigos. Mantenía la mente fija en la pluma de águila. Pero nunca la encontraba. Comenzó a envejecer, y la pluma no aparecía. Finalmente, se dio cuenta de que por mucho que buscara, no estaba más cerca de hallar la pluma de lo que había estado el día que inició la búsqueda. Un día decidió tomar un descanso al costado del camino. Salió de su pequeño jeep y tuvo una charla con el Creador. Dijo: “Estoy muy cansado de buscar la pluma de águila. Pasé toda mi vida pensando en ella. Apenas me ocupé de mi familia y de mis amigos. Lo único que me preocupó fue la pluma y ahora la vida me ha pasado de largo. Me perdí muchas cosas buenas. Bien, abandono la lucha. Dejaré de buscar la pluma y comenzaré a vivir. Quizá todavía tenga tiempo para recuperar a mi familia y a mis amigos. Perdóname por el modo como conduje mi vida”. Entonces (y sólo entonces) lo inundó una gran paz. De repente, se sintió mejor interiormente de lo que se había sentido en todos esos años. Tan pronto como terminó de hablar con el Creador y comenzó a caminar en dirección al jeep, lo sorprendió una sombra que pasó por encima de él. Miró al cielo y vio, en lo alto, un gran pájaro volando. Al instante, desapareció. Luego vio algo que descendía flotando suavemente en la brisa: una hermosa pluma. ¡Era su pluma de águila! Se dio cuenta de que la pluma había aparecido inmediatamente después de que abandonara la

búsqueda e hiciera las paces con el Creador. Ahora el cartero es una persona distinta. La gente acude a él en busca de sabiduría y él comparte con ellos todo lo que sabe. Si bien ahora posee el poder y el prestigio que tanto anhelaba, ya no le interesan esas cosas. Se preocupa por los demás y no por sí mismo. Ahora sabes cómo llega la sabiduría (págs. 74-75).

Luego de relatarle a mi joven paciente este maravilloso cuento indio, que en muchos sentidos reflejaba su situación, su conducta dio un giro de 180 grados. Una semana más tarde, los padres informaron que su hijo había recuperado milagrosamente su “antiguo yo”. Interactuaba con los miembros de la familia, obedecía las reglas de los padres y hacía sus tareas. Jamás volvió a mencionar la “chaqueta de cuero negro”. La familia y yo acordamos finalizar la terapia luego de un receso terapéutico de dos semanas debido al notorio progreso del paciente.

La terapia breve centrada en la solución

El modelo de terapia breve centrado en la solución fue elaborado por Steve de Shazer y sus colegas del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Wisconsin (de Shazer, 1985,1988,1991; de Shazer *et al.*, 1986, Gingerich y de Shazer, 1991; Gingerich *et al.*, 1988; Lipchik, 1988; Lipchik y de Shazer, 1986; Weiner-Davis *et al.*, 1987). El modelo está muy influido por el trabajo clínico de Erickson y por las ideas teóricas de Gregory Bateson. De Shazer y sus colegas construyeron el modelo a partir del supuesto básico de que todos los pacientes cuentan con fuerzas y recursos para cambiar y de la idea de que ningún problema sucede todo el tiempo, es decir, de que hay excepciones a la regla. Capitalizando las fuerzas y los recursos de los pacientes y haciéndolos participar en “conversaciones sobre el cambio” (Gingerich *et al.*, 1988), de Shazer y su equipo descubrieron que este tipo de actividad terapéutica producía cambios rápidos en las creencias y conductas de los pacientes. Como Erickson, de Shazer y sus colegas utilizaron el futuro para coconstruir soluciones hipotéticas con los pacientes. De Shazer desarrolló la intervención de la “pseudorientación temporal” de Erickson mediante el uso de una bola de cristal

imaginaria (de Shazer, 1985) y por último formuló su pregunta terapéutica más famosa y eficaz: la “pregunta por el milagro” (de Shazer, 1988). Se le pregunta lo siguiente al paciente:

Supongamos que una noche, mientras duermes, se produce un milagro y su problema se soluciona. ¿Cómo se daría cuenta? ¿Qué sería diferente? (pág. 5).

A menudo los milagros que mencionan los pacientes son comportamientos que ya tienen o pueden tener. La pregunta por el milagro con frecuencia genera excepciones útiles y permite establecer los objetivos del tratamiento. Según de Shazer (1990), si el paciente puede imaginar una realidad futura sin problemas, de hecho no tiene ningún problema.

De Shazer y sus colegas han ideado diversas tareas terapéuticas eficaces que se adaptan cuidadosamente a las pautas peculiares de respuesta cooperativa que manifiestan los pacientes. Por ejemplo, a un paciente que se expresa con vaguedad, de Shazer seguramente le asignaría una tarea igualmente vaga, como la “tarea formalizada de la primera sesión” (de Shazer, 1985), que consiste en lo siguiente:

Entre este momento y la próxima vez que nos veamos, me gustaría que observara qué cosa sucede en su familia que usted desea que siga sucediendo (pág. 137).

En mi trabajo clínico, he descubierto que aproximadamente el 90 por ciento de los pacientes han mencionado por lo menos dos o más excepciones importantes en la segunda sesión luego de haberseles asignado la tarea formalizada de la primera sesión.

Otras dos tareas terapéuticas eficaces son la “tarea de la predicción” (de Shazer, 1988) y, más recientemente, la tarea de “simular que se produjo el milagro” (de Shazer, 1991). La tarea de predicción es particularmente útil cuando las excepciones ocurren espontáneamente y el paciente no puede explicar su aparición. Por ejemplo, se les pide por separado a un adolescente deprimido y a sus padres que predigan la noche anterior si el día siguiente será un “buen día” y que al promediar el día siguiente traten de explicar por qué fue un “buen día”. Según de Shazer (1988), “las tareas de predicción se basan en la idea de

que es más probable que suceda lo que uno espera una vez que se ha puesto en marcha el proceso que conduce a ello" (pág. 184).

La tarea de "simular que se produjo el milagro" puede emplearse cuando el paciente no puede identificar fácilmente excepciones significativas (de Shazer, 1991; Gingerich y de Shazer, 1991). El siguiente ejemplo de caso demuestra la utilidad de dicha tarea terapéutica:

George fue enviado a terapia porque peleaba constantemente con su madre y se negaba a hacer las "tareas domésticas". Según el joven, su madre lo retaba todo el tiempo. Luego de algunas de esas "grandes riñas", George había agujereado la pared de su cuarto a golpes. Con el fin de alejar a la familia de la conversación sobre el problema, les formulé la pregunta por el milagro. Para la madre el milagro consistía en que George "sacara la basura", "ordenara su cuarto", "pusiera la ropa sucia en el cesto" y que no la hostigara. Para George el milagro consistía en que su madre no protestara más, que le permitiera estar más tiempo fuera de la casa y con los amigos, y que cocinara algunos de sus "viejos platos favoritos", por ejemplo, pollo frito. En la última parte de la sesión, hablé a solas con George y le encargué la tarea de elegir dos días de la semana siguiente, en los que debía simular que asumía las conductas que su madre consideraba milagrosas y tratar así de "sorprenderla". Se le indicó que no le dijera a su madre cuáles eran los días en los que simulaba, pero que observara si había diferencias en la reacción de ésta. Al final de la sesión se le pidió a la madre que fuera una especie de Sherlock Holmes y tratara de detectar cuáles eran los días en que su hijo simulaba. Una semana más tarde, George y su madre llegaron a la sesión como si fueran una nueva familia. El primer comentario de la madre fue: "Este no es mi hijo". Al parecer, George se había comportado "milagrosamente toda la semana". Había sacado la basura, limpiado su cuarto y no habían reñido durante toda la semana. La madre estaba tan contenta por el progreso de George que le había permitido "permanecer hasta altas horas de la noche fuera de casa durante el fin de semana" y en una ocasión le había cocinado pollo frito para la cena. Pasé toda la segunda entrevista amplificando las diversas excepciones que habían ocurrido y les di tres semanas de vacaciones de la terapia como un voto de confianza. Se los instruyó para que, durante las vacaciones, observaran qué cosas estaban funcionando dentro de la relación a fin de que al volver me pusieran al tanto de los nuevos progresos. La terapia concluyó después de la tercera sesión.

En el resto del libro se describirán otras tareas terapéuticas útiles centradas en la solución. En el capítulo 3, analizaré con más detalle la pregunta por el milagro y otras preguntas terapéuticas que pueden abrir un espacio para que los pacientes consideren sus situaciones problemáticas de una manera diferente, contribuir a generar excepciones y ayudar a los pacientes a establecer objetivos de tratamiento precisos y realistas.

El MRI y la terapia breve centrada en el problema

El modelo de terapia breve centrado en el problema fue elaborado por Weakland, Jackson, Watzlawick y Fisch en el MRI, en Palo Alto, California (Fisch *et al.*, 1982; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967; Watzlawick *et al.*, 1974). Al igual que el grupo de terapia breve centrado en la solución, los teóricos del MRI estuvieron muy influidos por las ideas de Erickson y Bateson. Los teóricos del MRI construyeron su enfoque alrededor del supuesto básico de que el problema es la solución intentada por el paciente (Watzlawick *et al.*, 1974). Los miembros de la familia están “pegados” a una visión particular del paciente y enganchados en la misma danza interactiva que mantiene el problema vigente. Para los teóricos del MRI, los blancos principales de la intervención son el sistema de creencias de la familia o su “posición” (Fisch *et al.*, 1982) respecto del problema y las pautas que mantienen el problema.

Los teóricos del MRI han ideado algunas tareas terapéuticas que son muy útiles para adolescentes difíciles. Una intervención del MRI que se usa como último recurso y con la cual tuve mucho éxito es el “sabotaje benevolente” (Watzlawick *et al.*, 1974). Esta tarea es especialmente útil para adolescentes muy rebeldes y propensos a las actuaciones, que tienen dominada a la familia y no responden bien al enfoque de terapia breve centrado en la solución. Cuanto más se esfuerzan los padres por ejercer su poder y autoridad sobre el adolescente, más se rebela éste. Se instruye a los padres para que simulen debilidad ante el joven y que no son “ellos mismos últimamente”. Por ejemplo, la madre puede poner sal en lugar de azúcar en la masa mientras prepara el pastel favorito de su hijo, o el padre cerrar con llave la casa a la noche y dejar accidentalmente la cadena puesta. Al ser encarados por el hijo se limitarán a decir: “Últimamente no

soy yo mismo”. Muy pronto el joven aprenderá que es imposible rebelarse contra padres débiles (Watzlawick *et al.*, 1974). El siguiente ejemplo, el caso de una jovencita de 15 años de edad y su madre, ilustra la utilidad de esta estrategia terapéutica.

Louise, una madre sola, trajo a Mandy a mi consultorio luego de que ésta recibiera el alta de un programa psiquiátrico de internación para adolescentes. Mandy había estado en el hospital durante seis semanas por fugas frecuentes, inasistencia a clases, violación de las reglas parentales y abuso de drogas múltiples. Antes de la internación, Mandy y su madre habían tenido siete experiencias terapéuticas infructuosas debido a los mismos problemas. Si bien Mandy vino a la primera sesión familiar, habló muy poco durante la entrevista. Louise pasó la mayor parte de la sesión hablando de los problemas y de todas las soluciones que intentó sin éxito. Mi esfuerzo por hacer que madre e hija identificaran las excepciones fue inútil. Ningún miembro de la familia podía imaginar cambios de conducta milagrosos en el futuro. Cuando me uní al pesimismo de la familia y pregunté cómo habían evitado que las cosas empeoraran, la madre respondió: “Tarde o temprano, algo terrible le sucederá a Mandy”. Pasé el tiempo dedicado a la sesión individual con ambas. Louise accedió a experimentar con una tarea de observación (Molnar y de Shazer, 1987) para ayudarnos a identificar algunas pautas de excepción y hacer algo distinto por Mandy. Mandy me aclaró que ella “odiaba a los asesores” y que no “volvería a verme”. Durante la segunda, tercera y cuarta sesión estuve solo con Louise. Mandy se había rehusado a concurrir a más entrevistas. En ese momento, Louise se sentía totalmente frustrada y dispuesta a tirar la toalla con la terapia. Decidí abandonar mi enfoque básico centrado en la solución y le propuse a Louise, como último intento, la tarea del sabotaje benevolente (Watzlawick *et al.*, 1974). Para mi sorpresa, Louise estaba absolutamente dispuesta a probar una nueva tarea terapéutica.

Durante la semana siguiente, Louise representó, en una actuación digna de un Oscar, a una “madre deprimida dispuesta a abandonar su papel de madre”. En efecto, su actuación fue tan lograda que la conducta de Mandy cambió notablemente. Según Louise, Mandy seguía sin consumir drogas, asistía a la escuela, obedecía las reglas y había aceptado volver a la terapia. En la quinta sesión familiar, Mandy parecía confundida y preocupada por el comportamiento de su progenitora. Le comenté mi preocupación por su madre y analizamos juntos qué cosas creía que tenía que seguir haciendo para tratar de levantarle el ánimo. Mandy sugirió que debería “dejar de ir a fiestas”,

“asistir a la escuela” y “ayudar a mamá en las tareas del hogar”. Le pregunté a Mandy si pensaba que eso sería suficiente y ella estuvo de acuerdo en “proponer algunas cosas más” que harían “feliz” a su madre. Durante mi sesión individual con Louise, la alenté a hacer más de lo que estaba funcionando. Las sesiones ulteriores estuvieron destinadas a consolidar los logros de la familia y a colaborar con el personal de la escuela.

Otras estrategias útiles elaboradas por los teóricos del MRI son: las prescripciones paradójicas, el reencuadre, el evitar el cambio inmediato, la localización y la predicción. En *La táctica del cambio*, Fisch y sus colegas (1982) ofrecen algunas ideas sumamente prácticas sobre la mejor manera de mantener la maniobrabilidad terapéutica con pacientes muy difíciles. Esas ideas me han sido de gran utilidad en mi trabajo con jóvenes procesados y con sus familias.

Ampliación del modelo centrado en la solución

Como todos los modelos terapéuticos, el enfoque básico de terapia breve centrado en la solución (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989) tiene sus limitaciones y no resulta aplicable en todos los casos. Por ejemplo, en las familias muy traumatizadas o que oponen mucha resistencia, o en casos crónicos de adolescentes en los que se hallan involucrados un gran número de auxiliares múltiples procedentes de sistemas más amplios. Por lo tanto, a fin de introducir una mayor flexibilidad terapéutica y ampliar el alcance del enfoque básico de terapia breve centrado en la solución, he incorporado ideas innovadoras provenientes de los más célebres improvisadores del jazz (como Charlie Parker, por ejemplo) y de los enfoques terapéuticos de Michael White, del equipo de Galveston (Harry Goolishian y Harlene Anderson) y de Tom Andersen. Comenzaré esta sección del capítulo explicando cómo el uso de técnicas de improvisación puede ayudar a los terapeutas a disfrutar mejor de su trabajo y a aumentar su capacidad creativa. A continuación expondré brevemente algunas de las principales estrategias terapéuticas de Michael White, del equipo de Galveston y de Tom Andersen que me gusta utilizar cuando trabajo con adolescentes difíciles y sus familias. Por último, concluiré la sección refiriéndome a la

importancia de la colaboración entre los terapeutas especializados en terapia breve y los auxiliares de sistemas más amplios.

El terapeuta especializado en la terapia breve: un artista de la improvisación

Todo está permitido en mis sesiones de terapia. ¡No hay reglas! Desde el “choque de palmas” hasta el humor más escandaloso, procuro crear un clima terapéutico divertido y lleno de sorpresas. Cada nuevo caso es abordado con pasión, espontaneidad y el uso humorístico de los elementos cómicos de la historia familiar. Además del uso del humor y del juego, la improvisación puede consistir en contar cuentos, en hacer representaciones dramáticas durante la sesión y en probar una estrategia terapéutica basada en un enfoque distinto. Para cada paciente adolescente, existe una multiplicidad de temas e interacciones familiares, tanto verbales como no verbales, sobre las que puedo improvisar. La creatividad del terapeuta sólo fluye con facilidad cuando abandona su preocupación por adherir religiosamente a las reglas de su modelo de terapia y a la necesidad de ser técnicamente preciso. He observado con frecuencia que, durante el entrenamiento de terapeutas especializados en terapia breve, éstos se preocupan mucho por hallar la pregunta “correcta” o la tarea terapéutica “correcta” a expensas de perder la creatividad y el sentido del humor en el proceso terapéutico. Aliento a quienes participan en mis cursos de entrenamiento a que se diviertan con los pacientes, que permitan que su creatividad fluya libremente y que elaboren su propio estilo de terapia breve en lugar de esforzarse por ser un clon.

Mi estilo terapéutico de improvisación ha estado muy influido por los grandes saxofonistas del jazz: Charlie Parker, John Coltrane y Omette Coleman. Parker dijo una vez: “La música es tu propia experiencia, tus pensamientos, tu sabiduría. Si ñola vives, no saldrá de tu instrumento” (Williams, 1939, pág. 77). Parker tenía una capacidad extraordinaria para “escuchar internamente” una nueva concepción armónica antes de que fuera traducida a una teoría formal (Sidran, 1971).

Coltrane consideraba su música como “un instrumento capaz de crear nuevas formas de pensamiento que podían

cambiar la mentalidad de la gente” (Coltrane, 1967, pág. 26). Su música no sólo obtenía una respuesta inmediata y sustancial de parte del público sino que —lo cual es más importante— impulsaba a la gente a la libertad (Sidran, 1971). Coltrane fue más allá de las convenciones armónicas tradicionales para darle una nueva dirección a la línea melódica y encontrar nuevas maneras de liberarse de las restricciones que impone la estructura de una melodía (Fuller, 1992).

Omette Coleman, considerado uno de los padres de los movimientos vanguardistas del jazz, prescindió totalmente de la idea de estructura armónica propia de la música occidental. Coleman describió su estilo libre de tocar el saxo de la siguiente manera (Hentoff, 1958):

Algún día la música será mucho más libre. Entonces se olvidará la forma de la melodía y la melodía en sí misma será la forma, y no tendrá que ajustarse a estructuras convencionales. La creación musical es tan natural como el aire que respiramos. Creo que la música es realmente algo libre y que se la debe disfrutar de todas las maneras posibles.

Estos tres innovadores del jazz confiaron en sus intuiciones, corrieron riesgos y se negaron a ser gobernados por las reglas tradicionales de la teoría musical. Al permitirse tocar con absoluta libertad, liberaron a los oyentes de quedar atascados en lo familiar y conocido, y abrieron la puerta para que se produjeran cambios rápidos en los sentimientos y pensamientos de los oyentes. Básicamente, se usaron a sí mismos como agentes de cambio de “segundo orden” (Watzlawick *et al.*, 1974). Al aplicar los métodos de improvisación descritos anteriormente, los terapeutas especializados en la terapia breve descubrirán que son más creativos que nunca, que se divierten más y que coproducen cambios más significativos en los adolescentes difíciles y sus familias.

La incorporación de las ideas de Michael White

El australiano Michael White, terapeuta de familia, hizo importantes aportes en el campo de la terapia familiar (Wliite, 1984,1985,1986,1987,1988a, 1988b; White y Epston, 1990). El trabajo terapéutico de White se basaba fundamentalmente en

las ideas teóricas de Bateson sobre las restricciones y la descripción doble (White, 1986). White elaboró diferentes tipos de preguntas terapéuticas para ayudar a la familia a vencer la influencia de las restricciones que limitan su vida y abrir un espacio para que los miembros de la familia consideren de un modo diferente las situaciones problemáticas. “La externalización del problema constituye su idea terapéutica más innovadora” (White y Epston, 1990). Mediante el uso cuidadoso del lenguaje y de las creencias de los miembros de la familia sobre el problema que se presenta, éste es redefinido y objetivado por el terapeuta como un tirano externo que oprime a la familia, incluyendo al paciente. Por ejemplo, si todos los miembros de la familia se refieren al problema de Mary como a una “depresión”, el terapeuta puede formular las siguientes preguntas, en las que se externaliza el problema: “¿Cuánto hace que la *depresión* los ha estado acosando?” “Mary, cuando la *depresión* trata de llevarse lo mejor de ti, ¿qué hacen tus padres para ayudarte a vencerla?”. Según mi experiencia clínica con algunos adolescentes muy rebeldes, estas familias tienen una gran necesidad de hablar de la constante opresión causada por el problema y en general no responden bien al mero interrogatorio centrado en la solución (Todd y Selekman, 1991). La externalización del problema puede ser una opción terapéutica fructífera una vez que el terapeuta ha agotado todas las posibilidades del enfoque de terapia breve centrado en la solución.

Otras dos categorías útiles de preguntas terapéuticas elaboradas por White (1988) son las preguntas sobre la “explicación única” y sobre la “redescripción única”. Tales preguntas invitan a los miembros de la familia a asignar un nuevo significado a las excepciones que, de acuerdo con sus informes, están ocurriendo dentro de la situación. Cuando se comparan las preguntas por las excepciones (de Shazer, 1988; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989) con las preguntas sobre la “explicación única” y sobre la “redescripción única”, éstas amplifican mucho más las nuevas percepciones de los miembros de la familia respecto de sí mismos y de sus relaciones, y de ese modo logran que esas excepciones sean más significativas para ellos. Algunos ejemplos de preguntas sobre la “explicación única” y sobre la “redescripción única” son los siguientes: “¿Cómo se las arregló para dar ese paso tan importante y cambiar las cosas?”; “¿Qué se dijo a sí mismo para

decidirse a dar un paso tan 'responsable?'; "¿Qué le dice esto acerca de sí mismo que es importante que usted sepa?"; "¿Qué nueva imagen de padre (o madre) tiene usted de sí mismo que desearía que otros conocieran?".

A White, Epston (1990), Durrant y Coles (1991) les gusta celebrar las victorias de la familia sobre sus problemas agobiantes organizando fiestas para ellos, dándoles diplomas, cintas y trofeos. Este ritual de fin de terapia fortalece a la familia para emprender nuevos caminos en su vida. El uso terapéutico de los rituales de fin de terapia, tales como las fiestas y los premios, complementa muy bien el enfoque de terapia breve centrado en la solución, un enfoque positivo y basado en la fuerza de la familia.

La incorporación de las ideas del equipo de Galveston y de Tom Andersen

Los enfoques pioneros de la terapia familiar basada en cuentos, elaborados por el equipo de Galveston y de Tom Andersen, han tenido una influencia fundamental en el trabajo clínico que realizo con los adolescentes difíciles y sus familias. Tanto Tom Andersen como el equipo de Galveston han desarrollado enfoques sumamente respetuosos, cooperativos y menos intervencionistas para la terapia familiar y la consulta con profesionales auxiliares procedentes de sistemas más amplios (Andersen, 1987, 1991; Anderson y Goolishian, 1988a, 1988b, 1991a, 1991b; Lussardi y Miller, 1991). Para estos teóricos los problemas pertenecen al dominio lingüístico y constituyen una "ecología de ideas" (Bogdan, 1984), las preguntas terapéuticas y las ideas se proponen a los pacientes desde una posición de incertidumbre y de "no saber" (Andersen, 1991; Anderson y Goolishian, 1988a, 1991b), y el equipo de consulta que se encuentra detrás del vidrio espejado ya no es un grupo oculto de expertos privilegiados que les dicen al terapeuta a cargo y a la familia lo que tienen que hacer o cómo cambiar.

Según Andersen (1991), a mitad de la sesión el equipo de consulta cambia de cuarto con el terapeuta a cargo y con la familia para reflexionar sobre el dilema familiar. Luego, el terapeuta y la familia cambian nuevamente de cuarto y se invita a los pacientes a reflexionar sobre las reflexiones del equipo. Si

el equipo de consulta ha proporcionado a la familia una construcción de la situación problemática que es aceptable o se ajusta lo suficiente a las creencias familiares, esto puede abrir el camino a nuevas posibilidades y conducir a la "noticia de una diferencia" (Bateson, 1972) que establezca una diferencia.

He notado que cuando se utiliza el formato del equipo reflexivo, no siempre es necesario proponer a la familia una tarea terapéutica al término de la sesión, ya que las reflexiones del equipo producen cambios en las creencias de la familia acerca de la situación problemática. Dado que existe una relación recursiva entre las creencias y la conducta de la familia, un cambio en un sistema de creencias obsoleto puede modificar las pautas problemáticas de conducta. No obstante, luego de procesar las reflexiones del equipo con la familia, analizo con ellos si les gustaría realizar una tarea para el hogar. Si la familia pide una tarea, me tomo un pequeño descanso e invito al equipo a entrar en el cuarto a fin de diseñar o seleccionar una tarea terapéutica apropiada. En algunos casos puede haber más de una tarea útil que se adecúe al estilo cooperativo de la familia y a la situación problemática. Luego les proponemos dos tareas diferentes y les permitimos que elijan aquella que quieran utilizar como experimento. De ese modo la terapia resulta cooperativa en el verdadero sentido de la palabra.

En algunos casos de familias muy traumatizadas y con problemas crónicos, el enfoque básico de terapia breve centrado en la solución no basta para producir cambios y diferencias significativos. Puede que estas familias tengan largas historias para contar sobre acontecimientos dolorosos y experiencias negativas con terapeutas anteriores y con representantes de sistemas más amplios, que el terapeuta especializado en la terapia centrada en la solución no debe repetir. Si al tratar a estas familias el terapeuta se concentra solamente en las pautas de excepción y en la modificación de las conductas problemáticas, no logrará eliminar las restricciones (Breunlin, Schwartz y MacKune-Karrer, 1992) que pueden existir en los niveles afectivo y del significado de los miembros de la familia, lo cual impide que se produzca el cambio. Las preguntas informales (Anderson y Goolishian, 1988b) que se plantean desde una posición de "no saber" permiten, con frecuencia, que los miembros de la familia se sientan seguros y revelen lo "no

dicho aún" (Anderson y Goolishian, 1988a), y eliminan las restricciones existentes en los niveles del significado y afectivo de los miembros de la familia. Una vez que se eliminan las restricciones, es posible generar nuevos relatos y significados, que pueden conducir a cambios asombrosos en la familia.

El terapeuta especializado en la terapia breve como colaborador de sistemas más amplios

En la bibliografía sobre terapia breve se ha escrito muy poco acerca de cómo colaborar con auxiliares pertenecientes a sistemas más amplios (Weakland y Jordán, 1990). En muchos de los casos de adolescentes difíciles con los que trabajé, participaron auxiliares múltiples que representaban al sistema judicial de menores, a las escuelas, a los programas de rehabilitación para drogadictos, a los hospitales psiquiátricos y, en algunos casos, al sistema de protección al menor. El terapeuta especialista en terapia breve no puede intervenir únicamente con la familia del adolescente y suponer que los cambios terapéuticos serán advertidos por los auxiliares relacionados con el caso, que a su vez constituyen una parte importante del sistema formado a partir del problema.

Cuando me derivan un caso en el que están involucrados auxiliares múltiples, suelo hacer una evaluación macrosistémica (Black, 1988; Coppersmith, 1985; Selekman y Todd, 1991) con la familia para averiguar quiénes forman parte del sistema problemático y necesitan ser incluidos en futuras reuniones terapéuticas. El sistema problemático está compuesto por aquellos individuos que participan en la identificación de un problema y que tratan de solucionarlo (Goolishian y Anderson, 1981). Una vez que los miembros claves del sistema problemático han sido movilizados para concurrir a las reuniones entre la familia y los auxiliares múltiples, tendrán muchas oportunidades de observar cambios y de escuchar diferentes formas de comunicar el problema (Anderson, Goolishian, Pulliam y Winderman, 1986). Las reuniones entre la familia y el auxiliar múltiple no sólo fortalecen a la familia sino que también producen cambios terapéuticos rápidos y notables.

Cuando algunos miembros claves del sistema problemático formado por la familia y los auxiliares múltiples no pueden

asistir a las reuniones en mi consultorio por razones de horario, concierto una cita individual con ellos en sus lugares de trabajo para conocer sus preocupaciones y expectativas respecto del tratamiento y para agradecer su colaboración en el caso. En general los auxiliares aprecian enormemente el hecho de que dedique parte de mi tiempo a reunirme con ellos en su propio ámbito, lo cual, por sí solo, puede fomentar las relaciones cooperativas de trabajo. Trabajar con la colaboración de auxiliares pertenecientes a sistemas más amplios puede ser una experiencia de aprendizaje enriquecedora para los terapeutas especialistas en terapia breve, ya que el trabajo en equipo da origen a un gran número de posibilidades para los casos más difíciles y estancados.

Anatomía del caso del adolescente “difícil”

Durante la pasada década, he tratado y me han consultado sobre numerosos casos de adolescentes que habían sido rotulados de “difíciles”, “refractarios al cambio” y “carentes de motivación” por sus antiguos terapeutas y por las personas que me los derivaron. De las familias se decía que eran “enredadas”, “caóticas”, “locas”, que “abusaban de las drogas” y que “tenían problemas múltiples”. Muchos de esos jóvenes habían sufrido numerosos fracasos terapéuticos en sus diversos tratamientos y habían acudido a la terapia breve por problemas tales como abuso de drogas, trastornos de la alimentación, conductas autodestructivas, delincuencia, violencia, depresión y dificultades en la escuela. Al escuchar con respeto las historias de esos adolescentes y sus familias sobre las experiencias con sus ex terapeutas y con auxiliares pertenecientes a sistemas más amplios, surgieron dos temas comunes: 1) los rótulos puestos a los adolescentes y sus familias tenían un efecto estigmatizante y empeoraban la situación, y 2) la variedad del tratamiento consistía en hacer “más de lo mismo” (Watzlawick *et al.*, 1974), lo cual agravaba los problemas que presentaban. A continuación explicaré con más detalle por qué estos dos elementos contribuyen al mantenimiento de las conductas de los adolescentes difíciles y al contacto permanente de sus familias con profesionales relacionados con la salud mental y con la drogadicción.

Los rótulos crean un “agujero negro” terapéutico

Al pensar en los diversos rótulos opresivos y estigmatizante que suelen ponerse a los pacientes adolescentes difíciles en su recorrido por los sistemas de prestación de tratamientos psiquiátricos o contra la drogadicción, recuerdo las palabras punzantes de Harry Goolishian, uno de los pioneros de la terapia familiar. Con respecto al “lenguaje del déficit” que han empleado los profesionales que se ocupan de la salud mental desde hace un siglo, declaró lo siguiente (Goolishian, 1991):

El lenguaje del déficit creó un mundo de descripciones que sólo comprende lo que está mal, lo que falla, lo que está ausente o lo que es insuficiente. Este lenguaje creó un mundo de la salud mental comparable a un agujero negro del que es muy difícil escapar, seamos clínicos, teóricos o investigadores. Al usar la metáfora del agujero negro, trato de capturar la esencia de un sistema de significados cuyas fuerzas son tan poderosas que es imposible huir de él hacia otras realidades (págs. 1-2).

Una obra influyente que ha perpetuado el “agujero negro” de la salud mental es la tercera edición revisada del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R, American Psychiatric Association, 1987). Tomm (1990) afirma que no hay base empírica para los rótulos utilizados en el DSM-III-R ni previsiones para diagnósticos interpersonales, familiares, culturales o institucionales. Por medio de los rótulos, la generalización y la segregación, se incluye a los pacientes dentro de una patología. En el plano pragmático, el DSM-III-R ofrece muy poco a los terapeutas en cuanto a formular planes para el tratamiento. Al reclamar la renovación del DSM-III-R, Wolin (1991) propone que este volumen contenga una lista de las fuerzas del paciente que sea tan larga y técnica como la de las enfermedades y trastornos descritos en él.

El popular “movimiento de recuperación” basado en la filosofía de Alcohólicos Anónimos y en el modelo de la adicción considerada como enfermedad ha extendido su lenguaje del déficit a toda conducta humana, tal como comer, tener relaciones sexuales y hacer ejercicios (Peele, 1989). Los teóricos que adhieren al modelo centrado en la enfermedad tienden a creer que es muy probable que la mayoría de los jóvenes que viven con

un padre o una madre alcohólicos se vuelvan “emocionalmente lisiados” para la vida (Wolin, 1991). La única esperanza de recuperación depende de su participación activa en Al-Ateen, Al-Anon y en los grupos de Hijos Adultos de Alcohólicos. La bibliografía del movimiento de recuperación no reconoce las fuerzas, la resistencia y las áreas específicas de competencia de los hijos de alcohólicos (Wolin, 1991). Lo que sí se describe en esta bibliografía, y que resulta muy alarmante para los padres, son todos los rasgos negativos que se supone tienen los hijos de los alcohólicos, en especial el alto riesgo de padecer problemas de drogadicción o de alcoholismo (Katz y Liu, 1991). Selekman y Todd (1991) han trabajado en numerosos casos de adolescentes en los que el adoctrinamiento parental en favor del estilo de vida que propone el movimiento de recuperación y la preocupación constante por el uso futuro de drogas o de alcohol por parte de sus hijos adolescentes terminaron creando profecías auto-realizables.

Una vez que se identifica al adolescente como un consumidor de drogas o de alcohol, es muy probable que sea derivado a un programa contra la drogadicción para pacientes internos o externos, cuya filosofía de tratamiento se basa en Alcohólicos Anónimos y en el modelo centrado en la enfermedad. Allí el adolescente se verá obligado a admitir que es un “alcohólico” o un “drogadicto”. Si el joven se niega a hacerlo, el equipo terapéutico lo enfrentará con su “negación”. Muchos de esos programas contra la drogadicción ofrecen tratamientos “en serie”, cuyo objetivo normalmente consiste en la abstinencia total, en grupos de autoayuda, en educar y en brindar asesoramiento complementario a la familia (Selekman y Todd, 1991). En un sistema en el que los adolescentes están obligados a tomar un determinado curso de acción o en programas en los que se brinda un tratamiento relativamente estándar a todos los pacientes, no se estimula la propia capacidad de elección (Orfordy Hawker, 1974). Las tres razones más importantes por las cuales la estrategia de tratamiento basada en el rigor no funciona con los jóvenes que abusan de las drogas son las siguientes: 1) los que consumen drogas rara vez aceptan los rótulos de “adicción”, “alcohólico” y “drogadicto” (Glassner y Loughlin, 1987); 2) los adolescentes que consumen drogas

tienden a considerar el uso de sustancias químicas como una conducta social relativamente normal, que abandonarán en la edad adulta (Glassner y Loughlin, 1987), y 3) las investigaciones indican que cuando los jóvenes que abusan del alcohol reciben un enfoque terapéutico basado en la confrontación, manifiestan niveles más altos de resistencia y el tratamiento arroja resultados negativos (Miller y Sovereign, 1989; Patterson y Forgatch, 1985). Según un estudio sobre los resultados de los tratamientos, el 50 por ciento de los jóvenes consumidores de droga que habían recibido el tratamiento tradicional contra la droga para pacientes hospitalizados recayeron en el mismo tipo de problema luego del alta (Harrison y Hoffman, 1987). Más recientemente, estudios de seguimiento han indicado que en los adolescentes las tasas de recaída luego del tratamiento llegan al 85 por ciento (Dembo, 1992).

A pesar de mis dudas respecto del movimiento de recuperación y del uso del modelo centrado en la enfermedad, creo firmemente en la eficacia de los grupos de autoayuda cuando los pacientes están buscando un apoyo adicional fuera de las sesiones de terapia. Considero que su participación anterior y simultánea en Al-Anon o en otros grupos de autoayuda constituye un signo de sus fuerzas y recursos. Sin embargo, no tomo una posición coercitiva respecto de la participación inmediata de los miembros de la familia en grupos de autoayuda al principio del tratamiento. Análogamente, tampoco exijo abstinencia inmediata de la droga antes de trabajar con los adolescentes. En los jóvenes que abusan excesiva y regularmente de las drogas, la reducción del consumo ha demostrado ser un objetivo inicial de tratamiento mucho más aceptable (Selekman y Todd, 1991). Sin embargo, fijo como objetivo del tratamiento la total abstinencia cuando los adolescentes padecen severas complicaciones físicas debido al abuso excesivo de alcohol o de droga. La desintoxicación periódica —con o sin internación— también puede ser útil para interrumpir los ciclos autodestructivos del abuso excesivo de drogas.

“Más de lo mismo”: una variedad de tratamiento

El adolescente difícil típico ha pasado por dos o más experiencias terapéuticas que normalmente toman la forma del

tipo de terapia o encuadre que consiste en hacer "más de lo mismo" (Watzlawick et *al.*, 1974). A medida que se acumulan los fracasos terapéuticos, los síntomas del adolescente se vuelven más rebeldes y crónicos, lo cual puede desencadenar un círculo vicioso de interacción culpa-acusación dentro de la familia (Selekman, 1989). Con frecuencia, estos pacientes y sus familias me han contado que en sus experiencias terapéuticas anteriores no pudieron decidir los objetivos del tratamiento ni participar activamente en su planificación. Con respecto a los tratamientos en hospitales y residencias, algunos de mis ex-pacientes adolescentes me informaron que el equipo terapéutico no lograba producir ningún cambio significativo en sus familias. Aunque se usaba la terapia familiar, los pacientes me dijeron que la mayor parte del trabajo terapéutico se realizaba con los padres y no se ocupaba de los objetivos o expectativas individuales del adolescente. Otro elemento común a estas experiencias terapéuticas previas era la no inclusión de auxiliares provenientes de sistemas más amplios en el proceso del tratamiento.

No tiene por qué ser difícil tratar a los adolescentes con problemas y sus familias si en cada nuevo caso se hace un esfuerzo consciente para: 1) evitar el uso de rótulos; 2) suponer que los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar; 3) considerar la terapia como una empresa cooperativa en la que los pacientes determinan los objetivos; 4) averiguar qué cosas les gustaban o disgustaban de las experiencias terapéuticas anteriores; 5) dedicarle al adolescente un tiempo de sesión individual para evaluar sus necesidades, objetivos y expectativas; 6) hacer participar activamente a auxiliares procedentes de sistemas más amplios e interesados en el caso, y 7) ser terapéuticamente flexible e improvisar cuando sea necesario. A lo largo de los años los pacientes me han enseñado estas valiosas lecciones, que me ayudaron a crecer como terapeuta y a ser un auxiliar más eficiente. Como profesionales especializados en la terapia breve, debemos evitar adoptar una posición de expertos privilegiados y, en lugar de ello, servir a los pacientes como coautores consultivos, ayudándolos a reescribir historias más satisfactorias.

2

Supuestos orientadores con vistas a la solución

En este capítulo presentaré diez supuestos útiles centrados en la solución, que son sumamente pragmáticos y ofrecen al terapeuta una nueva lente para enfocar el caso del adolescente difícil. Cada uno de los supuestos orientadores proporciona una perspectiva basada en la salud respecto de los problemas del adolescente, de la familia y de la terapia breve.

Supuesto 1: La resistencia no es un concepto útil

El tradicional concepto psicoterapéutico de *resistencia* es una idea inútil que ha perjudicado a los terapeutas (de Shazer, 1984). Implica que el paciente no quiere cambiar y que el terapeuta está separado del sistema del paciente que está tratando. De Shazer (1982,1984) alegó de manera convincente que los terapeutas deben enfocar cada nuevo caso desde una posición de cooperación entre el terapeuta y el paciente, en lugar de concentrarse en la resistencia, el poder y el control. Como terapeutas, nos observamos a nosotros mismos en relación con los sistemas de los pacientes que estamos tratando. Jamás podremos encontrar un lugar exterior desde el cual observar a los pacientes (Hoffman, 1988). Según de Shazer (1982):

Cada familia (individuo o pareja) manifiesta una forma particular de cooperar, y el trabajo del terapeuta consiste, en primer lugar, en describir para sí esa forma particular que tiene la familia y, en segundo lugar, en cooperar con esa manera específica y, de ese modo, promover el cambio (págs. 9-10).

Al igual que el detective Columbo, necesitamos escuchar y observar cuidadosamente para hallar las pistas que nos ayuden a identificar las pautas peculiares de respuesta cooperativa. Esas pistas las encontramos en el modo como los miembros de la familia responden a nuestras preguntas, verbal o no verbalmente, así como en la forma de ejecutar las tareas terapéuticas entre sesiones. Una vez descubiertas las pistas importantes, el terapeuta debe adecuar las preguntas y tareas a esa forma específica de cooperar que tiene la familia. Por ejemplo, si una madre es muy pesimista respecto de la conducta delictiva permanente de su hija, el terapeuta debe asumir una actitud igualmente pesimista, sobre todo si los intentos previos de hacer que la madre identificara las pautas de conducta no problemáticas (las excepciones) o soluciones hipotéticas resultaron inútiles. El terapeuta puede formular las siguientes preguntas: “¿Cómo es posible que las cosas no empeoren con su hija?”; “¿Qué medidas está tomando para evitar que las cosas empeoren?”. Si se le asigna una tarea a la familia y ellos la modifican, esta pista útil le indica al terapeuta que las futuras tareas deben ser modificables para esa familia específica.

Erickson (Gordon y Meyers-Anderson, 1981) contó a sus discípulos de hipnoterapia una historia maravillosa que captura la esencia del principio de cooperación:

Un día yo regresaba de la escuela con un grupo de amigos, cuando un caballo desbocado con el cabezal puesto nos pasó a toda velocidad y se metió en una granja, buscando agua para beber. De un salto monté al caballo... Como tenía las riendas puestas, logré sujetarlas y le dije: “¡Arre, arre!”, conduciéndolo a la carretera. Sabía que el caballo giraría en la dirección correcta... pero yo no sabía cuál era. El caballo trotaba y galopaba. De vez en cuando olvidaba que estaba en la carretera y comenzaba a correr a campo traviesa. Entonces yo le tironeaba un poco las riendas y dirigía su atención hacia el camino. Finalmente, a unos seis kilómetros del lugar donde lo monté, dobló y entró en una granja. El granjero exclamó: “Así que la criatura ha vuelto. ¿Dónde lo encontré?”. Le dije: “A seis kilómetros de aquí”. “¿Cómo sabía que debía traerlo a este sitio?” Le respondí: “El caballo lo sabía, yo no... Lo único que hice fue mantener su atención fija en la carretera” (pág. 166).

Para Erickson la historia del caballo constituía una metáfora sobre cómo los terapeutas debían conducir la terapia. La

esperiencia del joven Erickson nos enseña que es más fácil andar caballo en la dirección que él quiere seguir.

Supuesto 2: La cooperación es inevitable

Además de adecuar cuidadosamente nuestras preguntas y tareas terapéuticas a las pautas peculiares de respuesta cooperativa de los pacientes, hay muchas herramientas para establecer *rapport* que los terapeutas pueden utilizar para mejorar el proceso de cooperación. Ante todo, pueden usar todo aquello que los pacientes traen a la terapia: sus fuerzas y recursos, sus palabras claves y su sistema de creencias, así como las conductas no verbales (Gordon y Meyers-Anderson, 1981; Meyers-Anderson, 1981; de Shazer, 1985). El siguiente ejemplo de caso muestra la eficacia de la estrategia de la utilización:

Joe, un padre solo, llevó a terapia a sus dos hijos adolescentes debido a que robaban, mentían y no seguían las “reglas de la casa”. Joe se crió en una familia “alcohólica” y la madre de sus hijos era “alcohólica”. El y su ex esposa se habían divorciado hacía cinco años. Joe concurría a “siete reuniones de Al-Anon por semana” y exigía que sus dos hijos “se ocuparan de sus propios programas de recuperación” asistiendo regularmente a “Al-Ateen”. Cuanto más obligaba a sus hijos a concurrir a Al-Ateen, más se resistían, mentían, robaban y desobedecían las reglas. A fin de interrumpir esta pauta reiterativa de interacción, le conté a Joe que había oído hablar acerca de un estudio realizado en una universidad de renombre que demostraba que es posible “permitir” a los hijos conductas “propias de hijos de alcohólicos”, como “robar y mentir”, y que lo que él necesitaba era “desligarse con amor”. Una vez que Joe comenzó a desligarse de sus hijos en cuanto a exigirles que se comprometieran con Al-Ateen, los jóvenes no sólo dejaron de lado sus actuaciones, sino que en ocasiones sorprendieron al padre pidiéndole que los llevara a las reuniones de Al-Ateen (pág. 28).

En el caso de Joe, utilicé con éxito el lenguaje clave del paciente y su sistema de creencias basado en muchos años de participación en Al-Anon, a fin de cocrear una nueva construcción de la situación problemática, un encuadre que era más aceptable para su cosmovisión. Cuando Joe cambió su forma

de pensar sobre el modo de encarar el problema, su conducta paternal cambió notablemente.

Herramientas para fomentar la cooperación

Poner rótulos positivos es otra herramienta terapéutica útil que puede fomentar la cooperación y reducir las defensas del paciente (Barton y Alexander, 1981). La conducta colérica de un padre puede ser rotulada positivamente por el terapeuta como la manifestación de un alto grado de preocupación y compromiso respecto de la resolución del problema. Un adolescente retraído puede rotularse positivamente como un adolescente reflexivo.

Otras herramientas útiles para fomentar la cooperación entre el terapeuta y el paciente son la autoconfesión intencional, el uso del humor, la inclusión del problema dentro de la normalidad, la sensibilidad cultural, el respeto por la igualdad de los sexos y los elogios o cumplidos terapéuticos. Mark Twain dijo una vez: "Nada se resiste al asalto de la risa". El humor puede reducir la tensión, alejar al paciente de sus preocupaciones y curar a los que sufren. Madanes (1984) afirma que "lo que posibilita el cambio es la capacidad del terapeuta de ser optimista y de ver lo divertido o atractivo en una situación desagradable" (pág. 137).

Los cambios en los ciclos de la vida familiar y las crisis normativas pueden contribuir al desarrollo de los problemas del adolescente y su familia. Cuando se incluyen estos problemas dentro de la normalidad, los miembros de la familia pueden aliviarse y comenzar a ensayar nuevas maneras de encarar la situación problemática. Por ejemplo, con frecuencia trato de que los padres consideren normales la conducta rebelde del adolescente, la experimentación con drogas y las actuaciones, que pueden seguir al divorcio de los padres.

Finalmente, me gusta elogiar a cada miembro de la familia por las diversas estrategias y medidas productivas que han tomado para resolver el problema, ya que las expresiones de aliento y los cumplidos terapéuticos (de Shazer, 1985, 1988) fortalecen a los pacientes al enfatizar sus intentos creativos por resolver el problema. Se intercala cuidadosamente cada elogio con las palabras claves del paciente, con su sistema de creencias

y también cuando un comportamiento negativo se vuelve a rotular de manera positiva. Tanto los elogios como la intervención diseñados o seleccionados para una familia específica tienen lugar fuera del proceso de la entrevista. Generalmente el terapeuta idea los cumplidos en el descanso de quince minutos, antes de concluir la sesión. Sin embargo, también me gusta elogiar espontáneamente a los miembros de la familia durante la sesión. Esos elogios suelen consistir en “chocar los cinco”, cuando se trata de adolescentes que han tomado medidas responsables antes de someterse a tratamiento o bien en el curso de la terapia. Asimismo, intercambio apretones de mano con los padres a fin de afianzar aun más sus esfuerzos constructivos por resolver el problema. El apretón de manos y el “chocar los cinco” resultan útiles cuando se los emplea junto con otras respuestas alentadoras. El terapeuta puede responder a las excepciones del paciente exclamando: “¡Maravilloso!” “¿Cómo lograste hacerlo?!” “¿Cómo se te ocurrió semejante idea?!”. Las preguntas por el “cómo” inducen a los pacientes a valorar a su vez sus propios recursos.

Durante el tiempo de descanso, mientras aguardan en la sala de espera, los pacientes suponen a menudo una presentación “sombria y desesperanzada” del caso por parte del terapeuta. Los padres que ya han experimentado fracasos terapéuticos tienden a pensar que se los culpará por los problemas de sus hijos adolescentes. A su vez, éstos pueden creer que serán acusados por los problemas que padece la familia o que estallará una pelea cuando la sesión recomience. Pero, para sorpresa de todos, lo que hace el terapeuta es darles un poderoso estímulo y un mensaje de esperanza, fortaleciendo de ese modo la motivación y el compromiso con el proceso terapéutico. Los elogios bien elaborados provocan, en los miembros de la familia, asentimientos de cabeza y otro tipo de respuestas hipnóticas pertenecientes al “conjunto afirmativo” (de Shazer, 1985). Estas respuestas hipnóticas no verbales indican que el cumplido es aceptado o que se adecúa lo suficiente a lo que piensan los miembros de la familia sobre la situación y, en consecuencia, es muy probable que ellos se avengan a cumplir la tarea terapéutica asignada. Por ejemplo, si un joven ha tenido por primera vez problemas con la justicia y su madre lo lleva a terapia, el terapeuta la elogiará por tomar “medidas preventivas” y evitar

así problemas legales mayores que podrían desembocar en un futuro encarcelamiento. Al hijo se lo elogiará por “aparecer por la sesión” y ser “responsable”.

Supuesto 3: El cambio es inevitable

Los budistas nos han enseñado durante siglos que el cambio consiste en un proceso continuo y que la estabilidad es una ilusión (Mitchell, 1988). Si uno supone que se producirá un cambio en los pacientes, esta expectativa de cambio influirá en su conducta. La creencia del terapeuta en la capacidad de cambio del paciente puede ser determinante para el éxito del tratamiento (Leake y King, 1977). Los investigadores de la motivación han descubierto que uno de los factores más importantes que motiva a los sujetos es la creencia de que realmente están haciendo bien las tareas asignadas (Peters y Waterman, 1982). Jones (1977) estudió a dos grupos de adultos a quienes se les encomendó la tarea de resolver los mismos diez acertijos. Cuando los sujetos presentaron sus tareas para ser calificadas, a un grupo se le dijo que la había resuelto bien, y al otro grupo, que la había resuelto de un modo insuficiente. Luego se les dio diez nuevos acertijos. Aquellos que fueron calificados positivamente en la primera tanda resolvieron mucho mejor la segunda que los miembros del otro grupo. En el ámbito escolar se han realizado estudios similares. En uno de esos estudios se demostró que cuando los maestros estaban seguros de que sus alumnos responderían bien a un test de inteligencia, éstos superaban en 25 puntos a otros estudiantes con diferentes maestros (Bennis, 1976).

En el contexto de la terapia breve resulta útil pensar **cuándo ocurrirá** el cambio en lugar de pensar **si** se producirá el cambio. Necesitamos cocrear con nuestros pacientes profecías positivas de autocumplimiento. En su investigación sobre las entrevistas, Gingerich y sus colegas (1988) han demostrado que existe una relación directa entre la “conversación sobre el cambio” y los resultados positivos del tratamiento. Según dicho estudio, los terapeutas emplearon un lenguaje presuposicional que implicaba el uso del “cuando” y de verbos en futuro en lugar del uso del “si” y de verbos en condicional, y pasaron la mayor parte de la sesión haciendo que los pacientes hablaran sobre sus

éxitos pasados, presentes y futuros. En cambio, los terapeutas que emplearon la "conversación sobre el problema" se perdieron en un mar de información acerca de los conflictos del pasado y del presente. Aquellos casos en los que se utilizó la "conversación sobre el problema" tendieron a dar resultados negativos. Existen pruebas empíricas irrefutables sobre los efectos nocivos de hacer que los pacientes se ocupen de sus "malos" sentimientos en terapia. Snyder y White (1982) demostraron que los miembros depresivos por lo general se volvían más depresivos cuando se les pedía que hablaran sobre acontecimientos penosos del pasado y se los incitaba a que comprendieran mejor su depresión. En una investigación clínica sobre los esquizofrénicos y sus familias llevada a cabo por el Grupo de Milán, se observó que el cambio jamás puede producirse dentro de una connotación negativa (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Según la perspectiva del Grupo de Milán acerca de cómo se produce el cambio, el empleo del humor y del juego por parte del terapeuta constituye un factor importante para crear, conjuntamente con la familia, un contexto para el cambio. Lograr que los miembros de la familia se rían al unísono los ayuda a sentirse juntos de una manera distinta, lo cual puede dar lugar al cambio.

Supuesto 4: Sólo se necesita un pequeño cambio

Erickson sostenía que los pequeños cambios desencadenaban otros mayores (Gordon y Meyers-Anderson, 1981). Una vez que se estimula a los pacientes a valorar los cambios mínimos, es probable que realicen otros cambios. El budista Lao-Tsé creía firmemente en esta forma de resolver problemas y escribió al respecto: "Actuar sin hacer", "Trabajar sin esfuerzo", "Pensar que lo pequeño es grande y que lo poco es mucho", "Enfrentar la dificultad cuando todavía es fácil", "Cumplir la gran tarea mediante una serie de pequeños actos" (Mitchell, 1988, pág. 63).

Las partes de un sistema familiar están interconectadas de tal manera que un pequeño cambio en una parte del sistema repercute y produce modificaciones en las otras partes. En el estudio realizado para el National Institute on Drug Abuse, Szapocznik y sus colegas (Szapocznik, Kurtines, Foote, Pérez-

Vidal y Hervís, 1983,1986) proporcionaron una base empírica a la idea de que los pequeños cambios pueden conducir a cambios mayores en el sistema familiar. Los investigadores utilizaron dos grupos de sujetos. Uno de ellos estaba compuesto solamente por los adolescentes drogadictos, y el otro por adolescentes drogadictos y sus familias. Ambos grupos recibieron un tratamiento de terapia estratégica breve de familia. Szapocznik y sus colegas descubrieron que el grupo compuesto por un solo miembro cumplió igualmente bien todos los pasos del tratamiento hasta finalizar los tres años de seguimiento. Dos importantes hallazgos surgieron de este estudio: 1) es posible cambiar el sistema familiar entero a través de uno solo de sus miembros, y 2) no es necesario incorporar a la terapia a todos los miembros de la familia para cambiar al paciente. Este último hallazgo refuta el viejo precepto de la terapia familiar según el cual todos los familiares que viven bajo el mismo techo deben participar en el tratamiento si se desea producir cambios en el paciente. En este sentido, he descubierto que es útil simplificar las cosas y comenzar el tratamiento con el núcleo de familiares que se presentan a la terapia, lo cual constituye también otra manera de fomentar la cooperación entre el terapeuta y el paciente.

Supuesto 5: Los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar

La revista *American Health* dirigió recientemente una Encuesta Gallup en todo Estados Unidos a fin de investigar cómo la gente resuelve mejor sus problemas. La gran mayoría de los entrevistados señalaron que era diez veces más probable cambiar por sí mismos, sin el auxilio de médicos, terapeutas o grupos de autoayuda. El 30 por ciento informó que los sentimientos y deseos positivos y el mero reconocimiento de que era hora de cambiar drásticamente las cosas fueron las fuerzas motivadoras que los llevaron a abandonar hábitos tan arraigados como el cigarrillo y los excesos en la comida y en la bebida (Gurin, 1990). Uno de los hallazgos más asombrosos fue el siguiente: sólo en el 3 por ciento de los casos fueron los médicos quienes realmente contribuyeron al cambio; en tanto que a los psicólogos, psiquiatras y grupos de autoayuda se les otorgó menos crédito. Según la encuesta, los que brindaban más ayuda

en lo relativo al cambio eran los familiares y los amigos íntimos (Gurin, 1990).

Como demuestra la encuesta dirigida por la *American Health*, todos los pacientes cuentan con fuerzas y recursos que los terapeutas pueden aprovechar para la construcción conjunta de soluciones. Cualquier logro que haya tenido el paciente en el pasado servirá de modelo para otros logros en el presente y en el futuro. Es más probable que los pacientes cooperen y cambien en un contexto terapéutico que saque a relucir sus fuerzas y recursos y no en un contexto centrado en los problemas y en la patología. En su investigación sobre terapia familiar, Beavers y Hampson (1990) descubrieron que las terapias que enfatizan las fuerzas y los recursos de la familia para resolver el problema dan resultados más positivos que otras terapias.

DeFrain y Stinnett (1992), basándose en sus dieciséis años de investigación sobre lo que denominaron "familias fuertes", elaboraron un enfoque de terapia familiar fundado en la salud. Los investigadores ponían de manifiesto la capacidad y los conocimientos de los sujetos valiéndose de preguntas como éstas: "¿Cuáles son las fuerzas de su familia?"; "¿Cuáles son las áreas de crecimiento potencial?". A partir de las respuestas a las preguntas mencionadas, descubrieron que tales familias poseían seis cualidades importantes: 1) compromiso, 2) valoración y afecto, 3) comunicación positiva, 4) tiempo compartido, 5) salud espiritual y 6) capacidad de manejar el estrés y las crisis. Según DeFrain y Stinnett (1992), "las familias fuertes son optimistas en la adversidad y tienden a considerar las situaciones críticas como un desafío y una ocasión de crecimiento" (pág. 22). Estos investigadores han demostrado recientemente que el enfoque familiar basado en la salud puede resultar muy eficaz para mejorar el funcionamiento familiar en los casos de abuso de menores y de violencia doméstica.

Wolin (1991) también demostró empíricamente que los individuos criados en ámbitos familiares donde existe un alto grado de estrés suelen ser "animosos en la adversidad". Durante un período de veinte años él y sus colegas estudiaron a un gran número de hijos de alcohólicos. De acuerdo con el muestreo, el 85 por ciento se transformaron en adultos normales y competentes. Wolin (1991) atribuye los logros de estas personas a su flexibilidad y a su orgullo. Las investigaciones innovadoras

como las de Wolin sirven para poner en tela de juicio la creencia popular de que los hijos de alcohólicos se convierten en adultos emocionalmente conflictuados.

En el caso de los adolescentes difíciles, he descubierto que resulta muy útil colocar al paciente en situación de experto, formulándole las siguientes preguntas: "Si yo me ocupara de otros jóvenes como tú, ¿qué me aconsejarías que hiciera para ayudarlos?"; "¿Qué me aconsejarías que no hiciera?"; "¿Qué cosas debería hacer como asesor?"; "¿Qué cosas debería preguntarles?". Esta clase de preguntas, que admiten más de una respuesta, sirven para poner de manifiesto las fuerzas y los conocimientos del adolescente, fomentan relaciones cooperativas entre el paciente y el terapeuta y ofrecen a este último criterios valiosos para aplicar estrategias útiles al tratamiento de los adolescentes.

Otra estrategia provechosa para capitalizar la capacidad de los adolescentes consiste en encauzar sus fuerzas en el área del problema. El siguiente ejemplo (Selekman, 1989a) ilustra muy bien la clase de estrategia a la que acabo de referirme.

Robert y su madre acudieron a terapia porque el joven abusaba excesivamente del alcohol. La madre estaba convencida de que su hijo era un "alcohólico como su padre y su abuelo". En la primera entrevista descubrí que Robert había ganado un "campeonato estatal de lucha" representando a su escuela. Me interesé vivamente por sus habilidades de luchador y le pregunté por su antiguo "régimen de entrenamiento". Durante toda la entrevista, tanto el hijo como la madre se ufanaron de la insigne carrera de Robert. No obstante, la madre se mostró muy preocupada porque "la garra mortífera del alcohol trataba de apoderarse de la vida de Robert". ¿La familia describió el alcoholismo como un monstruo que había oprimido a tres generaciones! Decidí, pues, que "el monstruo del alcohol" sería la mejor forma de externalizar (White y Epston, 1990) el problema del alcoholismo. Al percibir que la familia demostraba una gran afición por la lucha y un deseo profundo de someter al "monstruo del alcohol", elaboré un ritual de lucha utilizando el sistema de puntaje de ese deporte: un punto significaba eludir al rival; dos puntos, voltearlo, y tres puntos, inmovilizarlo contra la lona. La familia presentó su propio sistema de puntaje: el entrenador (la madre) concedería tres puntos a Robert si éste bebía refrescos en lugar de cerveza con los amigos. Al final de la jornada, Robert debía comunicarle a su madre

cuántos puntos había obtenido en la lucha contra “el monstruo del alcohol”. Luego de tres sesiones de terapia durante un período de dos meses, Robert y su madre lograron abatir al “monstruo del alcohol”. Finalmente, Robert volvió a formar parte del equipo de lucha de su escuela y batió un récord de 16-4.

En su libro *The Dancing Healers: a Doctor's Journey of Healing with Native Americans*, Cari Hammerschlag comparte con los lectores una sencilla y valiosa experiencia de aprendizaje que tuvo como psiquiatra cuando trató a Santiago, sacerdote y jefe de una tribu de los indios pueblo. Santiago ingresó al hospital donde trabajaba Hammerschlag, víctima de una grave dolencia cardíaca. Prácticamente, se estaba muriendo. Cuando Hammerschlag se reunió con él por primera vez, el sacerdote le preguntó: “¿Dónde aprendió a curar?”. Hammerschlag recitó rápidamente todos sus títulos académicos, que eran muchos. Luego, Santiago le preguntó: “¿Sabe usted bailar?”. El psiquiatra le respondió poniéndose a bailar junto a su cama. Santiago, desternillándose de risa, se levantó del lecho y le mostró a Hammerschlag cómo se debía bailar. Después le dijo: “Si usted va a curar a la gente, tiene que saber bailar”. “¿Y usted me enseñará sus pasos?”, le preguntó Hammerschlag. “Sí, puedo enseñarle mis pasos, pero usted tendrá que oír su propia música”, le contestó Santiago (Hammerschlag, 1988, págs. 9-10).

Supuesto 6: Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos

Los terapeutas del MRI (Watzlawick *et al.*, 1974) elaboraron el enfoque de terapia breve centrado en el problema a partir del supuesto de que la solución intentada por el paciente es lo que constituye el problema. Los miembros de la familia se estancan en una determinada visión del conflicto y se enganchan en las mismas pautas reiterativas de interacción con el paciente. Me gusta explicarles a los padres que los problemas son como las “arenas movedizas”: cuanto más se preocupan por ellos, tratando frenéticamente de resolverlos, más los devoran. En los casos de adolescentes con tendencia a las actuaciones, resulta útil indicarles a los padres cuáles son las pautas de interacción que mantienen el problema de sus hijos. Por ejem-

pío, les señalo que cuanto más superresponsables sean con el adolescente, más superirresponsable se volverá este último. Según los teóricos del MRI (Watzlawick *et al.*, 1974) hay tres formas comunes de manejar mal los conflictos por parte de los pacientes:

1. Se necesita actuar pero no se actúa.
2. Se actúa cuando no se debe.
3. Se actúa en el nivel lógico equivocado.

La primera forma de manejar mal un problema consiste en comportarse como si éste no existiera. Al negar o minimizar el problema, se considera innecesario cualquier intento de remediarlo. De ese modo, se mezclan y suman al conflicto los "problemas" creados por el mal manejo de la situación (Watzlawick *et al.*, 1974). La segunda forma se caracteriza por el rechazo a toda solución propuesta que no esté basada en la creencia utópica de que las cosas "deben ser" de cierta manera. Por lo tanto, la idea de avanzar mediante pequeños cambios terapéuticos se convierte en una verdadera imposibilidad (Bodin, 1981). Generalmente el enfoque extremista y utópico es propio de los padres que acostumbran internar en establecimientos psiquiátricos a sus hijos adolescentes rebeldes y proclives a las actuaciones. Por último, la tercera forma es similar a la paradoja "¡Sé espontáneo!" (Watzlawick *et al.*, 1974). Por ejemplo, si un padre le exige a su hijo de 16 años que sea más afectuoso con la madre, el hijo se mostrará aun menos afectuoso, ya que el afecto es una conducta espontánea y no puede ser impuesta.

Cuanto más limitada o inamovible sea la visión de la familia respecto de la situación problemática, más difícil resultará introducir en el sistema una nueva información que permita modificar creencias perimidas y cambiar la conducta. En los casos crónicos de adolescentes, es habitual que ni los miembros de la familia ni el terapeuta adviertan las excepciones o pautas no problemáticas de conducta debido a que no se adecúan a la "historia dominante" (White y Epston, 1990).

En cuanto a las familias que han pasado por diversas experiencias terapéuticas, es importante preguntarles qué cosas les gustaban y disgustaban de sus antiguos terapeutas. En cierta ocasión me ocupé de una fugitiva crónica de 16 años que

había pasado por dieciséis experiencias terapéuticas de toda índole. El caso ilustra la importancia de explorar las soluciones intentadas por los ex terapeutas para resolver los conflictos de una familia.

Bonnie había estado abusando de las drogas y fugándose de un estado a otro durante cinco años. Había pasado del régimen de libertad condicional para menores al régimen de libertad condicional para adultos. Su madre, alcohólica y drogadicta rehabilitada, se había casado cinco veces y era muy feliz con su quinto marido. En la primera entrevista le pregunté a la familia qué cosas le desagradaban de sus antiguos terapeutas. La madre contó una experiencia negativa que había tenido recientemente con un terapeuta estructural de familia. Ella quería que el padrastro colaborara activamente a fin de disciplinar a Bonnie en un esfuerzo en equipo y, al parecer, el terapeuta se había opuesto a tal sugerencia. Bonnie me confesó que se ponía “realmente furiosa” cuando los terapeutas “tomaban partido” por sus padres en “contra” de ella. Esa información me resultó muy útil ya que, como terapeuta de la familia, necesitaba actuar de un modo distinto. Por ejemplo, alenté el trabajo en equipo de los padres y le concedí a Bonnie un tiempo de sesión individual en el contexto de las sesiones de terapia familiar.

Evitar “más de lo mismo”

Además de averiguar las soluciones intentadas por padres y terapeutas en el pasado, el terapeuta debe ser consciente de que, al tratar un determinado caso, puede estar haciendo “más de lo mismo” (Watzlawick *et al.*, 1974). El hecho de que el terapeuta se sienta empantanado indica a menudo que las preguntas que formula y las tareas que asigna ya han demostrado su ineficacia en sesiones anteriores o son muy parecidas a las que ensayaron los padres en el pasado. Cuando me siento estancado en un caso familiar específico, ello significa que ha llegado la hora de recurrir a la improvisación terapéutica. La improvisación terapéutica consiste en contar cuentos, valerse del humor, emplear técnicas o tareas provenientes de otros modelos terapéuticos, hacer representaciones dramáticas o modificar de alguna manera el contexto de la terapia, sea agregando un equipo de reflexión cuando trabajo solo, cambiando el día o la hora de la sesión o bien reacomodando el consultorio.

Fuera del cuarto de terapia, el terapeuta debe trabajar en colaboración con la persona que ha enviado al paciente y con otros auxiliares relacionados con el caso a fin de negociar objetivos realistas de tratamiento y maximizar las oportunidades para que esas personas puedan advertir los cambios del paciente en cuestión. En el capítulo 5 trataré esta estrategia con más detalle.

Einstein creía que era imposible resolver un problema empleando el mismo tipo de pensamiento que lo había originado. Las soluciones exigen un tipo de pensamiento y de acción distinto de las explicaciones iniciales del problema y de los esfuerzos iniciales por resolverlo.

Supuesto 7: No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo

Los problemas no se presentan todo el tiempo. Hay horas, días e incluso semanas en los cuales ni el paciente ni su familia son fastidiados por el problema. El terapeuta, con la misma atención analítica de un Sherlock Holmes, debe investigar minuciosamente los cambios de conducta de todos los miembros de la familia durante esos períodos no problemáticos.

En realidad, a menudo los pacientes ya están en vías de resolver sus problemas antes de ingresar a terapia. Weiner-Davis y sus colegas (Weiner-Davis *et al.*, 1987) realizaron una investigación al respecto y descubrieron que los dos tercios del muestreo ya habían tomado medidas positivas para resolver sus conflictos luego de la llamada telefónica para concertar la primera entrevista y antes de concurrir a la primera sesión. Yo mismo llevé a cabo un estudio semejante: a toda persona que llamaba pidiendo una entrevista se le daba una versión modificada de "la tarea formalizada de la primera sesión" de de Shazer (de Shazer, 1985). Antes de la sesión inicial, el especialista a cargo de la admisión le asignaba al padre (o a la madre) que había telefoneado la siguiente tarea:

A fin de ayudar a su terapeuta a saber cuáles son las fuerzas de la familia, nos gustaría que observara qué cosas suceden en la relación con su hijo que a usted le agradaría que siguieran sucediendo. Puede registrarlo mentalmente o bien por escrito.

El estudio exploratorio dio resultados clínicos muy interesantes. En algunos casos, los padres cancelaban la entrevista inicial, dejando mensajes del siguiente tenor: "Me he dado cuenta de que las cosas no están tan mal"; "He tenido una buena relación con mi hijo"; "Prefiero esperar por un tiempo". La mayoría de los pacientes que participaron en el proyecto de investigación resolvieron sus problemas en una, dos o tres sesiones de terapia. Muchos de ellos trajeron largas listas de las "cosas buenas" que estaban sucediendo en la familia. En tales casos, la tarea principal de los terapeutas se redujo a capitalizar lo que ya funcionaba en la familia, amplificando y consolidando los logros previos al tratamiento.

Cuando busco con los miembros de la familia las excepciones o pautas no problemáticas de conducta, no sólo pregunto por las cosas útiles que están haciendo, sino también por las charlas positivas que mantienen con ellos mismos. La charla con uno mismo es un casete muy útil que los miembros de la familia hacen sonar en su cabeza y que los ayuda a enfrentar el problema. Por ejemplo, puedo preguntarle a un adolescente que no sabe controlar la agresión: "¿Qué te dices a ti mismo para evitar que la rabia se apodere de ti?"; "¿Qué casete haces sonar en tu cabeza cuando necesitas enfrentar la rabia?". La metáfora del casete es sumamente eficaz con los adolescentes.

Una vez que se identifican las secuencias importantes de conducta excepcional y la charla positiva del paciente consigo mismo, la tarea del terapeuta consiste en amplificar el material levantándole el ánimo, subrayando las diferencias y trasladándolo al futuro mediante preguntas presuposicionales (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). En algunos casos saco a relucir mi confiable e imaginaria bola de cristal (de Shazer, 1985) y les pido que analicen en detalle los nuevos cambios familiares que ven en la bola de cristal y que habrán de producirse dentro de dos o tres semanas. Las excepciones puestas de manifiesto por el terapeuta pueden servir de bloques para coconstruir la solución con el paciente. Cuando las descripciones de las excepciones se colocan junto a la construcción de la situación realizada por el paciente y saturada de problemas, el paciente efectúa nuevos descubrimientos sobre sí mismo y se produce lo que Bateson (1972) denomina la "noticia de una diferencia que establece una diferencia". Puesto que existe una relación re-

cursiva entre el significado y la acción, un cambio de visión respecto del problema puede conducir a un cambio en la conducta del paciente.

Supuesto 8: Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento

Si usted no sabe adónde va con sus pacientes, terminará en cualquier otra parte (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Cuando el terapeuta se siente estancado o frustrado en un caso específico, ello puede ocurrir porque se halla perdido en un mar de informaciones sobre el problema, porque no sabe cuál es el objetivo del paciente o bien porque el objetivo del tratamiento resulta demasiado monolítico. Nuestra tarea como terapeutas consiste en negociar soluciones accesibles y objetivos de tratamiento que sean realistas. No podemos cambiar a un adolescente fronterizo, pero sí modificar uno de los síntomas que presenta: por ejemplo, la conducta autodestructiva. En el curso del tratamiento, podemos observar conductas y cambios de conducta. Es importante que el terapeuta induzca a los pacientes a describir cómo serán las cosas cuando resuelvan el problema actual y que esa descripción se asemeje a una videocinta (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Teóricamente, este tipo de descripción contiene el "quién", el "qué", el "cómo" y el "cuándo" respecto del logro del objetivo.

Toda vez que los pacientes ingresan a terapia suelen recitar una larga lista de problemas que desean ver resueltos. La principal tarea del terapeuta es hacer que la familia identifique el problema que desea modificar en primer término. Cuando la familia ha determinado qué problema será el foco inicial de atención en el tratamiento, el terapeuta tendrá que descomponer el objetivo familiar en partes, a fin de convertirlo en algo concreto, pequeño y modificable. Por ejemplo, una vez me ocupé de un caso en el cual los padres consideraban prioritario que su hijo drogadicto limpiara toda su habitación en una semana. Según ellos, el cuarto había sido un "chiquero" durante los últimos cinco años. Habían encontrado manteca de maní petrificada y emparedados de jalea debajo de la cama. Puesto que el objetivo propuesto por los padres era tan monolítico, los alenté a que negociaran con su hijo limpiar sólo una parte del

cuarto en una semana, algo que él aceptaría de buen grado.

Las investigaciones señalan que es necesaria la autodeterminación del paciente durante el proceso terapéutico. Cuando los pacientes piensan que pueden controlar su destino, aunque sea mínimamente, se esforzarán por dominar las tareas asignadas, las ejecutarán mejor y se comprometerán más a fondo con el proceso de cambio. Se ha comprobado empíricamente que cuando los pacientes eligen por sí mismos un determinado curso de acción entre varias opciones, es más probable que adhieran a él y tengan éxito (Miller, 1985). Varios estudios sobre la adicción han demostrado que cuando se da a los pacientes la posibilidad de elegir los objetivos y el tipo de tratamiento que desean recibir, éstos se sienten más motivados y logran resultados terapéuticos más favorables (Kissen, Platz y Su, 1971; Parker, Winstead y Willi, 1979). La insistencia en un objetivo terapéutico específico, sin tener en cuenta las opiniones y los deseos del paciente, puede poner en peligro la motivación y los resultados del tratamiento (Sánchez-Craig y Lei, 1986; Thornton, Gottheil, Gellins y Alterman, 1977).

Supuesto 9: La realidad es deñnida por el observador y el terapeuta participa en la cocreación de la realidad del sistema terapéutico

Bateson (1972) escribió que las creencias de un persona “sobre cómo es el mundo determinarán su manera de percibir y de actuar en el mundo, y que su manera de percibir y de actuar determinarán sus creencias acerca de la naturaleza del mundo” (pág. 314). Como miembros del nuevo sistema observador formado por el terapeuta y el paciente, nuestra construcción del problema del paciente se basará, fundamentalmente, en nuestros propios mapas teóricos y en nuestras experiencias personales en el mundo (Efran y Lukens, 1985; von Foerster, 1981; Maturana y Varela, 1988). Einstein pensaba que son nuestras teorías las que determinan lo que podemos observar. Si uno es un terapeuta estructural de familia, es muy probable que vea las estructuras familiares patológicas como “enredadas” o “desintegradas” (Minuchin, 1974). Si uno es un terapeuta centrado en la psicodinámica, probablemente verá conflictos sin resolver y deficiencias psíquicas. Lo que uno vea será lo que

uno obtenga. Los terapeutas “no pueden no tener una teoría” (Anderson y Goolishian, 1991b).

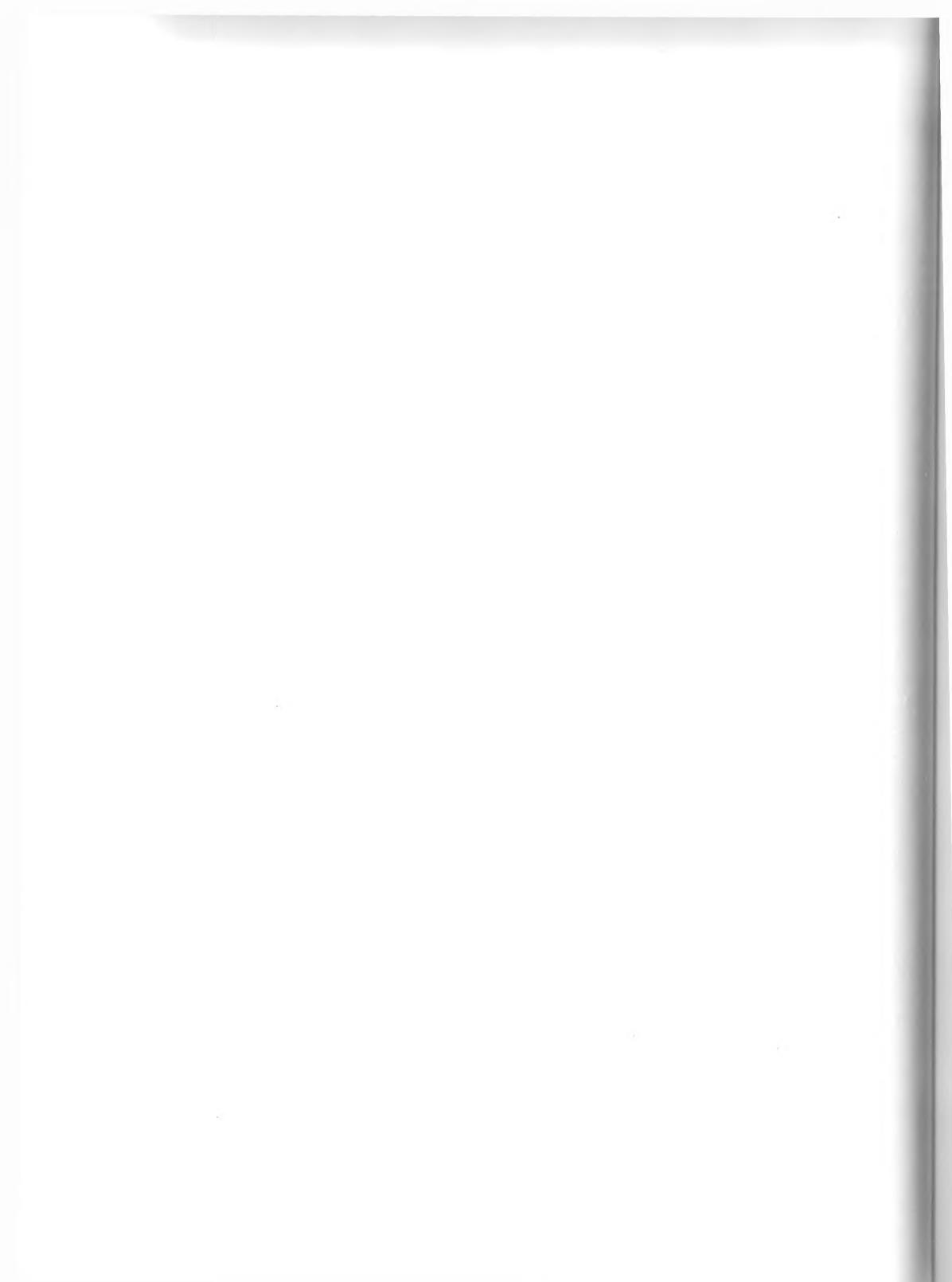
La visión del “ojo de Dios” no existe. Nunca podremos encontrar un sitio exterior y objetivo desde el cual observar a nuestros pacientes (Hoffman, 1988). El terapeuta y el equipo supervisor/terapéutico son miembros del nuevo sistema observador formado por el terapeuta y el paciente. Al ayudar a nuestros pacientes a reescribir su historia saturada de problemas, nos convertimos en coautores asesores. En nuestras conversaciones con los pacientes debemos interactuar de manera de introducir diferencias significativas capaces de cuestionar creencias obsoletas y modificar pautas de conducta. Según Andersen (1991) hay tres tipos de construcciones terapéuticas que se dan durante las charlas con los pacientes: 1) las construcciones que son “demasiado parecidas” a la visión que los pacientes ya tienen de sus problemas; 2) las construcciones que los pacientes juzgan “demasiado insólitas” y que son rechazadas o desatendidas, y 3) las construcciones que no son ni demasiado parecidas ni demasiado insólitas y que pueden modificar la percepción original del paciente con respecto a su problema. La última categoría de construcciones terapéuticas sólo se produce cuando el terapeuta “está cerca” del paciente durante el proceso terapéutico. Por “estar cerca” entiendo el empleo cuidadoso de las palabras y creencias claves del paciente, así como la incorporación del lenguaje presuposicional en las preguntas terapéuticas y en las tareas asignadas. De ese modo, el terapeuta y la familia pueden ser los coautores de una historia que tiene una solución determinada (de Shazer, 1991).

Supuesto 10: Existen muchas maneras de enfocar una situación pero ninguna es más “correcta” que las otras

Para cada acontecimiento que sucede en el mundo, existen por lo menos dos o más explicaciones. Bateson (1980) denominó a esta forma de descripción “comparación doble o múltiple” (pág. 97). No hay una explicación última de la realidad. Al pintor surrealista René Magritte le gustaba jugar con la necesidad humana de encontrarles sentido a las imágenes de sus cuadros o de darles una explicación definitiva. En cierta ocasión

dijo: "Nuestra mirada siempre desea penetrar más allá, a fin de ver finalmente el objeto, la razón de nuestra existencia" (Whitfield 1992, pág. 62). Muchas de las imágenes que encontramos en los cuadros de Magritte son metáforas de los diferentes modos en que la verdad y el significado permanecen ocultos.

Como terapeutas, debemos procurar no aferrarnos demasiado a los modelos terapéuticos que hemos elegido. El filósofo existencialista francés Emile Chartier dijo en cierta ocasión: "Nada es más peligroso que una idea cuando es la única que uno tiene". La flexibilidad terapéutica es esencial en los casos de adolescentes difíciles. La terapia familiar breve centrada en la solución no es una panacea aplicable a todos los casos de adolescentes. Cuando lo juzgo clínicamente necesario, incorporo ideas provenientes de otras orientaciones terapéuticas o abandono mi enfoque y pruebo con otro completamente distinto.



3

La primera entrevista: cocrear un contexto para el cambio

Cocrear un clima terapéutico para el cambio

Hay cuatro importantes actividades terapéuticas que debe realizar todo terapeuta especializado en terapia breve a fin de cocrear un clima propicio para el cambio en el caso de los adolescentes difíciles y sus familias: 1) explicar el formato de la sesión, 2) establecer *rapport*, 3) evaluar a la clientela y 4) realizar entrevistas sistémicas con un propósito determinado. Luego de analizar dichas actividades terapéuticas, concluiré el capítulo con un somero panorama de la mecánica de las entrevistas en la terapia familiar breve centrada en la solución y ofreceré, además, reglas útiles para el diseño y la selección de la tarea terapéutica.

Explicar el formato de la sesión

Antes de dedicarme a establecer *rapport* con los nuevos pacientes, me gusta explicarles el formato de la sesión y obtener su consentimiento por escrito para grabar las sesiones en videocinta, y también invito a mis colegas terapeutas a colaborar con nosotros como equipo asesor. Al describir el formato de la sesión, le explico a la familia que me agrada pasar parte del tiempo con todos sus miembros, reunirme a solas con los padres y concederle un tiempo de sesión individual al adolescente. Asimismo, les comunico que tomaremos un descanso durante la sesión y que en ese lapso mis colegas ingresarán al cuarto de terapia, mientras nosotros (la familia y yo) nos colocaremos detrás del vidrio espejado para escuchar sus reflexiones sobre

lo acontecido hasta el momento en la entrevista. Después, cambiaremos nuevamente de cuartos y se le pedirá a la familia que reflexione sobre las reflexiones del equipo. Señalo que en ocasiones invito al equipo a reunirse con nosotros por un breve lapso, un poco antes de finalizar la sesión. Ello nos permite intercambiar ideas fructíferas sobre la tarea que les será asignada. Cuando trabajo solo, también me tomo un pequeño descanso para “reunirme conmigo mismo” a fin de preparar mi editorial de la sesión y asignarle una tarea a la familia, en caso de ser necesario.

En cuanto a mi pedido de grabar las sesiones en videocinta, les señalo que la cámara actúa como un par de ojos y oídos suplementarios que captan cosas importantes a veces inadvertidas por mí y que me sirven para ayudarlos de un modo más eficaz. Cuando les propongo que mis colegas nos observen y colaboren con nosotros, les aclaro que “tres cabezas son mejores que una” en cuanto a lucidez y creatividad. Raras veces las familias se han negado a grabar en videocinta y a aceptar un equipo asesor que observe las sesiones. A veces la familia pide que el equipo se reúna con nosotros en el mismo cuarto. Mis colegas y yo no tenemos ningún problema en acceder al pedido.

Establecer *rapport*

Luego de explicar el formato de la sesión, doy comienzo al proceso de establecer *rapport*. Para ello, invito a cada uno de los miembros de la familia, empezando por los padres, a hablarme de sus fuerzas y talentos personales, de sus pasatiempos y de las cosas que suelen hacer mejor. De los padres, me interesa particularmente el tipo de trabajo que realizan y un informe detallado de sus habilidades en el terreno laboral. El terapeuta especializado en terapia breve puede utilizar esa valiosa información en el área problemática. El siguiente ejemplo de caso ilustra cómo solucioné un conflicto de poder entre un padre y su hija, utilizando las excelentes dotes de ajedrecista del primero.

En los primeros diez minutos de la sesión inicial con Bob y su hija Patricia, descubrí que aquél era un jugador de ajedrez de nivel mundial y que había ganado numerosos torneos. Mientras lo escuchaba hablar de su destreza como ajedrecista, le pregunté qué estilo de

juego le había permitido convertirse en un campeón. Bob me contestó que el hecho de ganar o perder dependía de la "primera movida". Le pregunté entonces con más detalle cómo determinaba esa "primera movida". Según Bob, planeaba cuidadosamente las diversas "primeras movidas", así como las posibles respuestas de sus oponentes antes de tomar una decisión. La estrategia había funcionado muy bien en las partidas de ajedrez. En cambio, con su hija Patricia, que era impaciente y testaruda, jamás pensaba en la "primera movida" sino que reaccionaba exageradamente, gritándole y enzarzándose con ella en luchas de poder. Decidí aplicar la estrategia de la "primera movida" al área del problema, asignándole a Bob la tarea de valerse de esa estrategia cada vez que Patricia intentaba sacarlo de quicio. Bob descubrió muy pronto que si pensaba en la "primera movida" cuando estaba con Patricia, gritaba mucho menos y la conducta de su hija cambiaba.

Cuando me reúno con adolescentes, me gusta saber qué año de la secundaria cursan, cuáles son sus materias favoritas y por qué; si practican deportes, qué grupos musicales prefieren y si tienen talentos y pasatiempos especiales. A uno no tiene por qué gustarle la música de los adolescentes, pero si se conocen los nombres de los conjuntos más populares de *heavy metal* y de *rap*, los jóvenes piensan que uno es "genial". Con los jóvenes más callejeros resulta útil manejar la jerga de la calle, especialmente los nombres de los lugares en donde se vende y se consume droga, así como familiarizarse con la parafernalia de la droga (Selekman, 1989).

También establezco *rapport* valiéndome de grandes dosis de humor, incluyendo la conducta de la familia dentro de la normalidad y rotulándola positivamente, empleando en nuestras charlas terapéuticas las palabras claves del paciente y su sistema de creencias e improvisando sobre los temas centrales de la familia. En la primera entrevista, les presto suma atención a los elementos humorísticos de la historia familiar que pueden utilizarse para que la sesión de terapia resulte más divertida. Creo que el humor ayuda enormemente a curar a la familia y abre el camino a nuevas posibilidades. Al emplear en nuestras preguntas terapéuticas sus palabras claves y su sistema de creencias, "estamos cerca" de los miembros de la familia y es más probable entonces que nuestras construcciones de la situación problemática resulten aceptables para su cosmovisión.

Es fundamental que el terapeuta especializado en terapia breve les demuestre a los padres y al adolescente que puede estructurar la sesión, negociar los objetivos e interrumpir las pautas nocivas de interacción que surgen durante la sesión. Este tipo de actividad terapéutica ayuda a que la familia sienta confianza en la capacidad del terapeuta para producir cambios en la situación. Cuando se suscitan demasiadas disputas y acusaciones en el cuarto de terapia, el terapeuta debe separar a los padres y al adolescente y reunirse con cada subgrupo de forma individual. Se trata, sin duda, de una estrategia útil cuando no es posible negociar un mismo objetivo de tratamiento con los padres y el adolescente. En ese caso, el terapeuta puede negociar distintos objetivos con cada una de las partes.

Evaluar a la clientela

De Shazer (1988) ha elaborado una guía terapéutica sumamente práctica para evaluar quién, dentro del sistema del paciente, está más motivado para trabajar con el terapeuta en la resolución del problema. De Shazer distingue tres modelos diferentes en la relación terapeuta-familia: los visitantes, los demandantes y los clientes. Estas pautas no son fijas sino que cambian a medida que el terapeuta se vuelve *ducho* (Shazer, 1985) y desarrolla una relación cooperativa de trabajo con la familia. Luego de la breve descripción de cada uno de los modelos mencionados, mostraré ejemplos de casos de visitantes y demandantes, y ofreceré una guía para la selección de la tarea terapéutica.

Visitantes

El joven "visitante" y su familia suelen ser derivados a terapia por algún agente de control social. En otros casos, son los padres preocupados y frustrados los que arrastran al adolescente a terapia. Sea como fuere, lo más común es que el joven se niegue a aceptar sus conflictos cuando se le pregunta si tiene algún problema. Los casos de adolescentes más difíciles fueron derivados a mi consultorio por el funcionario a cargo de la libertad condicional, por un consejero o un director escolar o por un trabajador de la protección al menor. Hay dos preguntas

útiles que deben plantearse a las familias visitantes y que sirven no sólo para aclarar por qué la persona ha sido derivada a terapia, sino también para mantener la maniobrabilidad terapéutica desde el comienzo de la primera entrevista: “¿Por qué razón crees tú que [a la persona que lo ha derivado] se le ocurrió la idea de que necesitas consejo terapéutico?”; “¿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?”

He descubierto que existen tres estrategias muy eficaces para emplear con los visitantes. La primera estrategia de intervención consiste en que el terapeuta sienta empatía por el problema del adolescente, reconozca el dilema en que se halla la familia al verse obligada a concurrir a terapia y acepte los objetivos que ellos mismos se fijan, sean éstos cuales fueren. Algunos de mis adolescentes visitantes quisieron resolver problemas de pareja, aprender nuevas formas de cambiar la conducta de los padres con respecto a ellos o sacarse de encima al agente de control social. El terapeuta puede establecer una separación entre él y el agente de control social al ofrecer al paciente librarlo de este último. Esta estrategia funciona muy bien con los adolescentes que me han sido derivados por el tribunal de menores. Otra estrategia que puedo emplear como último recurso con los jóvenes visitantes más difíciles es el “enfoque de Columbo”. Hay adolescentes que pueden hacer sentir inepto incluso al más avezado de los terapeutas. El detective Columbo me ha enseñando algunas lecciones muy valiosas sobre cómo ser estratégico y utilizar mis sentimientos de incompetencia con los jóvenes visitantes difíciles (véase el “enfoque de Columbo” en el capítulo 4).

Si ninguna de las estrategias mencionadas da por resultado un objetivo de tratamiento común a todos o un proyecto de trabajo conjunto, me limito a elogiar a los miembros de la familia por las cosas que están haciendo y que son positivas para ellos, tales como presentarse a la primera entrevista, y no les propongo ninguna tarea terapéutica. Normalmente elogio a los jóvenes visitantes por venir a mi consultorio, pues ello demuestra que son responsables, y “por no sabotear la sesión”.

El siguiente ejemplo de caso ilustra la utilidad de establecer una separación entre el funcionario a cargo de la libertad

condicional y yo, para librar a mi paciente de la presencia de aquél.

El funcionario a cargo de la libertad condicional me envió a Christopher porque lo habían pescado en la escuela con una bolsa de marihuana de diez dólares metida en su casillero. El incidente dio lugar, asimismo, a una suspensión de tres semanas. Los padres se hallaban totalmente desconcertados por el asunto de la marihuana, pues "Christopher jamás había tenido problemas con la ley hasta el momento". Al principio de la entrevista, los padres no descubrieron nada que quisieran cambiar, ni tampoco problemas familiares que hubiesen llevado a Christopher al consumo o a la venta de drogas. Christopher negó ser drogadicto, pero admitió que algunos de sus amigos sí lo eran. Afirmó que la bolsa de marihuana no era suya sino que se la había guardado a un amigo a quien el director vigilaba atentamente. Durante la sesión, Christopher tuvo el valor de confesarles a sus padres que en otra época había consumido marihuana y alcohol. Puesto que los padres no pudieron encontrar otro objetivo de tratamiento que el evitar que su hijo tuviera nuevos problemas con la ley y con las autoridades escolares, pasé la mayor parte de la sesión sacando a relucir las fuerzas y recursos de la familia y analizando sus estrategias para impedir futuras dificultades legales o escolares. El objetivo principal de Christopher era librarse del funcionario a cargo de la libertad condicional. Este punto se debatió durante el tiempo de sesión dedicado exclusivamente a Christopher.

Christopher: El señor Curtis realmente me fastidia. Siempre anda husmeando por la escuela, vigilándome. Piensa que vendo droga o algo por el estilo. Honestamente, sólo he fumado hierba [marihuana] tres veces. En realidad, prefiero beber cerveza, pero eso lo hago cuando salgo con mis amigos. Mire, yo no tengo ningún problema. Tampoco entiendo por qué tengo que venir a su consultorio. No hay nada de malo en mi cabeza.

Terapeuta: Debe ser un verdadero fastidio tener a un funcionario husmeando por la escuela y vigilándolo a uno. ¿Te gustaría que te lo sacara de encima?

C: Bueno, eso sería fantástico, pero ¿cómo podría usted hacerlo?

T: De dos maneras. Por empezar, conozco muy bien al señor Curtis. Hemos trabajado juntos en otros casos, de modo que me permite tomar mis propias decisiones; por ejemplo, puedo decidir cuántas veces nos reuniremos con tus padres. Eso significa que aunque debamos vernos durante los nueve meses de tu período de prueba, no será necesario reunimos todas las semanas. Otra manera

de librarte del señor Curtis es probándole que está equivocado. Quiero decir, demostrarle que no consumes ni vendes drogas, y para ello hay que tomar medidas responsables a fin de revertir la situación. ¿Qué medidas positivas tomarás para demostrarle al señor Curtis que se equivoca con respecto a tu comportamiento en la escuela?

C: No faltar a clases, alejarme de ciertos amigos... No sé, supongo que hacer las tareas.

T: ¿Y en tu casa? ¿Qué medidas responsables tomarás para convencer a tus padres de que no consumes ni vendes drogas?

C: Volver a casa a una hora razonable los fines de semana. No beber. Cumplir con mis quehaceres domésticos.

T: Cuando tomes todas esas medidas, ¿cuál de ellas impresionará más al señor Curtis?

C: Concurrir a clase. El piensa que he estado faltando para ir a divertirme con mis amigos. Sí, se sorprenderá muchísimo cuando se entere por mis profesores de que estoy asistiendo a clase y haciendo mi trabajo.

T: ¿Y en casa? ¿Qué le sorprenderá más al señor Curtis que hagas con respecto a tus padres?

C: Volver a una hora prudente los fines de semana. Seguramente piensa que ando por ahí, bebiendo y divirtiéndome todo el tiempo con mis amigos. ¡El señor Curtis no sabe nada!

T: Pues bien, ¡demostrémosle juntos que está equivocado! (*nos damos un fuerte apretón de manos*).

Durante nueve meses, tuve un total de siete sesiones con Christopher y sus padres. En dos de ellas participaron, además de los padres, el funcionario a cargo de la libertad condicional y el personal de la escuela involucrado en el problema. Christopher no sólo pasó con éxito su período de prueba sino que tomó “todas las medidas responsables” para librarse del señor Curtis.

Demandantes

El demandante puede ser uno de los padres, un funcionario de la escuela o algún otro agente de control social. 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 adolescentes 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 aleguen no tener tiempo

para acompañar a sus hijos a las sesiones de terapia porque están abarrotados de trabajo.

Como los demandantes conocen muy bien la conducta del paciente, los elogio por su comprensión de la situación y por ayudarme a entender mejor sus inquietudes. También los felicito cuando me informan que están empleando estrategias útiles para manejar la situación problemática del adolescente. Existen dos estrategias muy eficaces para los padres demandantes: asignarles una tarea de observación y hacer que “reflexionen” sobre la conducta del paciente (de Shazer, 1988).

En el siguiente caso, Lucy trajo a terapia a su hijo Bob, de 17 años, porque “tenía problemas con la bebida”, “no cumplía con las tareas domésticas” y “no limpiaba el piso del cuarto, atestado de ropa sucia y de papeles”. El extracto que transcribo a continuación fue tomado de la primera entrevista individual con Lucy.

Terapeuta: Usted me ha dado una descripción muy buena de todas las molestias y preocupaciones que Bob le ocasiona. Sin embargo, para tener un cuadro más completo de la situación en el hogar, me gustaría que la semana entrante sacara su lupa imaginaria y observara cuidadosamente las veces en que Bob no sólo no la fastidia sino que hace las cosas que usted desea que haga. Repare en las medidas positivas que usted toma en esas ocasiones y regístrelas por escrito.

Lucy: En realidad me preocupo demasiado por él, pero deseo verdaderamente que deje de emborracharse con sus amigos los fines de semana. Y su cuarto es un chiquero, y su...

T: Mire, los problemas son como la arena movediza: cuanto más nos quejamos y pensamos en ellos, más nos devoran. Necesitamos, pues, salir de la arena movediza y reparar en las cosas que está haciendo Bob que nosotros deseamos aprovechar.

L: Quizá tenga razón. He estado atrapada en la “arena movediza” demasiado tiempo... ¡y ya estoy harta!

T: De manera que durante la próxima semana quiero que saque la lupa imaginaria y observe lo que ocurre entre usted y Bob cuando no está “atrapada en la arena movediza”.

Lucy volvió a la semana siguiente con una lista de una página de los cambios percibidos en el comportamiento de Bob. “No había vuelto a casa borracho el fin de semana” y en dos ocasiones “hizo sus tareas domésticas.” Lucy también llegó a la conclusión de que dependía exclusivamente de Bob el seguir siendo o no “un cerdo en ese maldito

cuarto todo desordenado". Al fin y al cabo, sería "una preocupación menos" para ella.

Clientes

El cliente es la persona que se presenta a terapia y desea trabajar con el terapeuta para resolver un problema específico. De acuerdo con mi experiencia clínica, los clientes son generalmente los padres. No obstante, en algunos casos se trata de adolescentes difíciles que deciden convertirse en clientes cuando el terapeuta ha negociado un buen contrato compensatorio entre ellos y sus padres. Por ejemplo, la madre saldrá de compras con su hija si ésta llega puntualmente a la escuela al menos dos veces durante la próxima semana. Teóricamente, contar con un cliente en las sesiones familiares es todo lo que se necesita para resolver el problema. Otra manera expeditiva 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 más se preocupa por este problema?"; "¿Hay alguien más?"; [dirigiéndose al paciente] "En una escala de uno a diez, donde el diez representa a la persona más preocupada por ti, ¿qué número le correspondería a cada miembro de la familia?". "Cuando el conflicto se resuelva, ¿qué cosas serán diferentes para los miembros de la familia?"

La entrevista sistèmica con un propósito determinado

El terapeuta centrado en la solución formula preguntas con un propósito determinado, evaluando cuidadosamente las pautas peculiares de respuesta cooperativa de la familia y adecuando las preguntas a dichas pautas (de Shazer, 1988, 1991; Lipchik, 1988; Lipchik y de Shazer, 1986; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Por ejemplo, si las preguntas centradas en la excepción sacan a luz una conducta excepcional significativa en el paciente, entonces el terapeuta seguirá utilizando esa categoría de preguntas y desplazará gradualmente a la familia hacia el futuro por medio de preguntas presuposicionales (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). La entrevista con un propósito determinado constituye una danza recursiva en la que la realimentación verbal y no verbal de la familia indica al tera-

peuta la futura categoría de preguntas que debe seleccionar. Las normas para la entrevista sistèmica con un propósito determinado que presentamos en la figura 3.1. resumen las opciones principales en la selección o modificación de las categorías de pregunta durante el proceso de la entrevista. Las diversas preguntas centradas en la intervención que analizamos aquí pueden promover la autocuración (Tomm, 1987) y liberar a la familia de los problemas opresivos que padece, abriendo el camino a nuevas posibilidades. Presentaré a continuación diferentes categorías de preguntas, reglas para seleccionar dichas categorías y algunos casos que ilustran la utilidad de las diversas preguntas centradas en la intervención durante el proceso de la entrevista.

Secuencia del cambio previo al tratamiento

Weiner-Davis *et al.* (1987) han demostrado que los pacientes suelen tomar medidas positivas para resolver sus conflictos luego del primer llamado telefónico al consultorio o a la clínica y antes de la primera sesión terapéutica. Esto se observa a menudo en los pacientes que están en lista de espera o que han sufrido algún tipo de demora entre el llamado inicial y la primera entrevista. En tales casos, basándome en la investigación de Weiner-Davis y sus colegas y en la firme creencia de que todos los pacientes poseen las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar, me gusta comenzar la primera entrevista con la siguiente pregunta: "Y entonces, ¿qué has notado que anda mejor desde que llamaste por primera vez a la clínica?". La pregunta no sólo les transmite a los pacientes la confianza del terapeuta en las fuerzas y recursos que ellos poseen para intentar un cambio, sino que presupone que el cambio se ha producido, lo que ayuda a poner en marcha la cocreación de una profecía positiva de autocumplimiento.

El siguiente ejemplo de caso ilustra la eficacia de capitalizar los cambios previos al tratamiento, en un caso atendido luego de una demora de dos semanas a partir del llamado telefónico inicial.

Randy, un delincuente de 16 años, fue derivado a mi consultorio para recibir terapia de familia, después de haber pasado un mes en la cárcel de menores. Lo acompañaba Mary, su madre.

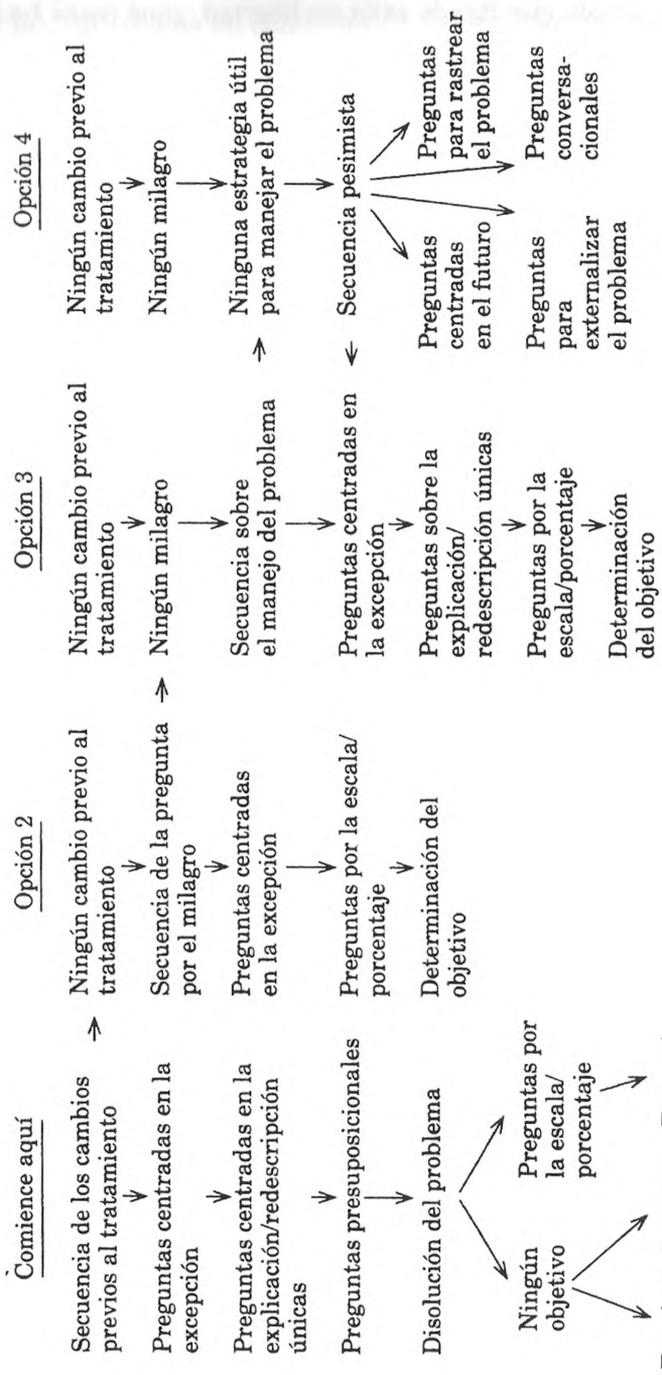


Figura 3.1. Normas para la entrevista sistémica con un propósito determinado en la primera entrevista.

Terapeuta: Desde que Randy salió en libertad, ¿qué cosas ha notado usted que marchan mejor?

Mary: ¡Todo ha sucedido de maravillas! Fue a la escuela y se atuvo a mis reglas. No está fumando esa maldita marihuana. ¡Parece otra persona!

T: ¡Fantástico! ¿Cómo logró que hiciera esas cosas tan “maravillosas”?

M: Bueno... Cuando lo fui a buscar a la cárcel de menores le dije que no pensaba tolerar más tonterías de su parte, y que de ahora en adelante o se atenia a mis reglas o se iba a vivir con su padre borracho.

Después de que Mary me informó sobre algunos cambios en la conducta de Randy, utilicé expresiones de aliento y preguntas por el “cómo”. Las expresiones de aliento sirven para señalar las excepciones y hacerlas “dignas de ser noticia”; las preguntas por el “cómo”, para que los miembros de la familia valoren sus propios recursos. Pasé el resto de la primera entrevista y de las sesiones siguientes amplificando y consolidando los numerosos cambios acaecidos antes del tratamiento. Otras preguntas acerca de los cambios previos al tratamiento son: “¿Hacer esas cosas entraña alguna diferencia para él?”; “¿Qué tendrá que seguir haciendo usted para que [la conducta excepcional] ocurra con más frecuencia?”; “¿Cómo logró una cosa semejante?!”

Preguntas acerca del "por qué ahora"

Los terapeutas centrados en la solución creen firmemente que el contexto terapéutico no es un lugar en donde se “conversa sobre el problema” sino donde se intenta el cambio (Gingerich *et al.*, 1988). Sin embargo, es fundamental para nosotros —como paso previo a la determinación del objetivo— sacar a luz la razón específica que ha llevado al paciente a recurrir a terapia. Por lo tanto, con los pacientes que no han notificado cambios previos al tratamiento, resulta útil comenzar la entrevista preguntándoles: “¿Qué te trae ahora por aquí?” o “¿Qué te gustaría cambiar hoy?” en lugar de: “¿Cuál es el problema?” Si los padres se ponen a recitar una lista interminable de conflictos, me remito a preguntarles: “¿Qué les gustaría cambiar primero?” Una vez que sepamos en qué desean trabajar específicamente los pacientes en primer térmi-

no, estaremos en condiciones de negociar un pequeño objetivo de tratamiento.

Las preguntas centradas en la excepción

En algunos casos de adolescentes difíciles, no resulta tan sencillo apartarlos de la “conversación sobre el problema” en la primera entrevista o negociar con ellos objetivos y soluciones accesibles. Por lo tanto, el terapeuta especializado en terapia breve debe interrumpir con firmeza la pauta interactiva de “conversación sobre el problema” y preguntar por las excepciones (de Shazer, 1988,1991; Lipchik, 1988; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Las excepciones toman la forma de pensamientos, creencias, sentimientos y pautas útiles de conducta que han ayudado al paciente a librarse de la mortificación que le ocasiona el conflicto. Estas excepciones, amplificadas por el terapeuta, sirven de bloques para construir la solución. Los siguientes son algunos ejemplos de preguntas centradas en la excepción:

“Usted me ha dado una muy buena descripción del problema que le preocupa, pero a fin de tener un cuadro más completo de lo que debo hacer aquí, necesito saber qué ocurre cuando no se presenta ese problema.”

“¿Qué cosas distintas están haciendo ustedes [los padres] con respecto a Bill [el hijo]?”

“¿Cómo se le ocurrió semejante idea?!”

“¿Cuán diferente resulta para usted hacer eso?”

“Si Bill estuviera hoy sentado aquí, ¿qué les pediría que siguieran haciendo [los padres] para llevarse mejor?”

“¿Qué tendrá que suceder para que eso [las excepciones en la conducta parental] se produzca con más frecuencia?”

Rebecca y su madre, Linda, fueron derivadas a mi consultorio por el médico de la familia. Linda estaba segura de que su hija de 16 años tenía una “depresión”. Si bien no existían desencadenantes fácilmente identificables ni antecedentes familiares que justificasen la depresión, Linda, después de leer un artículo sobre el tema en una revista muy popular, pensó que Rebecca padecía todos los síntomas de la “depresión de la adolescencia”. Por ejemplo, el “aislamiento” respecto de la familia, la incomunicación con Linda, el descenso en sus calificaciones, el “malhumor”, etc. A pesar de la preocupación mator

na, el médico de la familia no corroboró el diagnóstico pero pensó que no vendría mal una terapia breve. Linda trajo a Rebecca a la primera entrevista.

Terapeuta: ¿Qué las trae hoy por aquí?

Lucy: Bueno, pienso que Rebecca tiene una depresión juvenil.

T: ¿Cómo lo sabe?

L: Digamos que tiene todos los síntomas... de la depresión propia de la adolescencia.

T: Seré curioso, Linda. ¿Cuáles son las cosas que hace Rebecca cuando está más animada?

L: Bueno, toca el piano, me ayuda a cocinar y supongo que me dice cosas buenas de su novio.

T: ¿Le dio al novio su “sello de aprobación”, Linda?

L: (*riéndose*) Es un buen muchacho.

T: ¿De manera que Rebecca tiene buen gusto para elegir a los jóvenes?

L: Muy buen gusto.

Rebecca: Sí, a mi mamá le agrada realmente Steve... Mire, de veras pienso que no necesitábamos venir aquí. “Anduve un poco floja” porque una amiga mía se fue.

L: ¡Oh! ¿Te refieres a Helen? No sabía que fueran tan íntimas.

R: Sí. Después de la escuela casi siempre iba a su casa, antes de que regresaras del trabajo.

T: ¿De qué manera puede ayudarte tu madre a resolver la situación con Helen?

R: Dejando de preguntarme veinte veces por día si estoy “deprimida”. A veces mi madre se deja llevar demasiado por lo que dicen las revistas.

T: ¿Hay algo más que ella pueda hacer o haya hecho por ti para ayudarte cuando “andas floja”?

R: Hablar del tema... Creo que no hemos salido de compras en mucho tiempo. (*Rebecca mira a su madre y le sonríe.*)

Sólo vi una vez a Linda y a Rebecca. Además de utilizar preguntas centradas en la excepción, logré que Linda dudara de la “depresión juvenil” de su hija al preguntarle “¿cómo lo sabe?”. Rebecca incluyó su propia conducta dentro de la normalidad, describiéndola como “andar floja” por la pérdida de una amiga, lo que implicaba un conflicto pasajero y de fácil solución. Luego saqué a relucir la capacidad de Rebecca para discernir las cosas positivas que podía hacer su madre para ayudarla a “andar” menos “floja”.

Las preguntas sobre la explicación y la redescrición únicas

Las preguntas sobre la explicación y la redescrición únicas fueron elaboradas por Michael White (1988) para asistir a la familia en la coautoría de nuevas historias sobre sí misma y sobre sus relaciones, que se oponen a las historias dominantes que la han estado oprimiendo. Las preguntas sobre la explicación única inducen a la familia a encontrarles sentido a las excepciones significativas, vinculándolas con pautas de interacción particulares o con una serie de acontecimientos ocurridos en un determinado tiempo y lugar (White, 1988b; White y Epston, 1990). Los siguientes son algunos ejemplos de preguntas sobre la explicación única: “¿Cómo se las arregló para dar un paso tan importante y revertir la situación?”; “¿Qué se dijo a sí mismo cuando se dispuso a tomar una medida de tal naturaleza?”

Las preguntas sobre la redescrición única permiten a los miembros de la familia dar un nuevo significado a las excepciones y a la explicación única por medio de la redescrición de sí mismos, de sus relaciones familiares y de otras personas importantes en sus vidas (White, 1988b; White y Epston, 1990). Además, los habilita “para operar en el dominio de la conciencia y sacar a luz conocimientos alternativos” (White, 1988b, pág. 12). Otros ejemplos de preguntas sobre la redescrición única son: “¿Qué le dice esto acerca de sí mismo que es importante que usted sepa?”; “¿Hasta qué punto la nueva imagen de sí mismo ha cambiado la percepción que tenía de su persona?”

El siguiente extracto fue tomado de mi primera entrevista con Randy y su madre, Mary. En este caso, utilicé una pregunta centrada en la explicación única a fin de averiguar qué se dijo Randy a sí mismo en la cárcel de menores para dar vuelta la página y comenzar una nueva etapa luego de abandonar la prisión.

Terapeuta: ¿Qué te dijiste a ti mismo en la cárcel de menores para decidir “voy a ser una persona diferente cuando salga en libertad”?

Randy: Bueno... me dije: “Puedo hacer algo mejor que terminar en lugares como éstos”; “Tengo que dejar la marihuana”; “No debo faltar a la escuela”; “Debo escuchar a mi mamá”. Cosas por el estilo, viejo.

T: ¡Grandioso! Una especie de severo examen de conciencia en la cárcel, ¿verdad?

Mary: Pienso que ahora lo está intentando en serio.

En el curso de la primera entrevista, me sorprendió realmente cómo había cambiado a Randy la experiencia de un mes de cárcel. Durante la entrevista señalé a menudo la diferencia entre el nuevo Randy responsable y el viejo Randy “me importa un bledo”. La madre percibió con claridad el crecimiento de Randy y fue un coautor clave en la redescrición de su historia como joven responsable, abriéndose camino hacia una nueva vida.

Preguntas presuposicionales

Las preguntas presuposicionales (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989) son preguntas eficaces centradas en la intervención terapéutica, que se pueden emplear para amplificar los cambios y excepciones previos al tratamiento, convencer al paciente de la inevitabilidad del cambio, descubrir el objetivo del paciente y cocrear con éste una realidad futura libre de problemas. Las preguntas presuposicionales también pueden producir cambios significativos en las percepciones y conductas del paciente. Escuchar con atención las suposiciones del paciente a menudo nos da la clave para saber en dónde se ha estancado y qué dirección tomar. Si una familia parece estancada en el pasado en su manera de percibir la situación problemática del presente, es conveniente desplazar la conversación terapéutica hacia el futuro, pues en el futuro existen muchas más posibilidades de cambio. Los siguientes ejemplos corresponden a preguntas presuposicionales.

“¿Cómo sabrás que ya no necesitas venir aquí?”

“Si usted me mostrara una videocinta de cómo serán las cosas cuando Johnny deje de llegar tarde a casa, ¿en qué sentido mejoraría la relación entre ustedes tres?”

“¿Qué cosas diferentes veríamos suceder?”

“Si miráramos en mi imaginaria bola de cristal luego de que hayas ‘arreglado’ [lenguaje del paciente] la relación con tu papá, ¿qué los veríamos hacer juntos y qué diálogo diferente mantendrían?”

“Supongamos que nos encontramos dentro de un mes en

uno de esos negocios que están abiertos las veinticuatro horas, una vez que hayamos completado con éxito el tratamiento. ¿Qué medidas me dirías que has tomado?”
“Imagínate que estás conduciendo rumbo a tu casa, de regreso de la sesión de hoy, y que se ha cumplido lo que estabas esperando. ¿Qué habrá cambiado en tu situación?”
“Si vinieras la próxima semana y yo te dijese que estás bien encaminado, ¿en qué consistiría ese pequeño progreso?”

La secuencia de la pregunta por el milagro

La pregunta por el milagro fue ideada por de Shazer (1988, 1991) a fin de desplazar rápidamente a los pacientes a una realidad futura exenta de problemas. La pregunta es sobre todo útil para determinar objetivos accesibles de tratamiento y para obtener, por parte del paciente, una descripción detallada de lo que sería el resultado ideal una vez solucionado su problema. Cuando mis pacientes responden negativamente a las preguntas centradas en la excepción y se muestran pesimistas respecto de su situación problemática, me gusta pasar rápidamente a la pregunta por el milagro. A continuación daré un ejemplo de ese tipo de secuencia.

“Supongamos que ustedes tres regresan a casa esta noche y mientras duermen se produce un milagro y el problema se resuelve. ¿Por qué dirán, a la mañana siguiente, que se ha producido un milagro?”

“¿Qué cosas serán diferentes?”

“¿Cómo lo habrán logrado?”

“¿Qué otras cosas serán distintas entre ustedes?”

“¿Quién se sorprenderá más cuando ustedes hagan eso?”

“¿Quién será el próximo en sorprenderse?”

“Si yo fuera una mosca posada en la pared de su sala de estar y observara cómo se comportan los tres luego del milagro, ¿qué cosas vería yo que hacen juntos?”

“Si tu hermana estuviera sentada aquí, ¿qué diferencia notaría en la relación entre tu madre y tú después del milagro?”

“Seré curioso, ¿no se estarán produciendo algunos de esos milagros, aunque sea en pequeña medida?”

La clave para obtener más beneficios de esta categoría de preguntas consiste en expandir las posibilidades; es decir, en lograr que los miembros de la familia describan un cuadro detallado de cómo serán los cambios producidos por el milagro en cada contexto donde ellos interactúan y, además, qué personas importantes en su vida advertirán tales diferencias de conducta, luego de ocurrido el milagro.

El siguiente ejemplo —el caso de un muchacho deprimido, de 14 años, y su madre— muestra la utilidad de esta clase de preguntas para fomentar la cocreación de un contexto propicio para el cambio.

Robert fue derivado a mi consultorio por el consejero escolar a causa de su “depresión”, “bajo rendimiento escolar” y “poca comunicación con sus pares”. El extracto que transcribo fue tomado de la primera entrevista, luego de que Robert y su madre respondieran negativamente a mis preguntas centradas en la excepción.

Terapeuta: Supongamos que regresan a casa esta noche y mientras duermen ocurre un milagro y el problema se resuelve. ¿Por qué dirán, a la mañana siguiente, que se ha producido un milagro? ¿Qué cosas serán distintas?

Robert: Bueno, me despertaré y me levantaré de la cama con una sonrisa en la cara y le diré a mi papá: “es hora de ir a la escuela”.

T: De modo que te “despertarás con una sonrisa en la cara”. ¿Y qué cosas diferentes harás en la escuela?

R: Escucharé más, prestaré más atención en clase, no preguntaré tanto, haré mi trabajo...

T: ¿Cuál de los maestros se sorprenderá más ante el nuevo Robert?

R: ¡Probablemente se desmayarán todos!

T: ¿Cuál se desmayará primero?

R: Supongo que el señor Johnson.

T: Luego de reanimar al señor Johnson, ¿qué será lo primero que diga con respecto a tu cambio de conducta?

R: “Robert, te has sacado un 10 en la prueba de matemática.”

T: ¿Cuál de los maestros se desmayará después?

R: Diría que la señora Williams.

T: Cuando se despierte, ¿cuáles serán sus primeras palabras al respecto?

R: “¡Buen trabajo, Robert!”

T: ¿Qué otras cosas serán diferentes en la escuela para ti?

R: Bueno, tendré un par de amigos...

T: ¿Dos amigos?

R: Sí. Hay un chico llamado Juan que he visto en mis clases.

T: ¿Te acercará a él o bien harás alguna otra cosa?

R: Me acercaré a Juan y le preguntaré si quiere comer un taco en el restaurante El Toro después de la escuela.

T: ¿Te parece que Juan es uno de esos que comen tacos? ¿Cómo distingues a una persona que come tacos de otra que no los come?

R: Por una simple razón... el color de la piel... Juan es hispano (*risas*).

T: ¡Oh! ¿Y que pasará en casa? Si tu padre estuviera sentado aquí, ¿en qué diría que has cambiado después de ocurrido el milagro?

Terminé la sesión con Robert y su madre dedicándole aproximadamente treinta minutos a la pregunta por el milagro. Además de interrogar acerca de los cambios que los padres notarían en Robert y en sus relaciones, incorporé al cuadro del milagro a los abuelos paternos y maternos y también a otros parientes. Puesto que Robert y su madre fueron capaces de describir con lujo de detalles cómo serían las cosas cuando el problema se hubiera resuelto, simplemente les aconsejé que actuaran según las conductas centradas en la solución que habían identificado en el cuadro del milagro.

La secuencia de manejo de la situación problemática

Con las familias que tienden a ser más pesimistas y no responden bien a la pregunta por el milagro, cambio de táctica y me limito a reflejar su postura pesimista, preguntándoles: “¿Por qué las cosas no están peor?”; “¿Qué es lo que usted y otras personas están haciendo para que la situación no empeore?”. Una vez que los padres me responden con algunas excepciones específicas, cambio nuevamente de táctica, amplifico las estrategias que están usando para solucionar el problema y les pregunto: “¿Cómo se les ocurrió semejante idea?”; “¿Cómo fueron capaces de hacer eso?”; “¿Qué tendrían que seguir haciendo para lograr que eso ocurra más a menudo?”

En el siguiente ejemplo de caso utilizo la secuencia de manejo de la situación problemática (Bergy Gallagher, 1991) con June, una madre soltera afroestadounidense que se mostraba muy pesimista con respecto al cambio de Sid, su hijo de 16 años.

Sid tenía problemas de larga data. Su rendimiento escolar era bajo y solía faltar a clase sin permiso. A poco de comenzar la primera entrevista me sentí estancado haciendo “más de lo mismo” (Watzlawick *et al.*, 1974). Es decir, formulando preguntas centradas en la excepción que eran rebotadas de inmediato por las respuestas de June: “Siempre ha tenido un bajo rendimiento escolar”; “Está faltando a clase”; “Tiene una pésima actitud”. Cuando le formulé la pregunta por el milagro, no pudo imaginarse que Sid cambiara alguna vez o que ella fuese capaz de hacer algo diferente para modificar su conducta. Sid, por el contrario, podía enumerar muchas conductas milagrosas, dos de las cuales ya se habían producido: ¡completar sus deberes y concurrir a la escuela! No obstante, June no había mencionado ninguno de estos cambios importantes al principio de la sesión.

June: Mire, eso es justamente lo que no me gusta de él... tiene mucha rabia dentro de sí mismo... Ni siquiera estoy segura de que haya ido ayer a la escuela... Usted sabe, él es mi hijo y...

Terapeuta: Seré curioso, ¿por qué las cosas no están peor?

J: Bueno, él vive en un buen ambiente... Quiero decir, no se ha criado en los barrios bajos.

T: ¿Qué más ha hecho para impedir que las cosas empeoren?

J: Le hago ver esos programas educativos que dan en la televisión... charlamos mucho... bromeamos, jugamos... Sólo es rebelde a veces.

T: Sí, los adolescentes suelen ser muy rebeldes a veces. ¿Qué otras cosas está haciendo usted para evitar que las cosas empeorasen? Quiero decir, él podría fugarse, meterse en la droga, ¡pero incluso vino a la sesión de terapia!

J: ¡Sí, es un verdadero milagro! No sé... supongo que mantengo abiertas las líneas de comunicación...

T: ¿Y cómo lo hace?

J: Bueno, siempre estoy disponible para Sid y en ocasiones le hago saber que me intereso por él y que me siento orgullosa... El otro día hasta llegué a elogiarlo. Yo tenía que salir a comprar comida y le pedí que me esperara en casa... ¡Y él me esperó!

T: ¡Grandioso! ¿Cómo logró que hiciera eso?

J: Sí, me sentí orgullosa de que hubiera ido a la escuela esta semana... al menos algunos días.

T: De modo que usted ya ha notado ciertos pequeños progresos. ¿Cómo logró que eso ocurriera?

J: Supongo que... manteniendo abiertas las líneas de comunicación... haciéndole saber que no debe andar fastidiando a mamá. Cuando mamá dice algo, ¡lo dice en serio!

T: Eso es, “no andar fastidiando a mamá”.

Como los lectores podrán observar claramente, en el proceso de la entrevista dimos un giro de 180 grados. Al limitarme a reflejar el pesimismo de June, pude encauzar nuestra conversación terapéutica en una dirección positiva que produjo importantes excepciones parentales. Terminé la entrevista dándole a June una tarea de observación para que continuara registrando las diferentes cosas que hacía respecto de Sid y que resultaban más útiles para revertir la situación en el hogar y en la escuela.

Preguntas por la escala

Las preguntas por la escala (de Shazer, 1985,1991) sirven para obtener una medición cuantitativa del problema familiar antes del tratamiento y en el presente, y también del lugar en donde desearían colocarse los miembros de la familia al cabo de una semana. Esta categoría de preguntas constituye una herramienta valiosa para determinar el objetivo y mantener claro el foco durante el curso de la terapia. Una vez que la familia ha identificado y calificado la situación problemática en una escala del 1 al 10, la tarea del terapeuta consiste en negociar con los padres y el adolescente lo que tendría que hacer cada una de las partes para obtener al menos medio punto o un punto entero en la escala al cabo de una semana. Siempre les doy a mis pacientes el beneficio de la duda cuando anuncian un aumento en las calificaciones en la segunda sesión y en las subsiguientes. Por ejemplo, si en la segunda sesión un padre me informa que se ha calificado con un 5 o un 6, le concedo un 6 — (seis menos). Las preguntas sobre la escala sirven para medir el nivel de confianza del paciente en cuanto a la posibilidad de resolver su problema. A un padre que discute a menudo con su hijo puedo preguntarle: “¿Cómo se calificaría en una escala de 1 a 10, en donde el 10 significa tener absoluta confianza en la solución del problema?”. Una vez que los padres me dan el número de la escala, les pregunto qué harán para obtener un puntaje más alto. Y entonces la respuesta se transforma en el objetivo inicial de la terapia. Después de emplear la secuencia de la pregunta por el milagro (de Shazer, 1988), pueden utilizarse las preguntas por la escala para negociar con la familia un objetivo de tratamiento bien formulado (de Shazer, 1991) (véase la figura 3.2.). Por último, en los casos más crónicos de adolescentes que han tenido múltiples experiencias terapéuticas, puedo revertir

la escala, en cuyo caso el 10 indica el peor puntaje de la situación problemática y el 1 el mejor.

El consejero escolar de Marie la envió a mi consultorio por “fugarse” y tener “problemas familiares”. Según el consejero, la madre de Marie era una alcohólica. Durante la primera entrevista, la madre se mostró sumamente pesimista y opinó que “la terapia no servía” y que “no había funcionado en el pasado”. Cuando le pedí que calificara según la escala la actitud beligerante de Marie, la entrevista se volvió más centrada y la madre menos negativa. Incluso fijó dos objetivos de tratamiento para su hija: dejar de escaparse y de pelear con ella todo el tiempo. Para mi sorpresa, logré que la madre aceptara trabajar primero en el problema de las disputas, en lugar de ocuparse del objetivo monolítico de impedir las fugas.

Terapeuta: En una escala del 1 al 10, donde 10 significa lo mejor y 1 lo peor, ¿cómo hubiera calificado la conducta beligerante de Marie hace cuatro semanas?

Madre: Probablemente con un 2. Pero cuando se escapó la última vez las cosas llegaron al colmo y ahora está en penitencia.

T: ¿Cómo la calificaría hoy?

M: Bueno, se ha portado bastante bien últimamente... le daría un 6.

T: ¡Grandioso! Eso significa un verdadero salto para Marie. ¿Cómo logró que pasara de un 2 a un 6 en la escala?

M: Bueno, la he puesto en penitencia el fin de semana y he tratado de ser menos explosiva que de costumbre.

T: ¿Qué tendría que hacer Marie para conseguir un 7?

M: Supongo que escucharme sin armar pelea. Si aguantase dos días sin pelearme le daría un 7.

T: ¿Hay algo diferente que pueda hacer por Marie la semana próxima y que la ayude a obtener un 7?

M: En realidad, el cambio depende de ella, pero supongo que yo podría estallar un poco menos.

Luego de reunirme a solas con la madre a fin de negociar en detalle el objetivo del tratamiento, me reuní con Marie antes del descanso de quince minutos. Mi propósito era averiguar si aceptaba el objetivo de su madre, e investigar juntos si tenía un objetivo aparte o si deseaba que yo intercediera ante su madre para obtener algunos privilegios. Marie me confesó que podía estar dos días sin pelearse con su madre.

Una semana después volvieron al consultorio. Según me informó

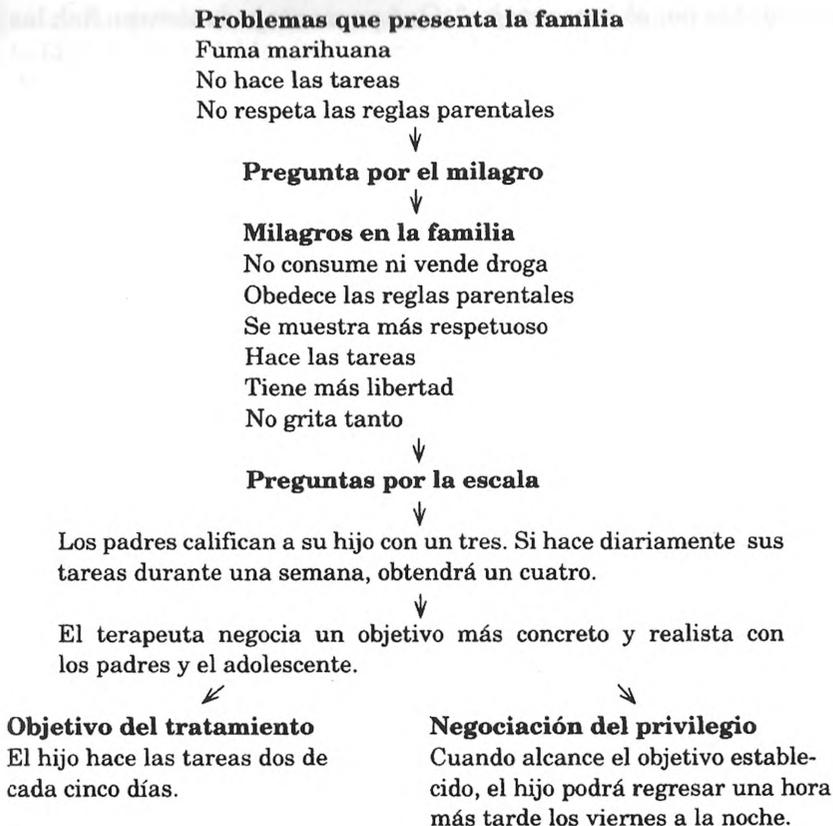


Figura 3.2. Establecer un objetivo de tratamiento bien formulado.

la madre, Marie “llegó a 9”, pues “se pasó una semana entera sin pelear, ¡ni siquiera una vez!”. El resto de la segunda sesión lo dediqué a amplificar los cambios ocurridos en la familia.

Preguntas por el porcentaje

Al igual que las preguntas por la escala (de Shazer 1985, 1991), las preguntas por el porcentaje permiten enfocar con claridad el tratamiento y medir cuantitativamente los progresos producidos durante la terapia en el área del objetivo familiar. También suministran a la familia una descripción doble (White, 1986) de la situación problemática, que puede abrir el camino a nuevas posibilidades. Los siguientes son ejemplos de

preguntas por el porcentaje: “¿Qué porcentaje de tiempo Bob les pide [a sus padres] que se hagan responsables de él?”; “¿Qué porcentaje de tiempo eres responsable de ti mismo, Bob?”; “¿Qué porcentaje de tiempo luchas contra la bulimia y qué porcentaje te dejas vencer por ella?”

El siguiente ejemplo de caso ilustra la utilidad de estas preguntas para cocrear una doble descripción (White, 1986) del rótulo patológico que la madre emplea para calificar la conducta de su hija, con las descripciones del terapeuta, que aluden a conductas adolescentes más normales y fáciles de corregir.

Maijorie recurrió a terapia debido a los “trastornos de conducta” de su hija Sara, de 16 años. Sara “violaba” permanentemente “las reglas”, “discutía todo el tiempo” con Marjorie y, en ocasiones, “faltaba a la escuela sin permiso”. El siguiente extracto fue tomado de la primera entrevista.

Terapeuta: ¿Qué la trae ahora por aquí?

Marjorie: Mi hija Sara padece “trastornos de conducta”. Nunca me escucha, discutimos constantemente, viola mis reglas y apostaría a que no siempre va a la escuela... y...

T: ¿Cómo sabe que padece “trastornos de conducta”?

M: Bueno... eso es lo que pensó el consejero estudiantil... ¿Usted qué opina?

T: Seré curioso, ¿qué porcentaje de la conducta de Sara corresponde a la típica rebeldía de los adolescentes y qué porcentaje a actitudes simplemente odiosas?

M: Bueno... yo... jamás lo pensé en esos términos. Pero si tengo que darle porcentajes... diría que es un 60 por ciento rebelde y un 40 por ciento odiosa.

T: Ayúdeme, por favor. Hace cuatro semanas, ¿los porcentajes hubieran sido distintos?

M: Bueno, hace cuatro semanas el mayor porcentaje le hubiese correspondido a la rebeldía.

T: ¿Qué porcentaje, exactamente?

M: ¡Oh, en esa época me sacaba de las casillas! Digamos que le hubiera dado... un 90 por ciento a la rebeldía.

T: ¡Grandioso! ¿Cómo logró que sea rebelde sólo el 60 por ciento del tiempo? ¿Se ha comportado usted de una manera distinta?

M: Bueno, no grito tanto, salgo a pasear... *

T: ¿Qué más ha hecho para disminuir la rebeldía de Sara?

Pasé el resto de la sesión buscando otras excepciones significativas que no sólo le sirvieron a Marjorie para manejar mejor la conducta de su hija (normal en una adolescente), sino también para establecer una relación más cooperativa con Sara. Luego de tres sesiones de terapia, Maijorie se convenció totalmente de que su hija era una jovencita normal. En la última sesión, los porcentajes finales de Sara fueron: 50 por ciento rebelde y 50 por ciento odiosa.

La secuencia pesimista

Si después de emplear la secuencia sobre el manejo de la situación la familia sigue siendo pesimista con respecto al problema, cambio de táctica y me adapto a la pauta peculiar de respuesta cooperativa utilizando la secuencia pesimista (Berg y Gallagher, 1991). A pesar de los esfuerzos del terapeuta por darles esperanza y crear un contexto para el cambio, los padres muy pesimistas insisten en que la conducta de su hijo empeorará y que las consecuencias de sus actos serán lamentables. Por lo tanto, lo más sensato será conectarse con los padres en su propio nivel. A menudo, esta línea de interrogatorio les permite a los miembros de la familia generar estrategias útiles para manejar y resolver el problema. Los siguientes son ejemplos de preguntas pesimistas: “¿Qué cree usted que pasará si las cosas no mejoran?”; “¿Qué ocurrirá entonces?”; “¿Quién sufrirá más?”; “¿Quién se sentirá peor?”; “En su opinión, ¿qué es lo menos que puede hacer para lograr un pequeño cambio?”; “¿Qué pueden hacer los otros miembros de la familia?”; “¿Cómo impediría ahora que eso sucediese menos frecuentemente?” La secuencia pesimista también ayuda a los padres a recordar antiguas estrategias parentales que otrora tuvieron éxito y que pueden aplicarse a la situación crítica actual.

Preguntas para externalizar el problema

La externalización del problema (White, 1984,1985,1986, 1987, 1988a, 1988b; White y Epston, 1990) constituye una alternativa terapéutica eficaz cuando se trata de familias muy refractarias al cambio, que no responden bien a las preguntas centradas en la solución durante el proceso de la entrevista. El conflicto familiar se extemaliza como un estilo de vida, una carrera o una pauta problemáticos, o bien se lo objetiva como un

tirano opresor. Al externalizar el problema, es necesario emplear cuidadosamente el lenguaje y el sistema de creencias familiares con que se alude al conflicto. De otro modo, la nueva construcción de la situación problemática les resultará “demasiado insólita” y no la tendrán en cuenta (Andersen, 1991). Según Michael White (White y Epston, 1990), la externalización del problema tiene seis efectos:

1. Disminuye los conflictos improductivos entre las personas, incluyendo las disputas acerca de quién es el responsable del problema.
2. Reduce el sentimiento de fracaso que suele producir la persistencia del problema, a pesar de los esfuerzos por resolverlo.
3. Facilita la cooperación mutua. Las personas se unen para luchar contra el conflicto y librarse de la influencia que ejerce en sus vidas y en sus relaciones.
4. Ofrece nuevas posibilidades para que las personas tomen medidas positivas y protejan su vida y sus relaciones del problema y de su influencia.
5. Libera a las personas a fin de que puedan adoptar un enfoque más frívolo, más práctico y menos opresivo de los problemas “terriblemente serios”.
6. Ofrece opciones que permiten dialogar y no solamente monologar sobre el problema, (págs. 39-40)

El siguiente ejemplo ilustra la utilidad terapéutica de esta categoría de preguntas en el caso de una familia cuya pauta de interacción eran las acusaciones mutuas.

Los Brown estaban casados en segundas nupcias. Tanto Fred como Lisa habían tenido un matrimonio anterior muy tempestuoso, según informaron. La persona que constituía el problema de la familia era Sean, el único hijo de Lisa de su primer matrimonio. Sean robaba, alborotaba en la escuela y no respetaba los límites impuestos por su madre. Tampoco quería a Fred y no congeniaba con los hijos de éste. Durante la primera entrevista se produjeron disputas y acusaciones entre los subgrupos familiares. Todos mis intentos de sacar a luz las excepciones y utilizar las preguntas por el milagro se vieron frustrados. No obstante, los padres señalaron que las “acusaciones mutuas” habían incidido negativamente en su primer matrimonio y que sin duda eran un problema en el drama que estaba padeciendo la familia. Decidí entonces capitalizar la vieja pauta de las acusaciones mutuas externalizándola y sacando a Sean del foco del problema.

Terapeuta: ¿Cuánto hace que la pauta de las “acusaciones mutuas” los ha estado mortificando?

Fred: Bueno, estuve cinco años casado con mi primera esposa y con Lisa vivimos juntos desde hace dos años.

Lisa: Yo lidié nueve años con las “acusaciones” y aún hoy el padre de Sean e incluso Sean me culpan por todo.

Sean: ¿Me puedo retirar del consultorio? (*refiriéndose a Lisa*) ¡Estoy harto de sus tonterías! No hace otra cosa que saltarme encima todo el tiempo.

T: ¿Se dan cuenta de cómo las “acusaciones mutuas” interfieren en la relación, provocando continuos enfrentamientos?

F: El terapeuta tiene razón y ustedes lo saben. Debemos darle la espalda al pasado y dejar de atacarnos. Esta es nuestra familia y es preciso que funcione bien.

T: Seré curioso, Lisa. ¿Ha notado usted últimamente si en alguna ocasión, cuando está a punto de “saltarle encima” a su hijo, logra dominarse y hacer otra cosa?

L: En realidad, ayer estuve tentada de saltarle encima y decirle que me recuerda a su padre cuando deja sus cosas tiradas por toda la casa, pero en lugar de eso le pedí sencillamente que pusiera la ropa sucia en el canasto.

S: Sí, siempre me está gritando que soy un “puerco”.

T: Sean, creo que voy a chocar los cinco con tu madre por obtener semejante victoria sobre las “acusaciones mutuas” (*choqué los cinco con Lisa y, para mi sorpresa, Sean hizo lo mismo*).

El resto de la entrevista fue más positivo. Centramos nuestra atención en las cosas importantes que estaban haciendo los miembros de la familia para evitar la pauta de las acusaciones mutuas, y también en aquello que los llevaba a caer en la tentación de atacarse. Les asigné la tarea de observar diariamente cómo se las arreglaban para vencer dicha pauta. Asimismo, les aconsejé que se entrenaran para la gran batalla contra las “acusaciones mutuas”, ya que “las pautas son muy poderosas y no mueren fácilmente”. Sean fue el encargado de elaborar un programa de ejercicios para la familia, por ser “el verdadero atleta de la casa”. A Fred y a Lisa les encomendé que llevaran un registro de las derrotas y victorias obtenidas en el combate contra las “acusaciones mutuas”.

Preguntas centradas en el futuro

El futuro siempre es un terreno fértil pues no ha sucedido todavía. De modo que podemos ser coarquitectos y diseñar con

nuestros pacientes la clase de realidades futuras que ambicionan. Las investigaciones han demostrado que los individuos capaces de imaginar un futuro promisorio en las tareas que realizan se desempeñan mejor que aquellos que imaginan futuros fracasos (Sherman, Skov, Hervitz y Stock, 1981). En un estudio sobre la hipnosis, Spanos y Radtke (1981) y Spanos (1990) descubrieron que el hecho de concentrarse e imaginar acontecimientos futuros produce un poderoso efecto alucinatorio. Los individuos que participaron en la experiencia creían verdaderamente que sus imaginaciones eran realidades. Estudios de esta índole proporcionan una base empírica para el uso terapéutico de la imaginación y del futuro imaginado.

Las preguntas centradas en el futuro son particularmente útiles en los casos crónicos de familias “refractarias” al cambio y “atadas al pasado” (Tomm, 1987). Según Penn (1985), estas preguntas “promueven el ensayo de nuevas soluciones, sugieren acciones alternativas, fomentan el aprendizaje, descartan las ideas de redeterminación y son aplicables al modelo de cambio específico del sistema” (pág. 299). A continuación damos algunos ejemplos de esta categoría de preguntas:

“Cuando Johnny consiga trabajo, ¿quién será el más sorprendido de la familia?”

“¿Quién será el próximo en sorprenderse?”

“Si miráramos en mi imaginaria bola de cristal y hubieras superado la “rabia y amargura” [palabras del paciente] que te provoca tu padre, ¿qué diferencias veríamos en la relación entre ambos?”

“¿Qué más será distinto?”

“Cuando mire mi bola de cristal y vea que te comportas de una manera diferente, ¿qué cosas me impresionarán más en ti?”

“Si me mostrases una videocinta de tu familia luego de completar con éxito el tratamiento, ¿qué clase de cambios veré?”

“¿Qué otras cosas serán diferentes?”

La secuencia para rastrear el problema

Si el terapeuta ha agotado las posibilidades del modelo centrado en la solución, puede ser una buena alternativa terapéutica cambiar el rumbo y emplear el enfoque de terapia breve del MRI, centrado en el problema (Fisch *et al.*, 1982; Watzlawick *et al.*, 1974). En ese caso, la terapia no sólo se centrará en el intento de modificar la percepción que tiene la familia de la situación problemática, sino también en la interrupción de la secuencia de interacciones familiares que mantiene el conflicto. Las preguntas para rastrear el problema (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980) inducen a los miembros de la familia a describir en detalle, como en una videocinta, las pautas circulares de interacción en torno del problema que los preocupa. Luego de obtener esa información, el terapeuta especializado en terapia breve contará con varios puntos focales para interrumpir las pautas que realimentan el conflicto (véase en el capítulo 6 las estrategias de intervención sobre las pautas). Damos a continuación algunos ejemplos de esta categoría de preguntas: "Si usted me muestra una videocinta de cómo son las cosas cuando su hermano regresa borracho a casa [dirigiéndose a un hermano o hermana del paciente], ¿quién lo encara primero, su padre o su madre?"; "Una vez que su madre lo enfrenta, ¿qué hace su hermano?"; "¿De qué manera responde?"; "¿Qué sucede entonces?"; "¿Y luego?" Teóricamente, el terapeuta obtendrá, de los miembros de la familia, un cuadro detallado de las pautas familiares específicas que han mantenido el problema. La intervención sobre ese esquema (O'Hanlon, 1987) puede utilizarse entonces para interrumpir las pautas que realimentan el conflicto.

Preguntas conversacionales

Los enfoques narrativos de terapia familiar (Andersen, 1991; Anderson y Goolishian, 1988a; Deissler, 1989; Lussardi y Miller, 1991) están ganando popularidad en ese campo. El enfoque narrativo resulta especialmente eficaz para familias muy traumatizadas y refractarias al cambio que ya han tenido múltiples experiencias de tratamiento. También he descubierto que el enfoque es útil en los casos en que aparentemente

existen secretos de familia y se hallan involucrados auxiliares pertenecientes a sistemas más amplios. Según mi experiencia clínica, el empleo exclusivo del enfoque de terapia breve centrado en la solución puede bloquear a este tipo de familias, al cortar las largas historias saturadas de problemas de las cuales necesitan hablar. Las preguntas centradas en la solución pueden poner fin a la conversación terapéutica, impidiendo que los familiares se sientan libres de contar su versión específica del drama que padece la familia.

Las preguntas conversacionales (Anderson y Goolishian, 1988a; Anderson y Goolishian, 1988b) constituyen la herramienta principal de todo terapeuta narrativo, pues permiten que la conversación terapéutica se desarrolle fluidamente. Además, admiten varias respuestas y se elaboran desde una posición de “no saber”, opuesta a la de “saber de antemano”. Al formular las preguntas desde el “no saber”, nos colocamos en situación de aprendizaje (Anderson y Goolishian, 1988a). El hecho de que los miembros de la familia se sientan en libertad de repetir sus historias, los induce con frecuencia a revelar “lo no dicho aún” (Anderson y Goolishian, 1988b) y a generar nuevos significados y posibilidades. Los siguientes son ejemplos de preguntas conversacionales:

“Tú has visto a muchos terapeutas. ¿Por qué crees que fracasaron? ¿Qué cosas pasaron por alto?”

“Si yo me ocupara de una familia como la tuya, ¿qué me aconsejarías que hiciese para ayudarla?”

“¿Qué miembro de la familia tuvo la idea de recurrir a la terapia?”

“Si hubiera una pregunta que desearas que yo te formulara, ¿cuál sería?”

“Si hubiera algún problema en la familia al que aún no nos hemos referido, ¿cuál sería?”

“¿A qué miembro de la familia le resultaría más difícil hablar de ello?”

El siguiente ejemplo de caso ilustra la importancia de la flexibilidad terapéutica durante el proceso de la entrevista.

Comencé mi primera entrevista con Sharon y su madre utilizando preguntas centradas en la solución. Sharon, de 16 años, había venido a mi consultorio por un problema de jaquecas crónicas. Luego de muchos años de exhaustivos estudios, ni el médico de la familia ni los especialistas en cefaleas pudieron detectar alguna causa física que justificara los violentos dolores de cabeza que Sharon padecía desde los 12 años. Las preguntas centradas en la solución no habían sacado a luz las excepciones. Decidí entonces abandonar ese tipo de interrogatorio y probar con las preguntas conversacionales. El extracto que transcribo a continuación pertenece a la primera entrevista.

Terapeuta: ¿Quién te provoca los peores dolores de cabeza en tu familia?

Sharon: Mi papá. Es tan intolerante y conservador. Siempre criticando a los homosexuales, a los judíos...

Madre: Sí, a veces se comporta en esa forma, pero está mejorando...

En el curso de la entrevista, Sharon parecía emocionalmente afectada cuando hablaba de su padre, de modo que decidí reunirme a solas con ella para darle la oportunidad de contar su historia, sobre todo cómo era la relación con el padre.

Terapeuta: Si hubiera algo de lo cual aún no se ha hablado en la familia, ¿qué sería?

Sharon: *(comienza a estremecerse y a sollozar)* Bueno... bueno... *(estalla en llanto)* Pienso que soy homosexual... y tengo tanto miedo de que mi papá se entere y no vuelva a dirigirme la palabra. Por favor, no se lo cuente a mamá *(los sollozos sacuden su cuerpo)*.

T: No diré una sola palabra hasta que estés dispuesta a hablar de ello. ¿Desde cuándo piensas que eres homosexual?

S: Desde sexto grado, aproximadamente.

T: Una carga demasiado pesada para llevar en la cabeza, ¿no es cierto?

S: Diría que sí. El lugar más seguro para volcar mis pensamientos sobre el tema son las tareas que me asignan en las clases de taller literario. Allí personifico a los distintos personajes de los cuentos. A veces soy un hombre, a veces mitad varón, mitad mujer.

En las sesiones siguientes Sharon y yo continuamos hablando de la elección de su estilo de vida. Para mi sorpresa, en la segunda sesión le confesó a su madre que era homosexual. Esta se sintió muy conmovida en un principio, pero después de tres sesiones familia-

res pudo aceptar el hecho. Fue una experiencia “digna de ser noticia” para la madre, puesto que permitía dar cuenta de los dolores de cabeza de Sharon relacionados con el estrés y de sus reacciones exageradas cuando el padre criticaba a los homosexuales. La madre también logró que su marido fuese más comprensivo con Sharon.

Preguntas para consolidar el cambio

Esta categoría de preguntas no sólo es eficaz para amplificar los cambios familiares previos al tratamiento, sino también para reforzar los que se producen en el transcurso de la segunda sesión y las subsiguientes. En ocasiones, recorro a mi imaginaria bola de cristal (de Shazer, 1985) y a la metáfora de la videocinta (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989) a fin de que los pacientes proporcionen una descripción visual de cómo habrán mejorado las cosas en un período de dos semanas a seis meses a partir de la primera entrevista. Los siguientes son ejemplos de esta categoría de preguntas:

“¿Qué tendrías que hacer para que estos cambios continuaran?”

“¿Cómo lograste que eso sucediera?”

“¿Qué tendrías que hacer para sufrir un retroceso?”

“¿Cómo volverías al buen camino?”

“Si te invitara a participar en mi próximo grupo de padres en calidad de asesor, ¿qué consejos y observaciones útiles les darías?”

“Supongamos que ésta fuese nuestra última sesión. ¿Qué cosas divertidas estarías haciendo durante la sesión?”

“Si miráramos en mi imaginaria bola de cristal lo que sucederá dentro de tres semanas, ¿qué nuevos cambios veríamos?”

Cuando el terapeuta especializado en terapia breve conduce una entrevista sistèmica con un propósito determinado, debe leer cuidadosamente la realimentación verbal y no verbal de la familia y estar preparado para pasar de una categoría a otra de preguntas en cualquier momento. Al “estar cerca” de la familia, dejamos un espacio para lo conocido y abrimos un camino hacia nuevas posibilidades.

La mecánica de la entrevista en la terapia familiar breve centrada en la solución

Luego de establecer un buen *rapport* con cada miembro de la familia, inicio la entrevista buscando el desencadenante que los ha llevado a terapia en ese momento y averiguo si se han producido cambios previos al tratamiento. En la entrevista inicial, trato de que los miembros de la familia participen lo antes posible en la conversación sobre el cambio (Gingerich *et al.*, 1988) e intento trasladarlos al futuro mediante las preguntas presuposicionales (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). A veces, el hacer que los miembros de la familia hablen solamente de los cambios presentes y futuros basta para disipar la idea de que tienen un conflicto. Esto lo he comprobado en los pacientes que muestran cambios significativos previos al tratamiento. Cuando los padres identifican un área problemática que desean cambiar en el adolescente, desconstruyo el problema a fin de transformarlo en una conducta fácil de modificar, y negocio con la familia un objetivo de tratamiento más accesible y realista. Las preguntas por el milagro (de Shazer, 1988), por la escala (de Shazer, 1985) o por el porcentaje son herramientas útiles durante el proceso de determinación del objetivo. No obstante, si es imposible negociar un objetivo entre los padres y el adolescente, si las interacciones en el cuarto de terapia resultan destructivas y las preguntas por el milagro (de Shazer, 1988) no bastan para identificar las excepciones y determinar el objetivo del tratamiento, separo entonces a la familia y me reúno con los subsistemas.

Intercambiar ideas con los padres

Cuando me reúno a solas con los padres, dedico mi tiempo a analizar con ellos las soluciones intentadas en el presente y en el pasado y a negociar un objetivo de tratamiento aparte. En esos casos, acostumbro formular las siguientes preguntas: "¿Hay algo que ustedes ya han hecho antes por su hijo, que además sirvió para resolver otros problemas y que podríamos intentarlo ahora?"; "¿Hay algo que quisieron probar con su hija pero que, por alguna razón, pensaron que no funcionaría?" Esta clase de preguntas capitaliza los recursos y la creatividad de los

padres al tiempo que los ayuda a elaborar soluciones potenciales. Por otra parte, subrayo la creatividad y los recursos parentales con expresiones de aliento, lo que ayuda a que estas soluciones potenciales se vuelvan “dignas de ser noticia” para los padres. Cuando establezco un objetivo de tratamiento aparte, ello significa que deben ensayar nuevas conductas con su hijo adolescente; por ejemplo, no gritarle al menos dos de cada siete días de la semana. A veces, los padres son incapaces de identificar rápidamente el objetivo del tratamiento, pero desean hacer algo para modificar la conducta problemática del hijo. Si me piden que les asigne una tarea, siempre tengo en cuenta la pauta peculiar de respuesta cooperativa de la familia y les asigno una tarea de observación (Molnar y de Shazer, 1987) o bien la tarea de “hacer algo diferente” (de Shazer, 1985).

Fortalecer al adolescente

Me agrada dedicar el tiempo de sesión individual con el adolescente para incrementar el *rapport*, determinar un objetivo aparte de tratamiento, negociar el objetivo de los padres, permitirles que cuenten sus historias acerca de la situación familiar y averiguar si desean que interceda ante sus progenitores para obtener algún privilegio. Puesto que la mayoría de los adolescentes difíciles son “visitantes” (de Shazer, 1988), acepto cualquier objetivo que se hayan propuesto, aunque no siempre esté relacionado con la situación que los trae a terapia. Sin embargo, he comprobado en mi experiencia clínica que cuando el terapeuta establece un buen *rapport* con el joven, éste suele aceptar lo que el terapeuta y los padres le piden, especialmente si la recompensa implica la obtención de algún privilegio. En los casos de adolescentes, el terapeuta especializado en terapia breve debe comportarse como un negociador intergeneracional. La mayoría de los jóvenes tiende a cooperar con los terapeutas que prestan atención a *sus* objetivos y expectativas, y no solamente al deseo de los padres. Me agrada preguntar a mis jóvenes pacientes: “¿Cómo puedo ayudarte?”. Esta pregunta conversacional da lugar a que identifiquen sus objetivos y expectativas, señalen los privilegios que desean obtener y relaten la historia del drama familiar. En el capítulo 4 analizaré seis estrategias eficaces para lograr una buena relación con los adolescentes difíciles.

Trabajar con un equipo reflexivo

El equipo reflexivo colabora conmigo aproximadamente cuarenta minutos (Andersen, 1987, 1991; Lussardi y Miller, 1991), observa la sesión detrás del vidrio espejado e ingresa al cuarto de terapia mientras la familia y yo nos colocamos detrás del espejo para escuchar sus reflexiones acerca de la entrevista. Los miembros del equipo reflexionan por turno sobre las fuerzas, recursos y temas significativos de la familia, elogian las excepciones importantes, ofrecen nuevas construcciones de la situación problemática y juzgan la capacidad del terapeuta a cargo de la intervención para cooperar con la familia y ayudarla en el proceso de cambio. Según Lussardi y Miller (1991), "el hecho de pasar de una única explicación a varias es lo que permite la información, los nuevos significados y la posibilidad de que se produzcan nuevas conductas" (pág. 235). Cuando los miembros del equipo reflexionan, deben comenzar por expresiones tales como: "estoy asombrado por..."; "estoy impresionado por..."; "me parece que..."; "estoy perplejo por..."; "podría ser..." o "me pregunto si...". Es importante que no bombardeen a la familia con demasiadas ideas y que utilicen cuidadosamente en sus reflexiones el lenguaje y el sistema de creencias de la familia a fin de "estar cerca" de ella.

Otra forma útil del equipo reflexivo es tener dos terapeutas en el cuarto de terapia: uno como observador y el otro a cargo de la entrevista familiar. Durante el descanso, los terapeutas reflexionan delante de la familia y, acto seguido, ésta reflexiona sobre la conversación de los terapeutas. Tal modalidad se usa preferentemente con las familias que piden la presencia de un miembro del equipo en el cuarto de terapia.

He observado que, cuando las familias escuchan detrás del vidrio espejado, parecen totalmente absortas en las reflexiones del equipo e incluso caen en una especie de trance. En efecto, he visto con frecuencia asentimientos de cabeza (respuestas hipnóticas pertenecientes al conjunto afirmativo), padres que sonríen o se enjugan las lágrimas y expresiones no verbales de afecto que intercambian los miembros de la familia. A menudo las reflexiones del equipo logran que las excepciones sean más "dignas de ser noticia", modifican las creencias obsoletas sobre la situación y dan lugar a que algún miembro de la familia

revele lo “no dicho aún” (Anderson y Goolishian, 1988b). Una vez terminada la conversación del equipo, cambiamos nuevamente de cuarto y la familia y el terapeuta a cargo de la entrevista reflexionan sobre las reflexiones del equipo.

Puesto que el equipo produce un efecto tan poderoso en la familia, no siempre es necesario proponerle una tarea terapéutica. Pero si luego de analizar conmigo la conversación del equipo, parece que los miembros de la familia no consideran estas reflexiones “dignas de ser noticia” y persiste una fuerte preocupación acerca de un problema específico del cual se desean ocupar activamente, les pregunto entonces si quieren que les asigne una tarea para el hogar. En tal caso, invito al equipo a ingresar al cuarto de terapia e intercambiamos ideas a fin de diseñar o seleccionar una o dos tareas terapéuticas que se adecúen a la pauta peculiar de respuesta cooperativa de la familia. Luego les presentamos las tareas que hemos diseñado o seleccionado y le pedimos a la familia que elija una de esas opciones. No obstante, en algunas entrevistas iniciales el equipo y yo sólo podemos ofrecerle una única tarea que se ajuste a la pauta peculiar de respuesta cooperativa, en cuyo caso la recomendamos por ser la más productiva en ese determinado momento.

Cuando trabajo solo, me tomo un descanso y “me reúno conmigo mismo” para reflexionar sobre la historia de la familia, idear cumplidos y diseñar o seleccionar una tarea terapéutica adecuada. Antes de tomarme el descanso, les pregunto a los miembros de la familia si quieren que les asigne una tarea. Después de mi breve descanso, los elogio por sus fuerzas y recursos, les ofrezco nuevas construcciones de la historia familiar y les doy una tarea terapéutica para que experimenten con ella. Si la familia se presenta como “visitante” y no pide que se le asigne tarea alguna, me limito entonces a comunicarles mis reflexiones.

A esta parte de la sesión la llamo “el editorial”. Una vez concluido mi editorial, fijo la fecha de la próxima entrevista.

Normas para el diseño, la selección y la instrumentación de la tarea terapéutica en la primera entrevista

En esta sección del capítulo presentaré normas útiles para el diseño, la selección y la instrumentación de las tareas terapéuticas en la primera entrevista. Por regla general, los elogios, las construcciones alternativas de la historia familiar y las tareas terapéuticas tienen lugar fuera del proceso de la entrevista. La tarea terapéutica diseñada o seleccionada debe ajustarse a la pauta peculiar de respuesta cooperativa de la familia. De Shazer y sus colegas del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee (Wisconsin) elaboraron un sistema preciso y sumamente práctico, denominado COMPENDIO (de Shazer, 1988; Gingerich y de Shazer, 1991), para ayudar a terapeutas y discípulos a decidir clínicamente qué tarea o tareas se han de seleccionar en cada situación específica. En mi opinión, el diagrama de flujo del COMPENDIO II (Gingerich y de Shazer, 1991) resulta muy útil cuando se trabaja con adolescentes difíciles y con sus familias. Presentaré a continuación algunas normas del COMPENDIO II para seleccionar la intervención terapéutica y daré ejemplos que muestran la utilidad de la tarea seleccionada.

La tarea formalizada de la primera sesión

Cuando una familia se presenta a la entrevista inicial con quejas vagas, el COMPENDIO II recomienda la "tarea formalizada de la primera sesión" (de Shazer, 1985, 1988; Gingerich y de Shazer, 1991). Puesto que se trata de una tarea poco específica, se adecúa a la pauta peculiar de respuesta cooperativa de la familia. De Shazer (1985) sostiene que es muy probable que la tarea funcione con este tipo de pacientes porque "la profecía dice que se advertirá algo digno de mención entre la primera y la segunda sesión y es muy probable que ello ocurra" (pág. 139).

Como hemos señalado anteriormente, para las familias "visitantes" que no pueden identificar un objetivo o un proyecto de trabajo conjunto, el COMPENDIO II recomienda sólo los elogios y no asignar ninguna tarea terapéutica (de Shazer,

1988; Gingerich y de Shazer, 1991). Los visitantes no hacen tareas porque no son clientes de la terapia, al menos en la primera entrevista.

Simular que el milagro ha sucedido

Si la familia es incapaz de identificar las excepciones, el COMPENDIO II propone que el terapeuta le asigne la tarea de “simular que el milagro ha sucedido”. El siguiente ejemplo ilustra la eficacia de la tarea en el caso crónico de un adolescente proclive a las actuaciones y su familia.

Paul fue derivado a terapia por padecer “trastornos de la atención” y por violar constantemente las reglas parentales, robar dinero a sus padres y golpear a su maestro. Tuvimos nuestra primera sesión luego de ser dado de alta en un hospital psiquiátrico local, en donde estuvo internado por golpear a su maestro. Durante la primera parte de la entrevista, intenté sacar a luz las excepciones, pero los padres contestaron negativamente a las preguntas centradas en la solución. Después de preguntarles por el milagro (de Shazer, 1988), pude enterarme de dos cambios significativos que les gustaría advertir en la conducta de su hijo: que “Paul ya no utilizara un vocabulario grosero con nosotros” y “no nos peleara cuando le decimos que no”. Por su parte, Paul recitó una larga lista de los cambios que se producirían en sus padres y en él una vez ocurrido el milagro. Cuando los padres volvieron a asumir una actitud pesimista luego de las preguntas por el milagro, decidí separar a la familia. Me reuní a solas con Paul y le pedí que eligiese dos días para simular una conducta que sus padres consideraran milagrosa, a fin de “sorprenderlos”. Paul pensó que era una idea “genial”, sobre todo la idea de observar cuán diferentes serían las reacciones de sus padres cuando él simulase. Una semana más tarde los padres regresaron a mi consultorio declarando que “¡tiene que haber sucedido un milagro!”. Mencionaron por lo menos ocho excepciones significativas en la conducta de Paul. Y lo más importante: “Paul no nos dijo groserías” ni “peleó” en toda la semana. En las sesiones siguientes les recomendé hacer más de lo que funcionaba. La terapia se completó con éxito en la cuarta sesión.

Hacer algo diferente

En los casos en que el objetivo de los padres no guarda relación con las excepciones registradas, el COMPENDIO II

recomienda la tarea de “hacer algo diferente” (de Shazer, 1985; Gingerich y de Shazer, 1991). Este tipo de intervención se denomina “llave maestra” y resulta especialmente útil con los padres que se involucran o reaccionan de forma exagerada. Les explico a los padres que su hijo adolescente les ha tomado el tiempo y que puede prever de antemano cada una de sus reacciones. Después de esta breve explicación sobre la necesidad de ser menos previsible, se les da a los padres la siguiente directiva: “a partir de este momento y hasta la próxima vez que nos veamos, me gustaría que cada uno de ustedes hiciera algo distinto, no importa cuán extravagante, insólito o ridículo pueda parecer” (de Shazer 1985, pág. 123).

El siguiente ejemplo muestra cómo la conducta aparentemente absurda de la madre pudo modificar los trastornos de conducta crónicos que padecía su hijo.

Deborah y su hijo Seth, de 17 años, fueron derivados a terapia porque este último se hallaba en libertad condicional, acusado de asalto y agresión, robo en los negocios, participación en bandas delictivas e inasistencia a la escuela sin permiso. Según Deborah, Seth “dirigía la batuta” en el hogar, “rompiendo cosas” cuando se enojaba y “ganándole todas las peleas por el poder”. Cuanto más “le gritaba” y trataba de ponerle límites, peor se portaba Seth. Deborah, no obstante hallarse al cabo de sus fuerzas, estaba dispuesta a intentar cualquier cosa por su hijo. Como Seth boicoteó la sesión inicial de terapia, tuve que intervenir a través de su madre, a quien le asigné la tarea de “hacer algo diferente”. Una semana más tarde Deborah volvió al consultorio diciendo que se habían producido cambios notables en la conducta de Seth. La madre decidió intentar algo distinto cada vez que el hijo trataba de sacarla de las casillas; por ejemplo, cantar la canción infantil “Rema, rema, rema en tu bote”. Eso desarmaba totalmente a Seth, cuyos comentarios al respecto eran del siguiente tenor: “¿Estás bien?”; “¿Qué pasa contigo?”; “Quizá tengas que ver más a menudo al terapeuta”. Aparentemente, cuanto más disparatada era la conducta de Deborah, mejor se comportaba el hijo. A partir de ese momento, Seth fue más respetuoso con su madre y evitó meterse en nuevos problemas legales. Lo que más me sorprendió fue que Seth se presentara a nuestra tercera sesión con el deseo de ayudar a su “chiflada madre”.

La tarea de predecir el futuro

El COMPENDIO II recomienda la tarea de predicción (de Shazer, 1988; Gingerich y de Shazer, 1991) para los casos en los que las excepciones registradas se producen espontáneamente y no son deliberadas. Dicha tarea suele desencadenar en los pacientes una profecía positiva de autocumplimiento. En el siguiente ejemplo, ni los padres ni su hija bulímica de 16 años pudieron explicar por qué esta última no “se atracaba y se purgaba” por lo menos dos veces a la semana.

Patricia y sus padres fueron derivados a terapia por la Health Maintenance Organization [Organización para el Mantenimiento de la Salud]. El psiquiatra que la había tratado durante un año le había diagnosticado “bulimia nerviosa”. Pero como “el problema de la bulimia persistía”, los padres decidieron recurrir a la terapia de familia. Apenas comenzada la primera entrevista, descubrí que los episodios de no “atracsarse y purgarse” ocurrían de manera aleatoria. Sin embargo, ni los padres ni Patricia podían explicar por qué se producían las excepciones. Decidí asignarle a la familia la tarea de predicción. La noche antes, los padres y Patricia tenían que predecir por separado si ésta sería capaz de “luchar contra la bulimia y no permitir que continuara mortificándola” y, al promediar el día siguiente, debían averiguar qué había hecho para salir victoriosa. La familia regresó a la semana siguiente e informó que habían vencido a la bulimia durante seis días. Tanto Patricia como los padres registraron muchas excepciones que contribuyeron a la victoria familiar sobre la bulimia. Puesto que la tarea había funcionado a la perfección, continué usándola en las sesiones siguientes.

Hacer más de lo que funciona

Por último, si la familia informa desde un principio la existencia de conductas excepcionales deliberadas, el COMPENDIO II recomienda que el terapeuta especializado en terapia breve “prescriba más de lo que funciona”. En estos casos, las tareas de observación (de Shazer, 1988; Molnar y de Shazer, 1987) son muy útiles para amplificar las pautas excepcionales de conducta en el presente y para registrar los nuevos cambios en la situación familiar.

Cuando la familia no pide que se le asigne una tarea

terapéutica o son “visitantes”, simplifico las cosas, me atengo a las normas del COMPENDIO II para la selección de la tarea terapéutica y no recomiendo ninguna tarea para el hogar. Sin embargo, algunos adolescentes difíciles y sus familias no responden muy bien si uno se limita a emplear solamente el enfoque básico de terapia breve centrado en la solución, y puede que necesiten más tiempo para contar sus historias, una intervención para interrumpir la pauta (O’Hanlon, 1987) o una estrategia terapéutica más compleja, como la que propone Michael White (White y Epston, 1990). Analizaré con más detalle estas estrategias en el capítulo 6.

Conclusión

La primera entrevista constituye el principio y el fin del tratamiento. La capacidad del terapeuta especializado en terapia breve para establecer *rappport*, conducir la entrevista con vistas al cambio y seleccionar la tarea terapéutica más apropiada en la sesión inicial, determinará de manera significativa los resultados que habrá de obtener el paciente.

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

4

Estrategias eficaces para establecer una buena relación con adolescentes difíciles

Establecer una buena relación con un adolescente difícil puede ser una tarea ardua aun para los terapeutas más experimentados. Con frecuencia estos jóvenes fueron rotulados como “refractarios”, “no cooperativos”, “rebeldes a la autoridad” y “carentes de motivaciones”, por las personas que me los derivaron u otros auxiliares. En muchos de esos casos, los terapeutas anteriores probaron soluciones del tipo “más de lo mismo” (Watzlawick *et al.*, 1974); por ejemplo, “hacer que los padres se ocupen del adolescente” sin tener en cuenta las necesidades del joven en relación con ellos. A menudo, los terapeutas realizaron la mayor parte de las intervenciones a través de los padres y no establecieron una buena relación con el adolescente o no lograron averiguar qué resultados esperaba obtener el joven de la terapia. Considero que es posible producir cambios simultáneos en los padres y en el adolescente. En este capítulo presentaré seis estrategias para relacionarse con el adolescente, que aprovechan las fuerzas y los recursos del joven y ayudan a fomentar una relación terapéutica cooperativa. Se darán ejemplos a fin de ilustrar la utilidad de dichas estrategias en los casos de adolescentes difíciles.

El humor y la sorpresa

Se ha comprobado empíricamente que el uso del humor por parte del terapeuta constituye una herramienta eficaz para establecer una buena relación con adolescentes difíciles (Alexander, Barton, Schiavo y Parsons, 1976; Newfield, Kuehl,

JoanningyQuinn, 1991; Parsons y Alexander, 1973;Selekman, 1989a, 1989b). Según los informes, a los adolescentes les gustan los terapeutas joviales, con sentido del humor y que crean un clima terapéutico alegre. Ante cada nuevo caso, presto especial atención a los aspectos cómicos de la historia familiar y los utilizo para establecer una buena relación con el paciente y diseñar la tarea terapéutica. Asimismo, aprovecho las posturas corporales graciosas del adolescente para mejorar la relación con él. Por ejemplo, he conducido algunas sesiones familiares sentado en una posición ridiculamente desgarbada para reflejar la conducta no verbal del adolescente, lo cual suele provocar risas en la familia y en el joven. Revelo deliberadamente acontecimientos cómicos de mi propia adolescencia, a fin de que el adolescente considere normales los problemas que presenta en una etapa específica de crecimiento. Por último, a veces cuento chistes graciosos que permiten al joven y a sus padres encarar la situación de un modo distinto y aligerar la atmósfera de la sala de terapia.

El siguiente ejemplo de caso muestra cómo un chiste dicho por el terapeuta en el momento oportuno, y que de alguna manera refleja la historia familiar, puede inducir a la familia a interpretar de otro modo la situación problemática.

Los padres habían llevado a Jim a terapia debido a su actitud "antisocial" y al abuso de alcohol y de marihuana. Según los padres, Jim "aturdía durante horas con esa música terrible" después de la escuela. Creían que el *heavy metal* "fomentaba su actitud antisocial" y el abuso de drogas. Durante un año los padres habían tenido grandes peleas con Jim por la música *heavy metal* y por el abuso de drogas. El siguiente extracto fue tomado de la primera sesión familiar. Como la atmósfera era tensa, decidí arriesgarme y les conté un chiste que había escuchado sobre la música *heavy metal*.

Terapeuta: Hace poco estuve en un teatro cómico y escuché un chiste muy gracioso sobre la música *heavy metal* que me gustaría contarles a ustedes, pues creo que los va a hacer reír mucho. Seguramente conocen toda la polémica que hubo en la televisión sobre los mensajes subliminales que supuestamente transmiten los discos *heavy metal* a los adolescentes: "Arrójate del puente", "Liquida a tu perro", etcétera. Bien, imaginen la siguiente escena: los jóvenes llegan corriendo a casa desde la escuela, escuchan sus discos *heavy metal*

haciéndolos girar al revés, y el mensaje subliminal es: “¡Corta el césped!” “¡Corta el césped!” ¡Y todos los adolescentes cortan el césped! Los padres entran en éxtasis y se desmayan...

Padre: (*riéndose*) ¡Qué gracioso!

Madre: (*riéndose*) ¡Yo probablemente me desmayaría!

Jim: (*con una sonrisa en la cara*) Realmente entrarían en éxtasis si yo cortara el césped... Odio hacerlo. (*Dirigiéndose a la madre*) ¿Te desmayarías si cortara el césped?

M: No lo has hecho desde que tenías 10 años...

P: Probablemente me desmayaría porque casi nunca haces algo en casa.

T: (*Dirigiéndose a Jim*) Parece que tus padres no creen que puedas hacerlo. Pero estoy de acuerdo contigo en que “entrarían en éxtasis” si cortaras el césped. ¿Quién de ellos se desmayará primero?

J: Probablemente papá.

P: Gracias, hijo, pero puede que tengas razón. Soy más sensible a las sorpresas que Margaret [la madre].

T: Cuando tu padre se desmaye luego de que hayas cortado el césped, ¿le tirarás un cubo de agua para revivirlo?

J: Sería divertido... (*riéndose*) No... Creo que esperaría a ver cómo entra en éxtasis cuando ve el gran trabajo que hice con el césped.

Luego de analizar en detalle las reacciones de los padres en caso de que Jim cortara el césped, se distendió el clima de la sala de terapia y la interacción familiar cambió notablemente. Los padres y Jim decidieron de común acuerdo que cortar el césped sería un buen objetivo inicial de tratamiento. En el transcurso de una semana, Jim no sólo cortó el césped sino que bajó el volumen del equipo de música, y los padres no registraron signos de consumo de drogas. Como recompensa por su buen comportamiento, los padres llevaron a Jim a uno de sus restaurantes italianos favoritos y le compraron auriculares para que “se aturdiere con su música todo lo que quisiera”.

En las sesiones de terapia con adolescentes trato, en la medida de lo posible, de mantener un clima alegre y animado y de dejar lugar para la sorpresa y la improvisación. El siguiente caso ofrece un buen ejemplo de cómo mis sesiones terapéuticas asumen la forma de un representación teatral improvisada.

William, de 15 años de edad, estudiante de primer año, “deprimido”, me fue enviado por tener “pensamientos suicidas ocasionales”, “escasa aptitud social” y “bajas calificaciones”. William y su madre llegaron a la sesión muy preocupados por los problemas del muchacho.

Luego de formularles la pregunta por el milagro (de Shazer, 1988), logré extraer numerosas excepciones útiles y creé, junto con la familia, un contexto para el cambio. Una excepción importante era que William asistía a clases de artes marciales. Con el fin de fortalecer al joven y refutar la historia dominante (White y Epston, 1990) según la cual William estaba “deprimido”, le pedí que nos hiciera al equipo (colocado detrás del vidrio espejado) y a mí una demostración en vivo de sus mejores tomas de yudo y golpes de karate. Luego de su excelente actuación, el equipo salió de detrás del vidrio, entró en el cuarto, y todos juntos lo ovacionamos de pie. Después de que el equipo salió del cuarto, le comenté a la madre que “debía sentirse muy segura al lado de William”. Asimismo le pedí a William que me dejara tocar sus bíceps. Mientras lo felicitaba al final de la sesión, le conté que a los miembros del equipo y a mí nos gustaría tomar lecciones de artes marciales con él. Una amplia sonrisa iluminó su rostro ante el elogio. Luego de cuatro sesiones de terapia, William mejoró sus calificaciones, hizo dos amigos en la escuela y ya no manifestó ningún signo de depresión.

La utilización

La estrategia de la *utilización* fue creada por Erickson (de Shazer, 1985; Erickson y Rossi, 1983; Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Gordon y Meyers-Anderson, 1981; O’Hanlon, 1987). Mientras establecía *rapport* con sus pacientes, Erickson prestaba suma atención a las fuerzas y recursos específicos que podía utilizar en las áreas problemáticas que éstos presentaban. Erickson creía que los terapeutas deben alentar a los pacientes a hacer lo que mejor saben hacer, aprovechando sus fuerzas y recursos (Gordon y Meyers-Anderson, 1981). El siguiente ejemplo de caso ilustra la eficacia terapéutica de la estrategia de la utilización en un caso difícil.

Ramón, un muchacho latino de 16 años de edad, fue llevado a terapia por su madre, Juanita, debido a su conducta agresiva y violenta en la escuela y en la casa. Desde hacía tres años, Ramón peleaba constantemente en la escuela, discutía con los docentes, agujereaba a puñetazos la pared de su cuarto y amenazaba con golpear a su madre. Ramón había hecho terapia individual dos veces antes, pero su conducta no había cambiado. Juanita se había divorciado del padre de Ramón hacía tres años. Atribuía la agresividad y la violencia de Ramón a la conducta físicamente abusiva de su padre.

Aparentemente, éste solía golpear a Juanita delante de Ramón y castigaba a su hijo duramente con un cinturón. Desde el divorcio de los padres, Ramón no había tenido ningún contacto con su padre.

Al comenzar la primera entrevista me di cuenta de que Ramón era un artista muy talentoso. En efecto, tuve el lujo de ver algunos de sus mejores dibujos en la carpeta que trajo a la sesión. A Ramón le gustaba dibujar a los superhéroes de las historietas, como, por ejemplo, "Hulk", "Los fantásticos cuatro", "Thor", etcétera. Sin embargo, durante el último año, había utilizado gran parte de su talento artístico para dibujar "supervillanos" de aspecto siniestro que "matarían a los buenos" y "dominarían el universo". Mientras admiraba los dibujos de Ramón, observé que su trabajo lo llenaba de orgullo y de alegría, y que le gustaba que yo me interesara en sus dotes artísticas. Me contó además que algunos de los momentos más creativos en los que imaginaba nuevos "supervillanos" ocurrían "después de una pelea" con su novia o con su madre, o después de un "mal día en la escuela". Luego de conocer esta excepción importante, comencé a pensar cómo podía utilizar las dotes artísticas de Ramón y la estrategia constructiva para manejar la situación en el área problemática.

Antes de reunirme a solas con Ramón, pasé parte de la sesión con Juanita a fin de encontrar excepciones y soluciones útiles intentadas en el pasado. Juanita no podía identificar ninguna excepción ni imaginar milagros futuros en la conducta de Ramón. Antes de nuestra primera sesión familiar había llamado a la policía porque Ramón la había amenazado. El joven había empezado a culparla por su conducta agresiva, alegando que ella le "gritaba demasiado". Juanita reconoció que había momentos en que su reacción desmedida provocaba una mayor agresividad en la conducta de Ramón, y así sucesivamente. En la reunión con Juanita, le pregunté si aceptaría una tarea para el hogar que me permitiría ayudar a su hijo. Juanita decidió experimentar con la tarea de observación (Molnar y de Shazer, 1987) que yo quería asignarle y que consistía en prestar atención a las pautas de excepción que pudiera haber en la conducta de su hijo.

Durante el tiempo dedicado a la sesión individual con Ramón, decidí aprovechar sus dotes artísticas, en especial su capacidad de dibujar "supervillanos" de aspecto siniestro. Le pregunté a Ramón si estaría dispuesto a realizar un experimento que sería divertido y que asombraría a su madre. Le señalé además que otro de los beneficios del experimento era que su madre le "gritaría" menos. Ramón aceptó probar mi experimento. Le di las siguientes instrucciones:

"Cada vez que estés furioso por algo o con alguien [por un mal día en la escuela, con tu novia o con mamá], quiero que corras a tu

cuarto y dibujes los “supervillanos” más siniestros que tu mente creativa pueda imaginar. Quiero que sigas dibujando hasta que se te pase la furia. Estaré ansioso por ver los nuevos ‘supervillanos’ en tu carpeta de dibujos la semana que viene”.

Terminé la sesión familiar con cumplidos para Juanita y Ramón. Una semana más tarde, Juanita entró al consultorio y contó que los ataques de cólera y las conductas agresivas de Ramón habían disminuido notablemente. No había recibido “ninguna llamada de la escuela”. Juanita estaba muy sorprendida de que Ramón no le hubiera “hecho frente”. Ramón informó que su madre le “había gritado menos” y que “apenas habían reñido” durante la semana. Lo que más me sorprendió fue que Ramón hubiera decidido extender el experimento al contexto escolar. Me mostró con orgullo los nuevos “supervillanos” en su carpeta de dibujos. Las sesiones siguientes consistieron en prescribir más de lo que estaba funcionando, en consolidar los logros y en colaborar con el personal escolar interesado en el caso.

Ponerse del lado del adolescente

En mi práctica clínica con adolescentes difíciles y sus familias, descubrí que es muy provechoso brindar al adolescente un tiempo de sesión individual. Según las investigaciones, tanto el joven como sus padres esperan que los terapeutas hagan eso (Newfield *et al.*, 1991; Selekman, 1989a, 1989b). El tiempo dedicado a la sesión individual puede emplearse para mejorar la relación con el adolescente, negociar los objetivos de los padres, establecer un objetivo distinto y conocer los privilegios que los adolescentes desean obtener de sus padres. La mayoría de los jóvenes con problemas con los que trabajé se sorprendían bastante cuando les preguntaba: “¿Cómo puedo ayudarte?” En sus experiencias terapéuticas anteriores tenían prioridad los deseos de los padres respecto de cómo “debían actuar” los hijos o qué “tenían que cambiar”. Jamás se les formulaba preguntas como “¿Qué cosas de tus padres te gustaría que yo cambiara?”; “¿Quieres que interceda por ti ante tus padres para que te concedan un determinado privilegio?” Este tipo de preguntas abiertas proporciona al terapeuta información valiosa que puede utilizarse para negociar un contrato compensatorio con los padres. Al ponerse del lado del adolescente, el terapeuta puede

afianzar enormemente su alianza con el joven y ser un eficaz negociador intergeneracional para la familia.

En el siguiente ejemplo, presento un extracto tomado de mi primera sesión familiar con Julie.

Durante los últimos tres años Julie había estado en libertad condicional por hurto, tenencia de marihuana y ausencia a clases sin permiso. Había recibido numerosos tratamientos terapéuticos desde los 11 años. Ahora tenía 16 y los padres consideraban seriamente la posibilidad de enviarla a un internado. Durante la primera mitad de la sesión, pude determinar cuál era el objetivo del tratamiento para los padres: que Julie se levantara espontáneamente a la mañana, a tiempo para tomar el autobús escolar, por lo menos dos veces durante la siguiente semana de clases. El siguiente extracto fue tomado de mi sesión individual con Julie.

Terapeuta: Tus padres me han hablado mucho sobre las cosas que quieren que tú cambies, pero lo que realmente deseo saber de ti es: ¿cómo puedo ayudarte?

Julie: Bueno, siempre están retándome por cualquier tontería. Si necesito ropa nueva, me dicen “No fastidies”. Y cuando hago las cosas bien, como ir a la escuela o llegar a casa a horario, ni siquiera lo notan.

T: Eso debe de ser muy frustrante. Si hubiera algo que quisieras que yo cambiara en tus padres, ¿qué cosa sería?

J: Si lograra que dejaran de retarme tanto...

T: ¿Cuántos días por semana suelen “retarte”?

J: ¡Los siete días!

T: Bien, dado que te han retado durante tanto tiempo y con tanta frecuencia, ¿qué cantidad de días implicaría, en términos realistas, un progreso en tus padres? Para empezar, ¿cuántos días por semana podrían evitar los retos?

J: Si pudieran pasar al menos un día sin retarme, estaría feliz.

T: ¿Qué harían en lugar de retarte?

J: Podrían decirme algo agradable como “¡Buen trabajo!”, “Veo que te estás esforzando”. ¿Sabe? Jamás volví a escuchar ese tipo de cosas.

T: Quiere decir que en el pasado solían elogiarte.

J: Sí, antes de que me pusieran en libertad condicional.

T: ¿Qué cosas distintas hacías en ese entonces que provocaban el elogio de tus padres?

J: Bueno... Me iba mejor en la escuela, no iba a tantas fiestas... ni fumaba marihuana... En fin, ese tipo de cosas.

T: En ese entonces, ¿por qué te elogiaban tus padres y qué otras cosas distintas hacían que a ti te gustaban?

J: Bueno, me decían que estaban orgullosos de mis buenas calificaciones. Mamá me llevaba a comprar ropa, y papá y yo solíamos divertirnos más...

T: Se está acabando el tiempo. Te agradezco mucho que me hayas dicho lo que quieres y cómo podemos trabajar juntos para evitar que tus padres te sigan “retando”. El objetivo que ellos desean que cumplas parece bastante fácil y consiste en que, por lo menos dos veces durante la semana que viene, te pongas el despertador y te levantes a tiempo para tomar el autobús escolar. Si realmente quieres asombrarlos, te propongo que lo hagas algunas veces más durante la semana que viene.

J: ¡De acuerdo! Si lo quisiera realmente, podría levantarme a tiempo para tomar el autobús y quedarme en la escuela por lo menos tres veces durante la semana entrante.

Luego de dirigirle cumplidos a la familia, les asigné una tarea de observación: cada uno debía reparar en aquello que hacían los otros que les gustaría que siguiera sucediendo. A la semana siguiente, la familia volvió más esperanzada y optimista y anunció numerosas excepciones. Julie se había levantado temprano y tomado el autobús escolar los cinco días de clases. Ella advirtió que sus padres la “retaban” menos y que incluso la habían “elogiado” al final de la semana escolar. Además de amplificar todos los cambios producidos en la familia, negocié con la madre y con Julie que se hicieran un tiempo para ir juntas de compras.

Cuando se utiliza esta estrategia, es importante que el terapeuta establezca una buena relación con los padres y se comprometa de forma manifiesta a ayudarlos a lograr los objetivos relacionados con sus hijos adolescentes. Al ponerse en **ambos** lados, el terapeuta estará en una mejor posición para negociar objetivos, expectativas y privilegios realistas.

El adolescente como asesor experto

Los adolescentes que han recibido numerosos tratamientos saben muy bien qué es lo que los terapeutas deben o no deben hacer con ellos y con sus padres. Puedo formularle al adolescente, individualmente o con la familia, las siguientes preguntas: “Has visto a muchos terapeutas antes que a mí, ¿en qué crees

que fallaron contigo?"; "¿Qué debería hacer contigo un nuevo terapeuta para producir un cambio importante?"; "Si yo tuviera que trabajar con un joven como tú, ¿qué consejo me darías para ayudarlo?" Estas preguntas abiertas invitan al adolescente a contar la historia de sus experiencias terapéuticas pasadas, y transmiten la idea de que mi terapia se basa en la colaboración y puede fomentar una relación cooperativa de trabajo.

Bárbara, una joven bulímica de 16 años, había estado en tres programas psiquiátricos de internación para pacientes con trastornos de la alimentación y había recibido cinco tratamientos ambulatorios con psicólogos y psiquiatras. Los padres trajeron a Bárbara a mi consultorio luego de que le dieran el alta de un programa psiquiátrico de internación que duraba tres meses. Según los padres, Bárbara había sufrido una "recaída" poco después de haber salido del hospital. Había vuelto a "los atracones y a las purgas". Durante la reunión con toda la familia, formulé la pregunta por el milagro (de Shazer, 1988), que alimentó esperanzas en los padres y les permitió expresar con mayor claridad qué debían modificar en su relación con Bárbara. La joven, en cambio, dijo muy poco sobre sus "milagros". Luego de reunirme brevemente con los padres para analizar con ellos las tentativas de solución y los objetivos del tratamiento, dediqué parte del tiempo de la sesión individual con Bárbara a conectarme mejor con ella e investigar qué le gustaría obtener de la terapia.

Terapeuta: Creo que es útil que tú y yo tengamos un tiempo de sesión individual, sin la presencia de tus padres. ¡Hablan hasta por los codos!

Bárbara: ¡Sí, y no es broma! Ese es parte del problema... Siempre lo hacen en las entrevistas...

T: ¿Hablan hasta por los codos?

B: Así es... todos los asesores los dejan hablar demasiado. Por ejemplo, mi mamá lanza un largo discurso sobre todos los libros nuevos que leyó sobre bulimia y anorexia o sobre lo que vio en la televisión el otro día... Por eso no hablo mucho en las reuniones.

T: De modo que los asesores anteriores permitían que tus padres hablaran demasiado. ¿Qué otras cosas hacían los asesores o médicos que te parecían inútiles o te quitaban las ganas de hablar?

B: Bueno... algunos médicos del hospital trataban de meterse en mi cabeza. ¡Odio eso! Díme cómo te sientes... Usted sabe, todas esas estupideces... Tuve un psicólogo que ponía palabras en mi boca y decía que yo me "atraca" y me "purgaba para vengarme de mis padres porque salían mucho de vacaciones". ¡Eso es pura mentira! En

realidad, yo y muchas de mis amigas inducimos el vómito para poder ponernos faldas ajustadas.

T: Bárbara, ¿qué otras cosas distintas debería hacer yo en relación contigo y con tus padres que no hacían tus ex asesores?

B: Con respecto a mis padres, no los deje hablar tanto sobre lo que leyeron o vieron en la televisión. Empiezan a parecerse a esos asesores. Sé que mis padres me aman, pero trate de que mamá deje de preocuparse tanto por mí. Todos los días escucho lo mismo: “¿Estás bien, querida?”; “¿Quieres que hoy te compre patatas fritas y bizcochos?”; “¿Puedo ayudarte con la tarea?” ¡Me vuelve loca!

T: ¿Qué cosas querías que tus padres cambiaran primero: los largos monólogos o su gran preocupación por tí?

B: Lo segundo. Me pongo muy nerviosa cuando se preocupan mucho por mí. Y son esos los momentos en que realmente me atraco de comida y me purgo, cuando estoy muy nerviosa.

T: ¿Qué otras cosas hacen tus padres que te provocan ganas de empacharte y de purgarte?

B: Cuando tratan de elegir a mis amigos. Por ejemplo, me dicen que me aleje de dos de mis amigas íntimas porque tienen los mismos problemas que yo.

Como puede ver claramente el lector, el colocar a Bárbara en la posición de experta permitió que contara por qué no le habían servido los tratamientos anteriores. Aprendí qué cosas distintas debía hacer con respecto a Bárbara y a sus padres. Como bonificación adicional, descubrí las conductas específicas de los padres que inadvertidamente mantenían el problema de la bulimia. Utilizando la intervención sobre la pauta (O'Hanlon, 1987) y pidiéndole a Bárbara que observara lo que hacía para vencer el impulso (de Shazer, 1985) de “atracarse”, pudimos resolver el problema de la bulimia.

El uso del yo del terapeuta

Se ha comprobado que el uso deliberado de la autoconfesión es una herramienta terapéutica útil para tratar adolescentes difíciles (Selekman, 1989a, 1989b; Newfield *et al.*, 1991). Es muy importante que el material revelado coincida con el dilema que presenta el paciente. Según sus declaraciones, a los adolescentes les gusta que a los terapeutas les “haya pasado lo mismo”, es decir, que hayan experimentado conflictos similares en su juventud. Sin embargo, no todos los terapeutas han vivido períodos tormentosos en su adolescencia, ni están familiariza-

dos con la jerga de la calle. Esos terapeutas pueden usarse a sí mismos de otras formas; por ejemplo, utilizando el humor, narrando historias y contando sus reacciones viscerales o ideas absurdas en la entrevista con el adolescente.

El ejemplo de caso de Steve, un joven de 17 años adicto a las drogas, muestra cómo el uso deliberado de la autoconfesión puede hacer que los conflictos que presenta el adolescente parezcan normales y ofrecer al joven ideas nuevas para resolver el problema. Aunque Steve tenía una larga historia de tratamientos por conductas delictivas, él y su madre habían llegado a un callejón sin salida con respecto al hecho de que él pasaba la mayor parte del tiempo libre con su novia. El otro tema controvertido para la familia era la negativa de Steve a cortarse el cabello para conseguir un empleo. El siguiente extracto fue tomado de la primera entrevista familiar con Steve durante el tiempo de sesión individual con él.

Terapeuta: ¿Así que tu madre te ha estado hostigando mucho últimamente por lo de tu novia, por el cabello y por el trabajo?

Steve: Sí. ¡Estoy harto de su maldita cantinela! Siempre me está echando la bronca por todo. Tengo algunas posibilidades de trabajo. ¡Nadie me va a obligar a cortarme el cabello! Fui al negocio de marcos para cuadros...

T: Cuando tenía tu edad, yo también era un muchacho malo. Usaba un sobretodo militar, botas altas de cuero negro y un peinado afro así de grande (*describiendo con las manos la forma y el tamaño del peinado*). Mis padres también querían que trabajara. Y yo decía: “No voy a cortarme el cabello” para conseguir empleo. Pero, ¿sabes una cosa?, me rechazaban de todos lados porque parecía un salvaje de Borneo.

S: (*riéndose*) ¡Usted es un loco!

T: Una vez me corté el cabello y conseguí trabajo. Por fin tenía dinero para sacar a pasear a mi novia en lugar de sablear a mis padres todo el tiempo.

S: Tal vez tenga razón, porque estoy cansado de pedirle dinero a mi mamá y últimamente no me ha dado nada. Karen [la novia de Steve] ha tenido que pagar todo y a mí eso me molesta muchísimo.

T: La conclusión es que ningún empleador va a contratar a un joven que parece un salvaje, un “drogón”. La otra ventaja de trabajar es que tendrás dinero para comprarte las cosas que te gustan, discos, ropa, etcétera.

S: De acuerdo, amigo. La próxima vez que me vea tendré el cabello corto y, espero, un trabajo.

Como enseguida había establecido una buena relación con Steve durante la sesión familiar, decidí utilizar la autoconfesión para incluir dentro de la normalidad los conflictos que le ocasionaba su deseo de no cortarse el cabello y le conté cómo había resuelto ese dilema en mi juventud. El material que había revelado era aceptable para el sistema de creencias de Steve, porque reflejaba su propia situación. Dos semanas más tarde, Steve llegó a la segunda sesión luciendo un moderno corte de cabello y anunció muy contento que había encontrado un empleo en un negocio de vídeos.

El enfoque de “Columbo”

Algunos pacientes adolescentes difíciles nos hacen sentir muy incompetentes como terapeutas. A menudo, estos muchachos duros son enviados a terapia por orden del juez o han tenido innumerables experiencias con profesionales de la salud mental. Columbo, el popular detective de la televisión, me enseñó algunas técnicas valiosas para tratar a algunos de los pacientes adolescentes más rebeldes. Columbo no tiene ningún problema en mostrar su estilo incompetente y torpe a los potenciales sospechosos. Se compadece de manera convincente del sufrimiento del sospechoso por la pérdida de la víctima del crimen y de su situación desagradable. Mientras entabla relación con el potencial sospechoso, Columbo usa cumplidos para adularlo. Durante todo el proceso de investigación, formula las preguntas desde una posición de “no saber” (Anderson y Goolishian, 1988b, 1991b) y muestra confusión respecto de quién cometió el crimen y cómo ocurrió. Esto desconcierta al sospechoso, quien finalmente termina ayudando a Columbo a resolver el crimen, conduciéndolo a pistas importantes o incriminándose a sí mismo de algún modo.

Por orden judicial, David, un joven afroestadounidense de 16 años, fue enviado a terapia familiar por robar en casas, radios de automóviles y por presuntas relaciones con una banda de delincuentes. En la primera sesión lo acompañaban su madre y su hermano George, de 12 años. Desde que David había sido arrestado por robar en casas y radios de automóviles, negó haber cometido alguno de esos actos. La madre declaró que pensaba que David estaba “metido en una banda”. Esa era su mayor preocupación. David ya había hecho terapia cinco veces por su tendencia a las actuaciones. Dos de esas veces, se había

negado a asistir a las sesiones luego de las entrevistas iniciales. Durante la mayor parte de nuestra primera sesión, dijo muy poco acerca de por qué tenía que hacer terapia o de cuál era, según él, el problema. El siguiente extracto fue tomado de mi sesión individual con David.

Terapeuta: Debe de ser un verdadero fastidio para ti tener que volver a hacer terapia (*juguetando con mi libreta de notas*). ¡Epa! (*dejando caer la libreta*)

David: ¿Qué le pasa, hombre? ¿Está nervioso o qué?

T: Sí... un poco. Me extraña que mi supervisor me haya asignado tu caso. Es que tu situación me resulta incomprensible. No la entiendo. El juez te ordenó que hicieras terapia. ¿Por qué? Tú dices que no pasó nada y que la policía se equivocó de hombre. Estoy realmente confundido (*mostrando perplejidad*).

D: Está bien... está bien. Yo no tuve nada que ver con el afano [robo] en la casa del tipo, eso lo hicieron otros hermanos. Yo me robé algunas radios de auto en el rioba [barrio], pero no hice las otras cosas.

T: (*haciéndome el tonto*) ¿“Afano”? ¿“Rioba”? ¿Qué quieres decir? Quizá soy un poco anticuado...

D: ¡Usted no sabe nada! “Afano” significa robo. El “rioba” es el lugar donde uno vive.

T: Ah... ahora entiendo. Te refieres al barrio. Ayúdame un poco... Entre paréntesis, gracias por enseñarme el nuevo lenguaje. Ayúdame... ¿El juez o el oficial a cargo de la libertad condicional te dijeron qué querían que tú lograras con la terapia?

D: Bueno... Creo que dijo que tenía que alejarme de los Lords [banda callejera] y que no me metiera más en líos.

T: Además del asunto del “afano”, ¿dijeron algo acerca de lo que debías hacer en tu casa?

D: ¡Usted es alucinante! (*riéndose*) Usted es distinto, viejo. Me dijeron que obedeciera las reglas, que fuera a la escuela... esas cosas.

El enfoque de Columbo resultó ser muy eficaz para comunicarme con David. Mi torpe estilo terapéutico impidió que se sintiera amenazado por mí. Además le dejé bien en claro que yo no era un agente de control social ni una extensión del sistema judicial.

Las siguientes sesiones de terapia estuvieron dedicadas a ayudar a David a alejarse del estilo de vida de las bandas callejeras, a ayudar a la madre a aplicar algunas técnicas nuevas para el cuidado de los hijos y a colaborar con el oficial a cargo de la libertad condicional. Como el boxeo era uno de los puntos fuertes de David, lo conecté con un amigo mío que fue entrenador de boxeadores talentosos que participaron en el Golden Gloves.

Conclusión

En este capítulo, presenté seis estrategias eficaces para establecer una buena relación con adolescentes difíciles. En la mayoría de mis casos de adolescentes con problemas, descubrí que es útil emplear una combinación de dichas estrategias en las primeras entrevistas familiares. Las distintas estrategias de relación seleccionadas para algún caso particular se basan en la pauta peculiar de respuesta cooperativa de la familia, en los objetivos de la familia y en lo que yo, como terapeuta, debo hacer de manera diferente en relación con el adolescente para poder producir un cambio terapéutico. Los terapeutas especialistas en terapia breve descubrirán que esas estrategias son muy eficaces para fomentar rápidamente relaciones cooperativas de trabajo con el paciente.

5

Organizar una ecología social: colaborar con auxiliares procedentes de sistemas más amplios

Mucho antes de que la “cibernética de segundo orden” (von Foerster, 1981; von Glasersfeld, 1984; Kenney y Ross, 1983; Maruyama, 1974), se convirtiera en el nuevo marco epistemológico para los teóricos de la familia, Auerswald (1968, 1972) subrayó la importancia de que los terapeutas adopten una perspectiva ecológica, es decir, de que se centren en las interacciones entre los pacientes, sus familias, los auxiliares procedentes de sistemas más amplios y la comunidad. Las ideas teóricas pioneras de Auerswald (1968, 1972) sentaron las bases para que, en el futuro, prominentes teóricos de la familia desarrollaran su perspectiva ecológica. El Grupo de Milán (Boscolo *et al.*, 1987) elaboró la idea del “sistema significativo”, es decir, consideran necesario que el terapeuta intervenga con todos los individuos interesados en resolver el problema del paciente y que, asimismo, tenga en cuenta el efecto de sus propias intervenciones en los otros miembros del “sistema significativo”. Coppersmith (1985) sostiene que el sistema significativo es un “sistema significante”. Goolishian y sus colegas caracterizaron el sistema significativo como un “sistema que organiza y disuelve el problema” (Anderson y Goolishian, 1988b). Bogdan (1984) sostiene que los problemas constituyen una “ecología de las ideas”.

El Grupo de Milán estuvo muy influido por las teorías de la biología cognitiva (Maturana y Varela, 1988) y por los teóricos del constructivismo radical (von Foerster, 1981; von Glasersfeld, 1984), sobre todo por la noción de estos últimos de “sistema observador”, en lugar de “sistema observado” (Boscolo *et al.*, 1987). Según el Grupo de Milán, el terapeuta debe

incluirse como parte de la observación del sistema del paciente que está tratando. Cuando intervienen otros auxiliares en el caso del terapeuta, se los considera parte del sistema problemático y de la comunidad de observadores que se ha reunido en torno de un problema determinado. El sistema del paciente ya no es concebido como una entidad separada y observada, que necesita un enorme trabajo de reparación por parte de un terapeuta privilegiado que sabe qué es "lo mejor" para el paciente.

Independientemente del Grupo de Milán, equipos de terapia familiar de todo el mundo han creado sus propios enfoques sistémicos para trabajar con el sistema problemático formado por la familia y los auxiliares múltiples. En el Houston-Galveston Family Institute, Goolishian y sus colegas (Anderson y Goolishian, 1988b, 1991a, 1991b; Anderson *et al.*, 1986; Goolishian y Anderson, 1981) han elaborado un enfoque sumamente respetuoso para trabajar con casos familiares difíciles y crónicos en los cuales participan auxiliares múltiples. En Europa, el Grupo de Milán y la labor innovadora de Goolishian y Anderson han tenido una enorme influencia en los equipos de tratamiento de Irlanda, Noruega y Alemania. El Grupo de Dublín ha aplicado las ideas de estos teóricos a la ardua tarea terapéutica de trabajar con víctimas de incesto, con sus familias y con la red de auxiliares relacionados con esos casos (McCarthy y Byrne, 1988; Keamey, Byrne y McCarthy, 1989). Andersen y sus colegas de Tromsø, Noruega, han ideado un enfoque de consulta con equipos reflexivos para tratar casos difíciles y estancados (Andersen, 1987, 1991). En Marburgo, Alemania, Deissler (1989,1992) ha realizado una labor sin precedentes con pacientes psiquiátricos, con sus familias, con equipos de tratamiento para pacientes internados y con el sistema más amplio de prestación de servicios para la salud mental.

En este capítulo, presentaré un enfoque ecosistémico para trabajar con el sistema problemático formado por la familia y los auxiliares múltiples, ofreceré sugerencias prácticas para cultivar relaciones de cooperación y de colaboración con auxiliares procedentes de sistemas más amplios, analizaré el papel del terapeuta y proporcionaré algunos ejemplos de casos.

Cómo cultivar relaciones de cooperación y de colaboración

El paciente adolescente con problemas a menudo ha tenido contactos frecuentes con representantes del sistema judicial de menores y de los departamentos de policía, con personal de la escuela, con programas psiquiátricos y de rehabilitación para drogadictos, y cierto trato con trabajadores de protección al menor. En cualquier comunidad, el terapeuta encontrará que la comunicación entre esos sistemas es escasa, que la coordinación de los servicios es desorganizada y que existe una gran separación entre los representantes de los sistemas más amplios y la familia. En virtud de las dificultades mencionadas, descubrí que es muy útil salir a la comunidad y fomentar activamente estrechas relaciones de trabajo con auxiliares procedentes de sistemas más amplios, y tratar de crear puentes entre mi consultorio y los representantes de los distintos sistemas asistenciales. También descubrí que es útil para mi trabajo clínico colaborar con el clero, con los líderes de la comunidad y con los compañeros de mis pacientes adolescentes.

A lo largo de los años, trabajé con numerosos jóvenes que tuvieron contacto con la policía y con el tribunal de menores. Además de hacerme tiempo para visitar los departamentos de policía a fin de familiarizarme con los funcionarios y conocer a los asistentes sociales de la policía, descubrí que es útil fijar citas ocasionales para almorzar con estos individuos claves. Asimismo, trato de programar almuerzos y reuniones mensuales con los oficiales a cargo de la libertad condicional. Me gusta usar los almuerzos para establecer *rapport* y analizar cómo podemos cooperar mejor en los casos. Me interesa aprender de los auxiliares qué cosas debo modificar como terapeuta y colaborador y qué cosas debo seguir haciendo con ellos y en relación con nuestros casos comunes. En algunos casos de adolescentes procesados, mi buena relación con los jueces tuvo un efecto notable en los resultados del tratamiento. Es fundamental que los terapeutas conozcan las opiniones de los jueces sobre el tratamiento del adolescente y sus expectativas con respecto a los terapeutas.

En mi relación con el personal escolar, encontré útil coordinar reuniones durante el almuerzo para tratar problemas de

comunicación y buscar nuevas maneras de cooperar mejor. No sólo es importante desarrollar buenas relaciones de trabajo con el personal administrativo y con los asistentes sociales de la escuela, sino también consultar al departamento de orientación estudiantil y a los docentes sobre el caso y sobre sus expectativas respecto del tratamiento.

En mi relación con los representantes de programas psiquiátricos y de rehabilitación para drogadictos, me gusta familiarizarme con la filosofía del tratamiento y con los componentes del programa, y preguntar a los equipos de tratamiento qué tipo de atención poshospitalaria esperan que reciban los pacientes que me han sido enviados. Muchas de las instituciones y programas hospitalarios que me han derivado casos aceptan con agrado realizar sesiones familiares de transición antes de otorgar el alta al paciente. Si se le ofrecen al paciente grupos de tratamiento poshospitalario y otros servicios, extendiendo invitaciones a todos los terapeutas que intervienen en el programa para que participen en nuestras sesiones de terapia familiar o en nuestras reuniones entre la familia y los auxiliares múltiples.

El papel del terapeuta

Luego de realizar una evaluación macrosistémica con el adolescente y con la familia para determinar los individuos que integran el sistema formado a partir del problema, le pido a la familia que firme una autorización para divulgar información, a fin de poder conversar y colaborar libremente con los individuos claves durante las reuniones entre la familia y los auxiliares múltiples y cuando tengo que abogar por mi cliente en la comunidad. Organizar las reuniones entre la familia y los auxiliares múltiples es una tarea tediosa, sobre todo porque hay que coordinar los horarios de todo el mundo para las reuniones colectivas. Trato de juntar a la mayor cantidad posible de miembros claves del sistema problemático que la familia desea que estén presentes en las reuniones. Pero a veces esta tarea resulta inútil, ya que algunos auxiliares están ocupados con demasiados casos o tienen la agenda completa. En tales circunstancias, le pido al paciente que escriba en una página los puntos destacados de la reunión entre la familia y los auxiliares

múltiples y envíe copias a los auxiliares ausentes. Además, dejo un hueco en mi agenda para arreglar entrevistas individuales con los auxiliares ausentes en sus propias oficinas. Si el terapeuta no realiza este trabajo de divulgación, los auxiliares ausentes seguirán viendo la situación problemática del paciente de la misma manera e intentando las mismas soluciones, lo cual puede contribuir al mantenimiento del sistema problemático. Es necesario maximizar las oportunidades de que los auxiliares relacionados con nuestro caso adviertan cambios y escuchen cómo otras personas significativas en la ecología social del adolescente se refieren al caso de manera diferente (Anderson *et al.*, 1986).

El deber principal del terapeuta en el contexto de la reunión entre la familia y el auxiliar múltiple consiste en cocrear un espacio conversacional dialógico en el que se admitan tanto las posibilidades conocidas como las nuevas. Este proceso sólo puede evolucionar mediante el uso de la "multiparcialidad" (Anderson y Goolishian, 1988b) por parte del terapeuta: el terapeuta adhiere simultáneamente a los puntos de vista del paciente y de los auxiliares con respecto a la situación problemática. Esto lo logra absteniéndose de juzgar, hablando en el mismo lenguaje que el paciente y que los auxiliares, y ofreciendo sus opiniones terapéuticas como ideas tentativas y no como verdades definitivas. El terapeuta es un oyente respetuoso, un cocolaborador y está dispuesto a cambiar sus opiniones o ideas en cualquier punto de la conversación. El terapeuta hace preguntas desde una posición de "no saber" (Anderson y Goolishian, 1988a, 1991b). Los estudiosos del budismo han aprendido de sus antiguos maestros el valor de la "mente que no sabe", siempre fresca, abierta y fértil en posibilidades (Mitchell, 1988). Lao-Tsé (Mitchell, 1988) enseñó a sus alumnos la siguiente verdad: "Los sabios no necesitan probar sus afirmaciones; los hombres que necesitan probar sus afirmaciones no son sabios. El maestro no busca logros. Sin buscar, sin esperar, está presente y puede acoger todas las cosas" (pág. 15).

Harlene Anderson, directora del Houston-Galveston Institute y coautora con Harry Goolishian de la herramienta terapéutica del "no saber", declaró lo siguiente sobre esta posición terapéutica basada en el respeto (Anderson y Goolishian, 1991b):

“No saber” es una actitud general y significa creer que el terapeuta no tiene acceso a información privilegiada, que nunca puede comprender totalmente a otra persona y que siempre necesita saber más sobre lo que se dijo o sobre lo que no se dijo. No saber significa ser humilde con lo que uno cree que sabe. No saber significa que siempre queda algo por comprender. No saber significa pedir información al paciente.

En el contexto de la reunión entre la familia y el auxiliar múltiple se producen cambios cuando se generan nuevos significados narrativos respecto de la situación problemática del paciente, lo cual, a su vez, puede conducir a la resolución del problema o al desmantelamiento del sistema problemático (Anderson y Goolishian, 1988b, 1991a).

Ejemplos de casos

¿Suicida o *déjà vu*?

Laura, una estudiante secundaria de 16 años, fue derivada a mí por la asistente social de la escuela a causa de lo que se definió como una “severa depresión”. En nuestra primera conversación telefónica, la asistente social me contó que Laura “parecía muy deprimida el mes pasado”. Su rendimiento académico había “disminuido considerablemente” debido a su “incapacidad de realizar las tareas para el hogar”. La profesora de inglés de Laura también estaba muy “preocupada” por el “estado depresivo” de la joven. La profesora le había informado a la asistente social que en varias ocasiones había observado a Laura “sentada en un rincón alejado del aula con la cabeza gacha”. El vicedirector de la escuela también había sido notificado de la “depresión” de Laura por la asistente social y estuvo de acuerdo con ella en que era una estudiante de “alto riesgo” que requería una intervención terapéutica inmediata. Durante el mes anterior, Laura había tenido dos sesiones semanales de consulta con la asistente social.

En mi primera entrevista con Laura y su madre, les pedí que me explicaran por qué habían sido enviadas a mi consultorio para hacer terapia familiar. La madre me dijo que la asistente social estaba “exagerando las cosas” y que “se metía demasiado” en la vida de Laura. Luego agregé que la joven

estaba “pasando por un mal momento” y trataba de “recuperarse” de su reciente “ruptura amorosa con John”. Habían “salido” durante dos años. Laura estuvo de acuerdo con la interpretación de la madre acerca de su situación y expresó su disgusto por la “persecución” de la asistente social. Laura admitió “andar muy tirada” por la ruptura con John, pero aseguró que no iba a suicidarse por eso. Según Laura, la asistente social le había preguntado en cada una de las sesiones de consulta si tenía “pensamientos suicidas”. La madre dijo haber llamado incontables veces al vicedirector para quejarse por la “persecución” de la asistente social y “pedirle que ésta no viera más a su hija”.

En la primera sesión, además de averiguar qué hacían Laura y su madre para soportar mejor “la ruptura”, realicé una evaluación macrosistémica a fin de determinar, con la familia, quiénes eran los miembros claves del sistema problemático. Estuvimos de acuerdo en que éstos eran: la asistente social, la profesora de inglés, el vicedirector, Laura, su madre y yo. También coincidimos en que sería ventajoso combinar las sesiones individuales de terapia familiar con las reuniones entre la familia y el personal de la escuela. Al finalizar la entrevista, Laura y su madre firmaron una autorización para que el caso pudiera debatirse con el personal escolar del sistema problemático.

La primera reunión se llevó a cabo en la escuela secundaria y contó con la presencia de la asistente social, la profesora de inglés, el vicedirector, Laura, su madre y yo. Como la asistente social me había derivado el caso, le pedí que nos contara su historia sobre la paciente y sobre los acontecimientos que la llevaron a enviarla a terapia. También le pregunté cuál sería un buen final para la historia de Laura, en caso de reescribirla. La asistente social opinó que “una joven que ya no está deprimida y vuelve a desempeñarse bien en la escuela” sería un buen final. Le formulé la misma pregunta a cada uno de los participantes y les pedí que reflexionaran sobre las respuestas dadas. La madre dijo que la escuela “había reaccionado exageradamente” ante la situación de su hija y que Laura “¡no era una suicida!” Para ella, un buen final sería “que Laura se recuperase completamente de la pérdida de John” y “que la escuela dejara de perseguirla”. Laura le comentó al grupo que estaba “tomando medidas” para superar la pérdida de John y

para “ponerse al día” con las asignaturas. En lo referente a su historia, no imaginaba otro final feliz que “conseguir otro novio” y “librarse” de la asistente social.

Fue entonces cuando ésta rompió en llanto y reveló “lo no dicho aún” (Anderson y Goolishian, 1988b) de su historia personal: “el suicidio de su hija de 16 años”. Era la primera vez que el vicedirector, la profesora de inglés, Laura, su madre y yo nos enterábamos del hecho. Cuando empezó a contarnos su dolorosa historia, advertí un cambio notable en la actitud defensiva de Laura y de su madre hacia el personal de la escuela y, sobre todo, hacia la asistente social. En forma espontánea, se mostraron solidarias y conmovidas ante su aflicción. El vicedirector y la profesora de inglés también le brindaron apoyo y consuelo. Al finalizar la reunión, estuvimos de acuerdo en continuar las sesiones de terapia familiar para que Laura superase la pérdida de su novio; la asistente social interrumpiría sus sesiones con Laura y dentro de un mes la familia volvería a reunirse con el personal de la escuela para evaluar los progresos del caso.

Durante el intervalo de un mes, les concedí dos sesiones de terapia familiar a fin de amplificar las estrategias positivas de Laura para superar la ruptura de su relación con John. En la segunda de estas sesiones, Laura no sólo se había “puesto al día” con su “trabajo en la escuela” sino que había conocido a un “muchacho simpático” del equipo de fútbol. En la segunda reunión entre la familia y el personal de la escuela, todos, desde la asistente social hasta la madre, mencionaron los notables cambios en el comportamiento de Laura. En virtud del progreso de la joven, decidimos interrumpir este tipo de reuniones y que, luego de tres meses, le daría una última sesión de control a la familia.

Cómo escapar al estilo de vida de las pandillas

El funcionario a cargo de la libertad condicional derivó a terapia de familia a Anna y a su hijo Pedro, de 14 años, por robar equipos de radio de los automóviles, por cargos de asalto y agresión, por llegar siempre tarde a su casa por las noches y por participar en bandas callejeras. Nacida en México, Anna sufrió reveses económicos y emocionales a partir de su llegada a los

Estados Unidos. Su ex marido Ramón era alcohólico, abusaba físicamente de ella y había tenido numerosos amoríos durante su matrimonio. Le hubiera gustado mucho estudiar una carrera universitaria, pero dejó de lado sus sueños debido a la responsabilidad de cuidar a sus hijos y a su trabajo agotador de camarera. Anna tuvo cuatro hijos con Ramón, tres varones e Isabella, de cinco años. Pedro era el mayor de todos. El único sistema de apoyo que tenía en la comunidad eran el sacerdote y dos amigas latinas.

Pedro boicoteó la primera sesión de terapia familiar. Anna dijo estar muy preocupada por la participación de Pedro en las bandas callejeras y por sus traspasadas. Normalmente regresaba al hogar después de medianoche, y no sólo los fines de semana. Analicé con ella las soluciones que intentó en el pasado para modificar la conducta de Pedro e indagué cuáles eran los miembros claves del sistema formado a partir del problema. Anna recitó una larga lista de amigos y de profesionales auxiliares. El sistema de la familia y los auxiliares múltiples en torno del problema estaba compuesto por las siguientes personas: yo mismo, el funcionario a cargo de la libertad condicional, la asistente social de la escuela, dos amigas de Anna, el sacerdote, el trabajador de la protección al menor, el director de la escuela y el jefe del equipo comunitario encargado de situaciones de crisis. Le pregunté a Anna si estaba de acuerdo en incorporarlos a la terapia con el propósito de ayudar a Pedro a resolver sus dificultades. Anna aceptó de buen grado la idea de trabajar todos juntos. Le pedí que firmara la autorización para divulgar información y le señalé que no sólo necesitábamos la firma de Pedro sino también su cooperación con este método de trabajo. Anna me aseguró que Pedro asistiría a nuestra próxima sesión de familia.

Una semana más tarde, Pedro concurrió a sesión, pero se mantuvo a la defensiva la mayor parte del tiempo. Cuando conversamos a solas, se aflojó un poco e incluso le agradó la idea de las reuniones entre la familia y los auxiliares múltiples, ya que le servirían para "sacarse de encima a algunos de esos adultos", una vez que notaran sus progresos. También hablamos de por qué la policía local lo había "fichado como pandillero buscableitos" y "vigilaba cada uno de sus movimientos" en la calle. Después de nuestra charla, Pedro firmó rápidamente

varios formularios de autorización. Por último, le pregunté si había otras personas claves que quisiera incluir en las reuniones entre la familia y los auxiliares múltiples, y le pareció bien la lista confeccionada por su madre.

Durante dos días se trató de localizar a los miembros más importantes del sistema problemático y finalmente pude fijar la fecha de la primera reunión. Concurrieron las siguientes personas: la asistente social de la escuela, el funcionario a cargo de la libertad condicional, el trabajador de la protección al menor, un oficial de la policía local, el sacerdote, el jefe del equipo comunitario encargado de situaciones de crisis, Anna y Pedro. Antes de llevarse a cabo la reunión, Ramón, el padre de Pedro, murió de un ataque cardíaco, y al joven lo suspendieron por sorprenderlo con una botella de whisky en el baño de varones. El incidente del whisky ocurrió a poco de enterarse de la muerte de su padre.

Comencé la reunión conversando brevemente con cada participante y luego le pedí al funcionario a cargo de la libertad condicional que expusiera el caso y las razones por las que había enviado a Pedro a mi consultorio. El funcionario le dio al grupo las explicaciones pertinentes y señaló, además, que “Anna se beneficiaría mucho si aprendiera algunas técnicas sobre el cuidado de los hijos”. A su entender, el objetivo del tratamiento consistía en evitar a Pedro futuros problemas legales y para ello debía apartarse de las bandas callejeras latinas. Acto seguido la asistente social de la escuela sacó a relucir el incidente del whisky y la suspensión de Pedro y declaró estar preocupada por “lo mal” que el paciente “manejaba la pérdida de su padre”.

De pronto Anna tomó la palabra y nos contó la historia de su matrimonio y las razones que la llevaron al divorcio. Todos los miembros de la reunión, incluyendo a Pedro, estaban pendientes de su relato. Comentó que su marido “era muy cariñoso con Pedro” cuando éste era pequeñito, pero que se distanció de la familia apenas empezó a “abusar del alcohol y de la marihuana”. Pedro y el resto del grupo no pudieron contener la risa cuando Anna contó que una vez Ramón le dio a Pedro un trago de cerveza y éste corrió al baño a escupirla. “¿Realmente hice eso?”, preguntó Pedro.

Luego de este divertido episodio, el hijo se enteró de las verdaderas razones que provocaron el divorcio de sus padres.

Ramón había abusado física y moralmente de Anna y había tenido numerosas relaciones extramaritales antes de que el hijo llegara a la adolescencia. Al oír estas dolorosas confesiones, Pedro se enjugó las lágrimas y rodeó el hombro de su madre con el brazo como si quisiera darle apoyo. Fue la primera vez que tuvo un gesto afectuoso hacia su madre en mi presencia.

Antes de terminar tan productiva reunión, el funcionario a cargo de la libertad condicional le dijo a Pedro que no lo llevaría ante el juez por el incidente del whisky. Pedro suspiró aliviado y sonrió. Por mi parte, le informé al grupo que Pedro ya no trasnochaba ni se metía en problemas legales, y todos lo ovacionamos por esos progresos. Además, ya no le pegaba a su hermano Fernando, de 13 años, lo que implicaba un cambio significativo de conducta. La última vez que le pegó tuvo que intervenir el servicio de protección al menor. El sacerdote de la familia le prometió a Pedro que, junto con sus colegas, tratarían de encontrarle un trabajo en la iglesia. Decidimos reunirnos en cuatro semanas.

Las sesiones subsiguientes se emplearon en fortalecer a Anna y a Pedro. El sacerdote le consiguió algunos trabajos ocasionales en la iglesia, que lo mantendrían alejado de las calles. Anna había ahorrado un poco de dinero y la ayudé a obtener fondos de una universidad local para seguir algunos cursos. Pedro siguió progresando en todas las áreas de su vida y terminó con éxito el período de libertad condicional. Hubo un total de seis reuniones entre la familia y los auxiliares múltiples en un período de seis meses. Dichas reuniones se llevaron a cabo cada cuatro semanas.

Con una pequeña ayuda de mis amigos

Los pares del paciente adolescente constituyen un recurso valioso que los terapeutas especialistas en terapia breve pueden utilizar cuando coconstruyen soluciones con la familia y cuando no avanzan en la terapia (Selekman, 1991a). En algunos casos estancados, recurro a los pares del adolescente en calidad de expertos asesores para que aporten ideas renovadoras. El siguiente ejemplo ilustra el poder y el ingenio creativo de las soluciones propuestas por los pares en el caso de una adolescente estancada. El funcionario a cargo de la libertad condicional

derivó a Liz, de 16 años, a mi consultorio, por posesión de marihuana, abuso de drogas, violación crónica de las reglas parentales e inasistencia sin permiso de la escuela. Liz había participado en las reuniones de Narcotics Anonymous [Narcóticos Anónimos] y las había encontrado “aburridas e inefaces” para prevenir las recaídas. También había participado, como paciente hospitalizada, en un programa de 28 días contra la drogadicción, recayendo a las dos semanas de ser dada de alta.

Luego de dos sesiones de terapia breve, los padres y yo logramos interrumpir la pauta de conducta parental superresponsable que mantenía el problema y que en el pasado había conducido al comportamiento superirresponsable de Liz. Por ejemplo, cuanto más le evitaban sufrir las consecuencias de su inasistencia a clase, intercediendo ante funcionarios importantes, más se despreocupaba Liz de la escuela y de las detenciones de que era objeto. A pesar de los cambios parentales positivos, a Liz le costaba abstenerse de la marihuana. Se pasaba tres días sin la droga y luego volvía a las andadas una o dos veces por semana. Mientras intercambiábamos ideas a fin de averiguar qué personas fuera de la familia podrían ayudarla a no recaer en la adicción, Liz mencionó a tres amigas íntimas “que se habían rehabilitado”. Decidimos, pues, invitarlas a la próxima sesión —siempre que los padres lo permitieran— para ver qué ideas creativas podrían aportar para “enderezar” a Liz.

Los padres de la joven adhirieron entusiasmados a la idea y, como conocían a los padres de dos de las amigas, resolvieron llamarlos por teléfono para pedirles su consentimiento. Por su parte, Liz iba a reunirse con los padres de otra de sus amigas para analizar la situación y pedirles que se comunicaran con su familia. Como el funcionario a cargo de la libertad condicional y la asistente social de la escuela participaban en el caso, pensamos que sería útil incluir en nuestras futuras sesiones a estos miembros claves del sistema formado a partir del problema. En la primera entrevista le pedí a la familia que firmara los formularios correspondientes para poder colaborar con dichos auxiliares.

En la tercera sesión, tanto el oficial a cargo de la libertad condicional como la asistente social declararon haber notado cambios importantes en la conducta de Liz. Según el funcionario, Liz “estaba haciendo un gran esfuerzo” y “su conducta era

más responsable”. La asistente social comentó que “su actitud era distinta” y que “concurría regularmente a la escuela”. A pesar de los cambios de Liz, los miembros del grupo —excepto yo— estaban preocupados por su incapacidad de “enderezarse”. Al comienzo de la sesión, presenté a las tres amigas de Liz —Sara, Linda y Holly— a sus padres y a los auxiliares. El funcionario a cargo de la libertad condicional y la asistente social reconocieron que Narcóticos Anónimos no era para todos y que estaban dispuestos a escuchar las sugerencias de las amigas de Liz para evitar futuras recaídas. Acto seguido, les pedí a las amigas que propusieran algunas ideas para “enderezar” a Liz. Sara comenzó contándonos su historia: “mantenerse ocupada en los ratos de ocio” había sido la clave para “evitar” la adicción. Linda dijo que el aerobismo era una actividad “naturalmente estimulante” e hizo reír al grupo cuando agregó que ahora era “adicta al aerobismo”. Holly comentó que ya no se juntaba con los “drogonos” de la escuela y que prefería “no concurrir a fiestas”. Les agradecí sus “sensatos consejos” y las elogíé por ser “tan buenas amigas”. Luego decidimos concederles a Liz y a sus amigas tres semanas para planear cuidadosamente una estrategia de prevención que debía ajustarse al estilo de vida de Liz.

Durante el intervalo, la joven concurreó dos semanas a clases de aerobismo y no se permitió un solo minuto de ocio para no pensar en la marihuana. También evitó a sus amigos “de juerga”. En la siguiente reunión, todos se refirieron a los notables cambios producidos en la conducta de Liz. Ella acataba las reglas parentales, concurría regularmente a clase, hacía sus tareas y estaba buscando un trabajo de medio tiempo para después de la escuela. Durante la sesión, Liz abrazó cálidamente a sus amigas y agradeció su invalorable ayuda.

Como el funcionario a cargo de la libertad condicional y yo teníamos una estrecha relación de trabajo, me permitió determinar la frecuencia de las visitas y la duración de la terapia. El grupo acordó que tres sesiones de control en los nueve meses de libertad condicional que le quedaban a Liz eran suficientes para consolidar los logros familiares. En la última sesión de control, Liz había conseguido un trabajo, mejorado sus calificaciones y, lo más importante de todo, jno había recaído en la droga gracias a la ayuda de sus amigas!

Vivir en el límite

Nichole, una adolescente de 16 años proclive a las actuaciones, fue derivada a mi consultorio por el funcionario a cargo de la libertad condicional debido al abuso de drogas, hurto en los negocios, inasistencia a la escuela, promiscuidad sexual con hombres mayores y violación crónica de las reglas maternas. Betty, la madre de Nichole, hacía cinco años que estaba divorciada. Nichole tuvo poco contacto con su padre después del divorcio. Según Betty, su ex marido era “adicto a la cocaína”. Bill, el hermano de 14 años, era el “astro deportivo” de la escuela y no tenía problemas de conducta.

Comencé la primera entrevista familiar pidiéndoles a Betty y a Nichole que me explicaran por qué las habían enviado a mi consultorio. También le pedí a cada una que contara su historia individual acerca del drama de la familia. Betty se apresuró a señalar que Nichole tenía “una mala actitud”, “nunca seguía sus reglas”, “no estaba yendo a la escuela” y era una “ladrona”. Durante largo tiempo le había “robado dinero” y acababan de “arrestarla” en un negocio por “tratar de robar ropa”. Nichole coincidió con su madre en que ese incidente la condujo a un año de libertad condicional. Nichole agregó más tarde que odiaba la escuela de terapia especial a la que “se veía obligada a concurrir”, porque ellos “siempre estaban hostigándola por cualquier cosa”.

En el transcurso de la entrevista familiar, la madre y la hija discutieron acaloradamente. Betty estaba enojada con Nichole “por no haber venido a dormir la otra noche” y “no concurrir a la escuela”. Nichole estaba enojada con su madre por “gritarle todo el tiempo” y “no asignarle una cantidad semanal de dinero”. Betty dijo también que la terapia de familia era “una pérdida de tiempo” porque “nunca las había ayudado”.

Les pregunté qué les gustó y disgustó de las tres experiencias anteriores de tratamiento y la familia me dio algunos consejos útiles sobre la forma diferente en que debía tratarlas como terapeuta.

Llegado a este punto, decidí pasar un tiempo a solas con Betty y con Nichole. Cuando me reuní con Betty, le di apoyo, me interioricé más acerca de la historia familiar y de sus intereses y logré ñjar con ella un objetivo inicial de tratamiento. Betty

quería que su hija asistiera regularmente a clase. Durante el tiempo de sesión dedicado a Nichole, averigüé cómo podía serle útil en lo relativo a su madre y a su situación escolar. Nichole me dijo que si su madre le daba “una cantidad de dinero semanal” ya no le robaría. Tampoco le gustaba que el funcionario a cargo de la libertad condicional la estuviera “controlando” en la escuela o “cayera por su casa de improviso”. Me ofrecí a liberarla del funcionario de la minoridad, pues tenía una buena relación con él. Nichole se entusiasmó ante mi propuesta, sobre todo cuando le comenté que podía interceder ante su madre para negociar un privilegio; en este caso, una suma semanal de dinero. Pero le aclaré que lo haría siempre que estuviera dispuesta a concurrir a la escuela con más regularidad. Nichole se animó a confesarme cuáles eran las personas que más la abrumaban en la escuela. Había tenido algunos choques con el director, la asistente social, la señora Smith —una docente— y con varios miembros de una banda rival que también concurrían a ese establecimiento. Le brindé apoyo y le pregunté si podía abogar por ella en la escuela. Nichole pensó que “valía la pena el intento” de colaborar con el personal de la escuela.

Al terminar la primera entrevista, elogí a Betty y a Nichole y emprendí con ellas una evaluación macrosistémica. La familia pensaba que era fundamental que yo colaborase con el director de la escuela, la asistente social, la señora Smith y el funcionario a cargo de la libertad condicional. De modo que les hice firmar los formularios de autorización correspondientes para poder cooperar con esos miembros claves del sistema formado a partir del problema.

En la primera reunión escolar estuvieron presentes el funcionario de la minoridad, el director, la asistente social y la señora Smith. Comencé por pedirle al personal de la escuela que contara sus historias acerca de Nichole y de su familia. Durante la mayor parte de la reunión, los representantes escolares no hicieron otra cosa que relatar historias desagradables y patológicas con respecto a Betty y a su hija. El director definió a Nichole como “una joven carente de motivación” y una “sociópata” que necesitaba urgentemente una “internación psiquiátrica”. De hecho, ya había dispuesto con el asesor psiquiátrico de la escuela que se hicieran los arreglos pertinentes para internarla en un hospital psiquiátrico local. Según la asistente social, la

madre de Nichole era “negligente”, “irresponsable” y “pocas veces” concurría “cuando se la citaba”. La señora Smith pensaba que a Nichole “le importaba un bledo” la escuela y lo que le pasaba. Mientras escuchaba estas historias tan desesperanzadas acerca de la familia, me pregunté si sería posible establecer con ellos una relación cooperativa. El personal escolar parecía a punto de tirar la toalla en el caso de Nichole y su madre.

Aunque las historias de los miembros de la escuela sobre Nichole y su madre me disgustaban profundamente, pude comprender lo difícil que les resultaba trabajar con alumnos que padecían problemas crónicos de conducta y con sus familias. Antes de terminar la reunión, le pregunté al personal de la escuela si tenía algunas sugerencias útiles para cooperar con Nichole y su madre en el intento terapéutico de producir un cambio. El director de la escuela me recomendó que la madre “verificara su seguro de salud para ver si cubría la internación de Nichole”. La asistente social dijo que “estaría dispuesta a participar en las sesiones de terapia”, pero que ni la madre ni la hija “querían cambiar realmente”. El funcionario a cargo de la libertad condicional intervino entonces en la conversación y subrayó la importancia del “trabajo en equipo” y de darle a Nichole “apoyo en la escuela”. El personal aceptó con cierta renuencia concurrir a otra reunión tres semanas más tarde.

Mientras conducía rumbo a mi consultorio con el funcionario a cargo de la libertad condicional, éste me confesó que en el pasado había tenido graves dificultades para establecer una relación de trabajo cooperativa con las autoridades de esa escuela, especialmente en ciertos casos. Después de escuchar el relato de algunas de sus experiencias, me sentí menos solo, pues compartíamos las mismas dudas acerca del apoyo que podría brindar la escuela. Estuvimos de acuerdo en que Nichole estaba viviendo “en el límite” debido a sus actuaciones, y que era indudablemente una de las alumnas más difíciles de manejar.

Durante el intervalo de tres semanas, Nichole había concurrido a la escuela casi todos los días y estaba siguiendo las reglas maternas. En nuestra tercera sesión de familia, Nichole fue oficialmente recompensada por su madre con un billete de diez dólares, la primera asignación semanal. Nichole, conmovida, expresó su ferviente deseo de continuar en la buena senda. También se conmovió cuando supo que el funcionario a

cargo de la libertad condicional la había defendido calurosamente en la reunión con el personal de la escuela. Gracias a esta importante información, Nichole cambió la imagen que tenía del funcionario y, en consecuencia, pudieron establecer una mejor relación de trabajo. Si bien la familia mantuvo algunas disputas de consideración durante el período de descanso, volvió rápidamente a encarrilarse.

En mi segunda reunión con el personal de la escuela y con el funcionario de la minoridad, todos reconocieron que Nichole estaba progresando. No obstante, el director se apresuró a señalar que no era sino “un período de luna de miel”, característico en el comportamiento de Nichole. Tanto la asistente social como la señora Smith estuvieron de acuerdo en que tales cambios debían tomarse “con mesurado optimismo”. Les pregunté a los miembros de la escuela si estaban haciendo algo diferente cuando interactuaban con Nichole. Nadie mencionó haber hecho algo distinto cuando se comunicaba con ella. Sorpresivamente, la señora Smith me preguntó si podía sugerirle nuevas estrategias para usar con Nichole en sus clases. Le recomendé observar las cosas que ella hacía y que al parecer ayudaban a Nichole y las cosas que hacía Nichole en clase y que a ella le gustaban. A la señora Smith le agradaron mis sugerencias y prometió traerme un informe de los progresos registrados en nuestra próxima reunión dentro de tres semanas. Además, el grupo decidió incluir a la madre de Nichole en la próxima reunión.

Una semana antes de la reunión, la conducta de Nichole dio un vuelco negativo. Le había robado cincuenta dólares a su madre, había faltado tres días a clase y la habían pescado con una bolsa de marihuana de diez dólares en el baño de la escuela. Tampoco durmió en su casa dos noches y, según Betty, “anduvo callejeando por ahí como una prostituta” con algunas jóvenes mayores que ella. También se rumoreó en la escuela que les había pedido a dos de sus amigos pandilleros que tajearan los neumáticos del automóvil del director. El funcionario a cargo de la libertad condicional me telefoneó para decirme que la única alternativa que le quedaba era encerrar a Nichole durante un mes en la cárcel de menores.

En la cuarta y quinta sesiones familiares con Nichole y su madre no hubo indicios de futuras recaídas de consideración.

Mientras estuvo en la cárcel, la visité dos veces. En ambas ocasiones, Nichole parecía estar deprimida y sentir remordimientos. En mi segunda visita, me enteré de que la madre le había permitido abandonar la escuela, siempre que se buscara un trabajo.

Después de cumplir su condena de un mes en la cárcel de menores, la corte le ordenó continuar con la terapia de familia. Se esperaba que Nichole buscara un trabajo, hiciera las tareas domésticas y se atuviera a las reglas maternas. Para darle un apoyo adicional, la puse en contacto con dos antiguas pacientes mías que también habían estado en libertad condicional y que luego de revertir drásticamente la situación, se habían transformado en dos adolescentes responsables. No sólo la ayudaron a conseguir trabajo en un restaurante de comida al paso, sino que se convirtieron en sus íntimas amigas.

A veces, en las posteriores sesiones de terapia familiar incluí al funcionario de la minoridad y a los pares de Nichole. Nuestro trabajo en equipo permitió a la joven terminar con éxito el período de libertad condicional.

El poder del maestro

Todd, de 14 años, fue derivado a terapia de familia debido a sus malas calificaciones, a su bajo “nivel de tolerancia a la frustración, a sus estallidos de cólera, a sus frecuentes choques con los maestros y a su incapacidad para responder a los límites impuestos por ellos”. Según el asistente social, Todd tenía problemas de conducta desde hacía mucho tiempo. Después de obtener el consentimiento telefónico de la madre de Todd para hablar con el asistente social, llamé a este último para pedirle información más detallada sobre el problema y las soluciones intentadas por la escuela. Le sugerí que sería útil reunimos con los seis maestros de Todd para que colaboraran con nosotros en el caso, luego de obtener el consentimiento por escrito de Todd y de sus padres.

En mi primera sesión de terapia familiar me reuní con Todd, su hermano menor Steve y sus padres. Según éstos, Todd no tenía problemas de conducta graves en el hogar, aunque en ocasiones “agredía físicamente a Steve” y no acataba las reglas parentales. Analizamos con Todd y con sus padres sus opinio-

nes respecto de las dificultades escolares. Los padres se apresuraron a informarme que Todd tenía un coeficiente intelectual de 130 y solía sacarse 9 y 10 en todas las materias antes de entrar en la preparatoria. Sin embargo, el año pasado había tenido bajas calificaciones en matemática, inglés y ciencias sociales. Los maestros de estas asignaturas telefoneaban con frecuencia a la madre de Todd a causa de sus estallidos de furia, malas notas, enfrentamientos e incapacidad de atenerse a las reglas. Todd dijo que sus maestros eran “mezquinos” y muy “rígidos” con él. Por ejemplo, la maestra de inglés le había puesto un 1 en una redacción por entregársela un día después de lo estipulado. Finalmente, Todd y sus padres firmaron su consentimiento para colaborar con el asistente social y con los maestros.

En la primera reunión escolar se hallaban presentes los seis maestros, el asistente social y el director de la escuela. Después de establecer *rapport* con cada uno de los participantes, le pedí al asistente social su opinión sobre la situación de Todd y los motivos que lo llevaron a derivarlo a mi consultorio. Este informó que el alumno visitaba “semanalmente” el despacho del director por razones disciplinarias y que se había “borrado” de todas las entrevistas que él le había fijado con el propósito de aconsejarlo. La maestra de inglés no tenía palabras para calificar la conducta “transgresora” de Todd y afirmó que era un joven “emocionalmente perturbado”. El maestro de matemática comentó que se trataba de un “alumno difícil” y que era “el payaso de la clase”. Las quejas del maestro de ciencias sociales fueron del mismo tenor. Llegado a este punto, decidí pedirles su opinión a los maestros de gimnasia, ciencia y arte.

Curiosamente, estos maestros lo consideraban “un joven dinámico, brillante y capaz de trabajar mucho”, además de ser “responsable” y “colaborador” en sus clases y sacarse 9 y 10 en esas materias. Durante el debate, la maestra de inglés les preguntó a los maestros que sustentaban una opinión más positiva “cuál era el secreto” para que “Todd se comportara tan bien con ellos”. El maestro de arte comentó que era importante “ser benévolo con Todd” y “no presionarlo demasiado”. El maestro de ciencia estuvo de acuerdo con esta estrategia y agregó que se necesitaba “poner el énfasis en las fuerzas de Todd”. El maestro de gimnasia dijo que era “un líder nato” y que “se había ganado la colaboración de Todd” capitalizando sus fuerzas.

Mientras observaba este productivo y fértil intercambio de ideas entre los maestros, me sorprendió su creatividad y capacidad para resolver problemas. Había un fuerte sentimiento de pertenencia a la misma comunidad, aunque era la primera vez que se sentaban juntos para intercambiar ideas sobre el mejor modo de manejar a Todd en las clases y aunque tuviesen distintas opiniones con respecto al paciente.

Al finalizar la primera reunión escolar, los maestros de matemática, inglés y ciencias sociales estaban ansiosos por poner en práctica algunas de las estrategias propuestas por sus colegas de gimnasia, arte y ciencias. El segundo grupo me preguntó si podía aportarles algunas sugerencias útiles. Les recordé que “si funciona, no lo arregle” y les recomendé “hacer más de lo mismo” con Todd. A modo de experimento, le asigné al primer grupo la siguiente tarea, que se debía realizar en el lapso entre la primera y la segunda reunión: “observen las cosas que hace Todd en sus clases que les gustaría que siguiera haciendo, y observen también lo que hacen ustedes y funciona con Todd”. Les pedí que registraran “estas observaciones por escrito para discutir las en la próxima reunión”, que tendría lugar tres semanas más tarde. Todos acordamos que Todd y sus padres participaran en nuestras futuras reuniones.

Dos días después de la consulta escolar, me reuní con Todd y sus padres. La madre informó que “Todd estaba haciendo sus tareas”. Por mi parte, les comuniqué lo que había hablado con el personal de la escuela. Cuando conversé a solas con Todd, le asigné la siguiente tarea, que debía realizar en las próximas tres semanas: “todos los días quiero que observes dos cosas que te gusten de tus maestros de matemática, inglés y ciencias sociales, que las registres por escrito y las comentes diariamente con tu madre”. Apenas comenzada la sesión, les había hablado a los padres de esta tarea, “que seguramente iba a mejorar la relación entre su hijo y los maestros”. La madre decidió comprar un cuaderno para anotar estos hallazgos diarios.

En la segunda reunión escolar, los seis maestros sólo tuvieron palabras de elogio para referirse a los progresos de Todd. Lo que más nos sorprendió al asistente social, a los padres y a mí fue el informe de la maestra de inglés. Todd se estaba “desempeñando” muy bien en sus clases, se mostraba “más

respetuoso” con ella y entregaba “los deberes a tiempo”. Todd le contestó que últimamente “ella era más simpática” con él. Los maestros de matemática y de ciencias sociales aludieron al “considerable progreso de Todd” tanto en su comportamiento como en el área académica. Dedicué la mayor parte de la reunión a amplificar esos cambios. Los padres agradecieron a los maestros “el gran interés” que habían demostrado por ayudar a Todd. El prometió al asistente social y a los docentes seguir esforzándose para mejorar sus calificaciones y su conducta. Al finalizar la reunión, se decidió que yo vería a la familia dos veces más en el transcurso del año lectivo, a fin de controlar los progresos.

Ni los padres ni los miembros de la escuela mencionaron haber percibido otras dificultades en las dos sesiones de control. Todd terminó el año lectivo con un promedio de 9.

Conclusión

En cada uno de los ejemplos de casos descritos en este capítulo, intenté cocrear un espacio dialógico seguro con la familia y los auxiliares involucrados, en el cual se escuchó la opinión de todos los participantes y fue posible generar nuevas narraciones y soluciones creativas. Como podemos observar en estos cinco casos, el hecho de movilizar a las personas claves de la ecología social del adolescente y colaborar con ellas coprodujo cambios terapéuticos rápidos y muy notorios.

100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200

6

Cómo lograr que el cambio perdure: prescripciones para la segunda sesión y las subsiguientes

Para persistir, lo nuevo debe ser de tal suerte que dure más que las alternativas. Lo que más dura entre las ondulaciones del azar, debe durar más tiempo que aquellas ondulaciones que no duran tanto...

Gregory Bateson, analizando cómo las nuevas ideas perduran a lo largo del tiempo en los sistemas vivientes (1980, pág. 50).

En la segunda sesión y en las subsiguientes, nuestra tarea principal como terapeutas especializados en terapia breve consiste en amplificar y consolidar activamente los cambios familiares, de modo que las diferencias sean “dignas de ser noticia” para la familia y perduren largo tiempo, luego de completarse la terapia. Existen cuatro posiciones que asumen habitualmente las familias en la segunda sesión y que dependen de las ideas y tareas terapéuticas recibidas en la primera entrevista. Dichas posiciones son: *mejor, confusa, igual o peor*.

En este capítulo analizaré las reglas terapéuticas para diseñar y seleccionar la tarea que corresponde a cada una de estas posiciones, el uso creativo del equipo asesor y los rituales de fin de terapia. Ofreceré, asimismo, ejemplos de casos.

Diseño y selección de la tarea según las distintas posiciones asumidas por el paciente

Las familias que están *mejor*

Cuando la familia concurre a la segunda sesión y a las subsiguientes informando que se han producido cambios impor-

tantes en el área del objetivo o en otras áreas, dedico la mayor parte de la sesión a amplificar las excepciones y consolidar los cambios familiares. Mediante las expresiones de aliento y las preguntas centradas en la excepción, y subrayando las diferencias con las preguntas sobre la explicación y la redescrición únicas (White, 1988b), puedo lograr que esos cambios significativos “sean dignos de ser noticia” para los familiares. Mi manera de alentarlos consiste en intercambiar apretones de mano y chocar las palmas, al tiempo que respondo a cada una de las excepciones con preguntas del siguiente tenor: “¿Cómo hizo semejante cosa?!”; “¿Cómo logró que eso sucediera?!”; “¿Cómo se le ocurrió una idea tan ingeniosa?!”; “¿Esto es realmente distinto?” Siempre es beneficioso que los miembros de la familia distingan entre las viejas pautas de conducta y las nuevas pautas de interacción. A fin de reforzar las nuevas pautas excepcionales de conducta, utilizo las preguntas para consolidar el cambio y las presuposicionales (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Algunas preguntas útiles para consolidar el cambio que refuerzan y amplifican los progresos familiares son las siguientes: “¿Qué tendría que hacer para sufrir un retroceso?”; “¿Qué tendría que hacer para evitar una recaída de consideración?”; “¿Qué tendría que seguir haciendo para que eso [la excepción] sucediera más a menudo?”; “Si mirara en mi imaginaria bola de cristal dentro de tres meses, ¿qué nuevos cambios observaría en la familia?” Otra manera de subrayar los cambios consiste en preguntarles a los miembros de la familia cómo se calificarían en la escala correspondiente al área del objetivo.

Diseño y selección de la tarea terapéutica

Algunas familias no necesitan otras entrevistas terapéuticas debido a la magnitud de los cambios experimentados o simplemente porque han resuelto el problema. En esos casos, me tomo un descanso para “reunirme conmigo mismo” y elaborar los cumplidos, o bien invito al equipo asesor a ingresar al cuarto de terapia mientras la familia y yo nos colocamos detrás del vidrio espejado. Cuando adopto este último formato, le pido a la familia que reflexione sobre las reflexiones del equipo y doy por terminada la terapia. Nunca olvido comunicar a la familia que mi política es de “puertas abiertas”, por si necesitan volver

para una sesión de "ajuste". También me atengo a esta modalidad de puertas abiertas cuando trabajo solo.

Hay familias que desean, sin embargo, continuar la terapia a fin de trabajar más exhaustivamente en el área del objetivo. En ese caso, además de hacer que el equipo piense en los elogios e ideas que brindará a la familia durante el descanso de la sesión, analizo con ésta si quieren continuar con la misma tarea asignada en la primera entrevista o bien probar con una nueva. El equipo y yo les comunicamos entonces nuestra preferencia por hacer más de lo que funciona, diciéndoles: "Si funciona, no lo arregle. Esa es nuestra creencia" (de Shazer, 1985). Si los padres piden una tarea diferente, el equipo y yo les asignamos una tarea de observación (Molnar y de Shazer, 1987) "para que sigan advirtiendo los nuevos cambios que experimenten". Durante el tiempo de sesión individual dedicado al adolescente, solemos recomendarle la tarea de la "sorpresa" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Le pido entonces al adolescente que elija dos sorpresas que "conmocionen positivamente a los padres" y que debe dar en el transcurso de la semana o en el intervalo entre sesión y sesión. Además, se instruye a los padres para que saquen la lupa de Sherlock Holmes o la de Mata Hari y averigüen cuáles son esas sorpresas que los "conmocionarán positivamente".

Intervalos más largos

Mis colegas y yo opinamos que es sumamente provechoso conceder a la familia intervalos más largos entre sesión y sesión como voto de confianza. Los intervalos se alargan gradualmente, hasta que la familia se siente capaz de progresar por sí misma. Palazzoli y sus colegas (1980) descubrieron que dar intervalos más largos entre sesiones le permite a la familia no sólo tener más tiempo para reflexionar sobre las nuevas ideas propuestas por el terapeuta y el equipo asesor, sino también para advertir los cambios y diferencias producidos en la situación familiar. Con las familias derivadas por el juez o por el funcionario a cargo de la libertad condicional que deben concurrir forzosamente a mi consultorio durante un año, aplico la **terapia breve a largo plazo**. Luego de negociar con el funcionario del régimen de prueba o con el juez, puedo ver a la familia seis

veces en el curso de un año. He descubierto que la estrategia de la terapia breve a largo plazo también es útil con drogadictos crónicos y adolescentes que padecen trastornos de la alimentación, ya que fortalece la capacidad natural que éstos poseen para manejar con éxito las futuras e inevitables recaídas. A este tipo de entrevistas solicitadas por el paciente las denomino sesiones de “ajuste”.

Las familias con opiniones *confusas*

Cuando una familia se presenta a la segunda sesión informando que ha tenido problemas en el área del objetivo u otras dificultades en el curso de la semana, doy comienzo a la entrevista preguntándoles cuántas veces **no** se presentaron esas dificultades. Cuando aparece el material de excepción, amplifico esos cambios mediante expresiones de aliento y preguntas centradas en la excepción. Si la estrategia funciona, empleo preguntas presuposicionales para desplazar a la familia hacia una realidad futura libre de problemas. También uso mi imaginaria bola de cristal (de Shazer, 1985) o la metáfora de la videocinta (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Asimismo, puedo investigar con los padres y el paciente dónde se colocarían ahora en la escala correspondiente al área del objetivo.

Cuando la estrategia mencionada conduce a la negación de las excepciones por parte de los padres, hago algo diferente y les pregunto: “¿Por qué las cosas no están peor?”. Con frecuencia los padres contestan mencionando excepciones significativas, a cada una de las cuales respondo con expresiones de aliento y preguntas centradas en la excepción. A veces es necesario reexaminar y renegociar el objetivo del tratamiento establecido por la familia, a fin de transformarlo en un objetivo más pequeño y más accesible.

Diseño y selección de la tarea terapéutica

Además de elogiarlos y compartir nuestras ideas con los miembros de la familia, el equipo y yo les asignamos una nueva tarea terapéutica que se adapte mejor a su pauta peculiar de respuesta cooperativa. La tarea de “hacer algo diferente” (de Shazer, 1985) es particularmente útil con los padres que se han

estancado "haciendo más de lo mismo" (Watzlawick *et al.*, 1974). Si nadie puede explicar por qué las excepciones se producen espontáneamente, el equipo y yo recomendamos la tarea de predicción (de Shazer, 1988) o alguna otra que pueda ser ejecutada de una forma aleatoria. A los padres que se preocupan por las recaídas y dificultades que puede sufrir el paciente en el futuro, les decimos: "todo cambio implica tres pasos hacia adelante y dos pasos hacia atrás, pero de ningún modo volver al principio" (de Shazer, 1985).

Ejemplo de caso: Roger

Los padres de Roger, un adolescente de 16 años, lo trajeron a terapia por violar continuamente las reglas, tener problemas con la policía y faltar a la escuela sin permiso. En la primera entrevista, los padres decidieron que había que terminar con "las inasistencias injustificadas". Según informaron, Roger faltaba a la escuela con sus "amigos" y sólo concurría a dicho establecimiento una o dos veces por semana. Ningún miembro de la familia pudo dar cuenta de estas excepciones espontáneas. En el curso de la entrevista, descubrí que existía un grave conflicto entre los padres y que a menudo se reprochaban mutuamente la manera de educar a Roger. Utilicé entonces las preguntas centradas en la excepción y le pedí a Roger que abandonara el cuarto, lo cual, al parecer, interrumpió la pauta negativa de interacción. Luego de elogiar a cada miembro de la familia por sus fuerzas y estrategias para enfrentar el problema, les asigné la tarea de predicción como "un experimento útil" que debían realizar durante la semana. Todas las noches los tres tenían que predecir por separado si Roger "estaría o no en la escuela" a la mañana y, al día siguiente, buscar las razones que explicaran lo sucedido.

La familia regresó a la segunda sesión informando que Roger había concurrido a la escuela "cuatro de cada cinco días". Saqué mi imaginario bastón con pompones para festejar el hecho y amplifiqué las excepciones. No obstante, los padres comenzaron a criticarse por lo mal que habían manejado "una violenta disputa" a causa del hijo. Roger había querido ir a una fiesta con "sus amigos revoltosos" y la madre le dijo "¡no!" Al padre, por el contrario, le pareció "bien que fuera a la fiesta". Le pedí a Roger que aguardara en la sala de espera mientras me reunía a solas con sus padres. En primer término, los elogí por conseguir que Roger "estuviera en la escuela"; en segundo término, les asigné una tarea de observación para la semana: cada uno debía observar lo que el otro hacía de bueno respecto de Roger y

registrarlo por escrito a fin de analizar sus descubrimientos en la próxima sesión. Los padres reconocieron que “dedicaban muy poco tiempo” a reparar en las cosas buenas que el otro hacía por el hijo. Después de elogiar a todos los miembros de la familia, les recomendé que continuaran con la tarea de predicción alegando que siempre resulta beneficioso “seguir haciendo lo que funciona”.

Una semana más tarde la familia regresó informando que se habían producido muchísimos cambios. Roger “iba diariamente a la escuela”, cesaron las “violentas disputas” y los padres no se habían peleado ni criticado en toda la semana. Cuando me reuní a solas con los padres, cada uno registró por lo menos cuatro cosas que le gustaban del comportamiento parental del otro. Les concedí cuatro semanas de vacaciones como voto de confianza y les pedí que en ese intervalo “continuaran haciendo más de lo que funciona”. Decidieron terminar la terapia después del período de descanso, pues ya habían resuelto el problema.

Las familias que están *igual*

Cuando las familias no registran nuevos progresos en la segunda sesión y en las subsiguientes, averiguo en primer lugar si por lo menos han tenido un día bueno en el curso de la semana y trato de amplificar esas excepciones. Es importante obtener información detallada de las excepciones ocurridas en el único día bueno, ya que sirven como bloques potenciales para construir la solución. Si el cuestionario centrado en las excepciones provoca la realimentación negativa del paciente, analizo con la familia cómo evitaron que las cosas empeorasen. Si la familia todavía insiste en la negatividad y el pesimismo respecto de la situación, considero el hecho como una realimentación significativa del paciente que me indica que debo hacer algo terapéuticamente distinto. En principio, siempre es útil simplificar las cosas e investigar con la familia ciertas áreas fundamentales. Por ejemplo, si contamos con un objetivo de tratamiento bien estructurado o con un cliente. Cada vez que nos sentimos estancados, analizo con la familia si el objetivo del tratamiento no es demasiado monolítico y si habría que descomponerlo en partes, o si hemos seleccionado el área del objetivo equivocada para comenzar nuestro trabajo. También puedo echar mano de la secuencia pesimista (Berg y Gallagher, 1991) a fin de que aparezcan algunas excepciones, o investigar con la familia si

alguien más debería participaren nuestras sesiones de terapia. Al evaluar a la clientela, suelo pedirle al paciente que califique en una escala del 1 al 10 (donde el 10 significa la persona más interesada) a todos los miembros de la familia y a otros individuos importantes para él que aún no han participado en nuestras sesiones. La respuesta a esta pregunta me proporciona a menudo pistas importantes sobre la persona que debo incluir en las futuras sesiones. Mientras evalúo a la clientela, puedo hacer una evaluación macrosistémica (Selekman y Todd, 1991) con la familia, para que ésta me diga cuáles son los auxiliares involucrados procedentes de sistemas más amplios que deberían colaborar conmigo. Si hay auxiliares múltiples interesados en el caso, les pido a los miembros de la familia que firmen una autorización para divulgar información y les aconsejo que en el futuro nos reunamos con los auxiliares múltiples.

Diseño y selección de la tarea terapéutica

Con algunas familias, el mero hecho de cambiar de táctica y preguntarles: “¿Por qué las cosas no están peor?”, saca a relucir importantes excepciones que pueden utilizarse como bloques para coconstruir la solución. Cuando no se registran excepciones, se emplea la secuencia pesimista (Berg y Gallagher, 1991). Si aun así la familia persiste en su actitud negativa, cambio de táctica y le pido una descripción semejante a una videocinta de la secuencia de interacción familiar que mantiene el problema. La intervención sobre la pauta (O’Hanlon, 1987; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989) constituye una estrategia terapéutica eficaz para interrumpir las secuencias de interacción que mantienen el problema en la familia. O’Hanlon (1987) ha elaborado una guía muy útil para interrumpir tales pautas en el sistema del paciente. Algunas de sus recomendaciones son:

- 1. Cambie la frecuencia/proporción del síntoma/pauta del síntoma.**
- 2. Cambie la duración del síntoma/pauta del síntoma.**
- 3. Cambie el tiempo (día, semana, mes, año) del síntoma/pauta del síntoma.**
- 4. Cambie la localización del síntoma/pauta del síntoma.**
- 5. Sume o reste (por lo menos) un elemento a la secuencia.**
- 6. Cambie la secuencia (el orden) de los acontecimientos en tomo del síntoma (pág. 36).**

Si a la familia le entusiasma la idea de probar con una tarea que el equipo y yo deseamos ofrecerle, emprendemos entonces el camino de la intervención sobre la pauta.

Ejemplo de caso: Rorie

Rorie fue derivado a terapia familiar por el consejero escolar a causa de su adicción a las drogas y su inasistencia a la escuela. Rorie se negó a concurrir a la primera sesión de familia. Dedicué la mayor parte de la sesión a averiguar cuáles eran las excepciones parentales y las soluciones intentadas con éxito en el pasado. Los padres no identificaron ninguna excepción ni estrategia útil que hubieran usado para lograr que Rorie concurriese a la escuela o no abusara de la marihuana. Incluso formulándoles la pregunta por el milagro (de Shazer, 1988) y cooperando con su posición pesimista, no pude obtener material de excepción. Puesto que los padres se pasaron toda la sesión quejándose de la conducta de Rorie, les asigné una tarea de observación (Molnar y de Shazer, 1987). A los padres les gustó la idea de ocupar la semana observando a Rorie, en lugar de “perder” el tiempo “gritándole”.

Una semana más tarde los padres informaron no haber registrado excepciones en el comportamiento de Rorie. Llegado a este punto, decidí cambiar de táctica y rastrear la secuencia que mantenía el problema en torno del abuso de marihuana, un problema que los padres querían cambiar en primer término. Le pedí entonces a la madre que me diera una descripción semejante a una videocinta de todo lo que sucedía antes, durante y después de que Rorie fumara marihuana en la casa. La descripción de la madre fue la siguiente: Rorie vuelve a casa alrededor de las cuatro de la mañana “muy pirado”. “Pone la música a todo volumen” y “fuma marihuana en el cuarto”, a veces solo, a veces con sus amigos. Ella lo enfrenta. Rorie “le grita, se enfurece y sale precipitadamente de la casa”. El padre regresa al hogar y junto con la madre le “quitan el teléfono y el equipo de música” por un tiempo. Rorie vuelve a casa a las nueve o diez de la noche y “se encierra con llave en su cuarto”. Los padres le comunican que estará en penitencia el próximo fin de semana.

Los padres se hallaban al cabo de sus fuerzas. Incapaces de obtener algún resultado con respecto a Rorie, me preguntaron si “se me ocurría alguna idea”. Como estaban dispuestos a todo y contaban con dinero suficiente, les sugerí que contrataran a dos actores locales disfrazados de agentes del FBI, que se presentarían en la casa a las cuatro de la mañana. Los actores simularían estar investigando a una banda de narcotraficantes en el vecindario y preguntarían por Rorie,

a fin de someterlo a un interrogatorio. Luego se lo llevarían a dar un paseo en automóvil y le dirían que era un sospechoso potencial. A los padres les encantó la idea y dedicaron la semana siguiente a visitar las agencias locales de contratación de actores.

Dos semanas más tarde, después de haber contratado y entrenado a dos actores, decidieron poner a prueba la estrategia un miércoles a las cuatro de la madrugada. Según los padres, la experiencia influyó profundamente en la conducta de Rorie. No sólo se “aterrorizó hasta perder la cabeza” sino que se produjeron los siguientes cambios: “Iba a la escuela”; “No mostraba signos de consumir marihuana”; “No ponía la música a todo volumen” y se atenía a las “reglas” parentales. También concurrió a las tres últimas sesiones de terapia. Tanto los padres como yo simulamos creer que la investigación del FBI constituía una gravísimo problema para Rorie. Este se hallaba dispuesto a hacer cualquier cosa que lo borrara de la lista de sospechosos del FBI; por ejemplo, “abstenerse de la marihuana” y “concurrir a clase”. También colaboré con el personal de la escuela para ayudar a Rorie a comenzar una nueva etapa. Rorie dejó de drogarse y de faltar a clase después de descubrir “las graves consecuencias” de sus actos y de aprender que podía ganarse “interesantes privilegios” si no “se metía en problemas”.

Algunas familias, sin embargo, regresan a la segunda sesión y a las subsiguientes con una actitud muy pesimista y sintiéndose víctimas del problema. Se trata, en general, de familias que han sufrido múltiples fracasos terapéuticos y que han estado oprimidas por el conflicto durante mucho tiempo. Además de averiguar qué cosas pudieron haber descuidado u omitido respecto del caso (narraciones) los antiguos terapeutas, extermalizo el problema (White y Epston, 1990). El equipo y yo elaboramos entonces un experimento cuyo propósito es fortalecer a la familia en su combate contra el problema opresor.

Ejemplo de caso: Steve

Los Andrew recurrieron a terapia porque su hijo Steve, de 17 años, tenía una larga historia de abuso de drogas. Steve había participado en dos programas de rehabilitación y había recaído poco después de ser dado de alta en el último programa. El señor Andrew consideraba a Steve un “drogón” porque se negaba a “enderezarse”. La señora Andrew pensaba que Steve “se había esforzado mucho últimamente” para cambiar su conducta. En la primera entrevista, Steve

confesó que sus compañeros de la secundaria le ponían apodos peyorativos como “pirado” y “cerebro frito” que le “reventaban profundamente”. El hermano mayor de Steve, que estudiaba en la universidad, también había tenido problemas con la droga en la secundaria. Mi intento por sacar a relucir las excepciones fue recibido con negatividad y pesimismo. Rápidamente cambié de táctica y le formulé a la familia la pregunta por el milagro (de Shazer, 1988). Para los padres, el milagro consistía en la abstinencia de drogas por parte de Steve, en que éste y su padre “se llevaran mejor”, que hubiera “menos disputas en la familia” y que Steve se mantuviera alejado de sus “amigos de juerga”. Decidí reunirme a solas con el adolescente para afianzar nuestra alianza terapéutica. Le asigné dos tareas, teniendo en cuenta su fuerte motivación para luchar contra el problema de la droga. La primera tarea consistía en observar lo que necesitaba hacer para no estar “pirado” (lenguaje de Steve) durante la semana (de Shazer, 1985) y registrarlo por escrito la próxima sesión. Para la segunda tarea; Steve debía elegir dos días de la semana durante los cuales tenía que simular que el milagro había ocurrido (de Shazer, 1991), y de ese modo “sorprender a sus padres”. Luego de elogiar a la familia, les pedí a los padres que sacaran su lupa imaginaria y adivinaran cuáles eran los días en que Steve estaba fingiendo.

Una semana más tarde la familia regresó informando cambios mínimos y con una actitud totalmente negativa. Se produjo una disputa entre el joven y su padre durante la sesión cuando este último acusó a Steve de “no querer cambiar”. Interrumpí el ciclo destructivo de la culpa externalizando el problema (White y Epston, 1990) y les formulé las siguientes preguntas: “¿Cuánto hace que ese estilo ‘drogón’ de vida ha estado mortificando a sus hijos?”; “Steve, ¿hasta cuándo vas a permitir que ese estilo de vida ‘drogón’ induzca a tus compañeros de escuela a apodarte ‘pirado’ y ‘cerebro frito’?”. La atmósfera del cuarto cambió notablemente y mis preguntas para extemalizar el problema permitieron a los miembros de la familia considerar la situación problemática de un modo distinto. Los padres opinaron que se trataba de un problema que involucraba a toda la familia. Recordaron que cuando Bill (el hermano mayor) comenzó a drogarse, hicieron el esfuerzo consciente de no acusarlo, que “pareció funcionar”, ya que la conducta de Bill cambió a partir de ese momento. Steve respondió con mucha emoción a mi pregunta acerca de cómo su estilo de vida “drogón” inducía a los compañeros a apodarlo “pirado” y “cerebro frito”: “¡Estoy harto de esos estúpidos!”; “¡Me revienta que me llamen ‘pirado’ y ‘cerebro frito’!”

Como no contaba con ningún equipo en ese momento, me tomé un descanso para “reunirme conmigo mismo” y diseñar una tarea

apropiada. Los miembros de la familia tenían que observar diariamente todo lo que hacían para combatir el estilo de vida “drogón” y no permitir que los mortificara ni en el hogar ni en la escuela. Di instrucciones a la familia para que se reunieran después de la cena durante una hora y media a fin de analizar sus victorias sobre el estilo de vida “drogón”, lo que hacían específicamente para luchar contra él y hasta qué punto los estaba mortificando. También les expliqué que ese estilo de vida “drogón” no moría fácilmente, por eso las reuniones nocturnas eran esenciales para idear estrategias y darse mutuo apoyo. Les pregunté si deseaban volver en dos o en tres semanas. La familia decidió regresar luego de dos semanas.

Dos semanas más tarde, Steve y sus padres entraron sonriendo al consultorio y con un excelente estado de ánimo. Steve “¡se había enderezado durante dos semanas!”. Me caí de la silla cuando Steve anunció ese logro impresionante. Además, no se habían “peleado” ni siquiera una vez en el intervalo. El padre, que era fanático de los Cubs, un equipo de béisbol, dijo que “Steve estuvo bateando a mil”. La madre informó que lo había visto “hacer sus tareas”, lo que implicaba “un gran cambio”. Steve informó que “le resultaba sumamente provechoso reunirse por las noches con sus padres, pues le daban apoyo, y que se había alejado de sus “amigos jueguistas”. Después de subrayar las diferencias y amplificar los numerosos cambios familiares, les recomendé que continuaran haciendo la tarea y que nos reuniríamos dentro de cuatro semanas, como voto de confianza. Vi a la familia dos veces más. Para la cuarta y última sesión, que tuvo lugar dos meses después de la tercera, compré un pastel, a fin de celebrar la victoria de los Andrew sobre el estilo de vida “drogón”.

Cómo manejar los descarrilamientos transitorios de la familia

Durante los intervalos más largos entre sesión y sesión, o en las breves vacaciones terapéuticas, la familia puede sufrir un retroceso en el área del objetivo o reincidir en las viejas pautas de interacción que mantienen el problema, como respuesta a una recaída. Una vez notificado por los padres, convoque inmediatamente a la familia para una sesión de “ajuste”. Luego de considerar el retroceso como un descarrilamiento transitorio y una oportunidad para volver a las buenas prácticas (Tomm y White, 1987), analizo con la familia las medidas que ya han tomado para normalizar la situación antes de concurrir a la sesión de “ajuste”. Si los familiares todavía están en crisis o se sienten desorientados, les formulo las siguientes preguntas:

“¿Qué tendrán que hacer para volver al buen camino?”; “¿Qué tendrán que hacer para mantenerse en el buen camino?”; “Cómo se las arreglarán para que eso suceda?”; “¿Qué otras cosas tendrán que hacer para encarrilarse?” También puedo sacar mi imaginaria bola de cristal (de Shazer, 1985) a fin de que los miembros de la familia describan lo que harán en el futuro para permanecer encarrilados. Si todavía subsisten algunas inquietudes que no han sido resueltas en la sesión de “ajuste”, les doy un tumo para la próxima sesión y mando a la familia otra vez de vacaciones, como voto de confianza.

Las familias que están *peor*

Cuando las familias regresan a la segunda sesión y a las subsiguientes informando que la situación problemática ha empeorado, respondo a esta realimentación significativa del paciente haciendo algo terapéuticamente distinto. La secuencia pesimista (Berg y Gallagher, 1991) puede ser una opción eficaz para fomentar mejores relaciones cooperativas.

Además de analizar con la familia si necesitamos establecer un objetivo de tratamiento nuevo o más pequeño, investigamos quién más debería estar presente en las sesiones, incluyendo a los auxiliares involucrados en el caso procedentes de sistemas más amplios. Si la familia no ha respondido bien a las tareas centradas en la solución o a la intervención sobre la pauta (O’Hanlon, 1987), entonces externalizo el problema (White y Epston, 1990). En algunos casos, sin embargo, los pequeños cambios que estas estrategias han producido no llegan a ser “diferencias que establezcan una diferencia” para la familia. Por lo tanto, puede resultar más útil intervenir menos y dejarles más espacio para que cuenten sus historias saturadas de problemas. Las preguntas conversacionales (Anderson y Goolishian, 1988a) permiten que los miembros de la familia relaten sus historias sin que el terapeuta y el equipo las corten, lo que da origen a nuevas narraciones y significados en torno de la historia familiar.

Ejemplo de caso: Kelly

Kelly, de 17 años, fue enviada a terapia por el tribunal de menores porque robaba en los negocios, violaba constantemente las reglas parentales, faltaba a la escuela sin permiso y consumía drogas. En la primera sesión, el equipo y yo recomendamos a los padres “la tarea de hacer algo diferente” (de Shazer, 1985). Una semana más tarde regresó la familia informando que no se había producido progreso alguno. Los padres se habían fijado como objetivo que su hija “volviera a casa a una hora prudente, por lo menos una vez a la semana”. Kelly no adhirió al objetivo y no pudo identificar nada que realmente quisiera obtener de la terapia o de sus padres. Según éstos, Kelly no había llegado a horario ni siquiera una vez y estaban “furiosos con ella”. Rastreado la secuencia del problema, descubrí que las peleas familiares más violentas tenían lugar en la cocina, luego de las traspasadas de Kelly. Por lo general, Kelly ganaba todas las peleas porque estaba “más despierta” que sus padres, y terminaba maldiciéndolos y encerrándose con llave en su cuarto. El equipo y yo les recomendamos que se pelearan en la sala y durante las primeras horas de la noche, cuando los padres “estaban más despiertos”. Las peleas familiares eran, a nuestro entender, el mejor modo de transmitir el “interés” y la “relación emocional” que existía entre ellos. Se los instruyó para que pelearan por turno con cada miembro de la familia durante cinco minutos. Usarían el cronómetro de la cocina para controlar exactamente el tiempo. Cualquier tema que se hubiera pasado por alto debía ser registrado por escrito y abordado en la próxima sesión de pelea.

Cuando la familia regresó a la tercera sesión, informó que las peleas habían disminuido y que la conducta de Kelly era un poco más aceptable, de modo que amplifiqué esos cambios. Sin embargo, Kelly se revolvió en su asiento y se veía deprimida. Al parecer, había cierta tensión entre Kelly y su padre. El equipo reparó en esta conducta no verbal y la incluyó en sus reflexiones cuando la familia y yo nos colocamos detrás del vidrio espejado durante el descanso. Algunos comentarios del equipo fueron del siguiente tenor: “Me pregunto si en este rompecabezas familiar no faltará una pieza de la que aún no se ha hablado...”; “Sí, a pesar de los progresos de la semana pasada, hay algo que está poniendo sordina a los buenos sentimientos...”; “Me pregunto si Kelly no está tratando de decir algo que podría ser la pieza faltante del rompecabezas, pero no estoy seguro de que esa pieza ‘encaje’ en la familia...”

Después de cambiar de cuartos, la familia comentó las reflexiones del equipo. Y de pronto Kelly se animó a confesarnos que hacía tres

años, cuando su hermano mayor regresó de la universidad para pasar el verano en casa, abusó sexualmente de ella. Los padres se sintieron totalmente conmocionados, sobre todo el padre, que era muy apegado a su hijo. Según Kelly, Alan (el hermano de 24 años) había vuelto borracho de una fiesta cuando los padres no estaban y la había obligado a tener relaciones sexuales con él, amenazándola con “matarla” si “soltaba la lengua”. La madre abrazó a Kelly y le dijo: “¡Esto no volverá a suceder!” y “Alan tendrá que dar cuenta de ello”. El padre pensó en encarar a Alan por el incidente y “mandarlo a terapia”. Los padres negaron estar al tanto del abuso sexual sufrido por Kelly. Le aclaré a la familia que en mi condición de informante bajo mandato, estaba obligado a llamar al departamento de servicios de protección al menor y notificar el incidente. El padre se ofreció a telefonar desde mi consultorio. Les dije que colaboraría con el trabajador de la protección al menor, que abogaría por ellos y les brindaría terapia durante el período de crisis.

Kelly y sus padres decidieron presentar cargos contra Alan, que fue enviado por la corte a un grupo de delinquentes sexuales. En las siguientes sesiones, se le dio apoyo a Kelly y a sus padres, se colaboró con el trabajador de la protección al menor y con el funcionario a cargo de la libertad condicional. Vi a Kelly y a su familia seis veces más. Luego derivé a Kelly a un grupo especial para jóvenes víctimas de abuso sexual. La conducta de Kelly mejoró notablemente después de la osada revelación que les hizo a sus padres.

El caso de Kelly es un ejemplo significativo de la importancia de la flexibilidad terapéutica. El equipo y yo comenzamos la terapia utilizando el enfoque de terapia breve centrado en la solución, que no produjo ningún cambio relevante. De hecho, las cosas empeoraron. Intentamos interrumpir la pauta de interacción en tomo a las trasnochadas de Kelly, lo que dio por resultado algunos cambios que no fueron “dignos de ser noticia” para ella, pues tenía una historia más importante que contar. Nuestra posición terapéutica originaria, de carácter intencional e intervencionista, impidió a Kelly relatarnos la historia. Era obvio que necesitábamos hacer algo diferente. El equipo reflexivo percibió conductas no verbales que indicaban la existencia de algún secreto de familia todavía oculto. Como grupo, eran libres de hablar metafóricamente del secreto desde una metaposición, lo que facilitó el camino para que Kelly revelara “lo no dicho aún” (Anderson y Goolishian, 1988b). La valiente revelación de Kelly permitió a los padres dar un nuevo signifi-

cado a la conducta de la hija y dio por resultado notables cambios familiares.

Familias desconectadas

Hay casos en los cuales el cambio en una parte del sistema familiar no produce cambios en otras partes del sistema. Los miembros y subsistemas de la familia tienden a estar desconectados. Incluso el hecho de modificar la conducta del progenitor que más se preocupa por el hijo no sólo no produce cambios sino que tiende a reforzar o exacerbar aun más los síntomas del adolescente. He verificado el fenómeno en las familias que poseen múltiples portadores de síntomas. Una estrategia terapéutica aplicable a las familias desconectadas consiste en intervenir por separado a través de los miembros o subsistemas de la familia. A tal fin, establezco objetivos de tratamiento con cada uno de los subsistemas familiares y los aliento a que interactúen de un modo distinto. El caso que cito a continuación ilustra el desafío que significa para todo terapeuta trabajar con familias desconectadas.

Ejemplo de caso: Wendy

Sara trajo a terapia a su hija Wendy, de 17 años, “por temor de que no aprobara el último año de la secundaria” debido al abuso de alcohol. Después de tres sesiones de terapia, los problemas escolares y el alcoholismo de Wendy empeoraron a pesar de los cambios notables de Sara, que comenzó a concurrir a Al-Anon y a no volverse “superresponsable” con respecto a Wendy. En la primera entrevista no pude establecer ningún *rapport* con Wendy, quien además boicoteó las sesiones de terapia subsiguientes. Como me sentía estancado y no contaba con ningún equipo, decidí ampliar el sistema y le pedí a Sara que trajera a su marido y a su hijo de 26 años a la próxima sesión. El padre vino oliendo a alcohol y con aspecto desaseado. El hermano de Wendy, que había sido arrestado por vender cocaína, obviamente no pudo concurrir a la entrevista. Mis intentos por atraer al padre resultaron vanos. Sara y yo tuvimos cuatro sesiones más. Continuó asistiendo a las reuniones de Al-Anon, dejó de ser una “supermamá” y se inscribió en los cursos nocturnos de la universidad. Finalmente, Sara llegó a la conclusión de que la única persona que podía cambiar en la familia era ella.

Aunque no pude resolver el problema que preocupaba a Sara, aún hoy considero el caso como un éxito terapéutico. Sara tomó, en el transcurso de la terapia, muchas medidas valientes para fortalecerse a sí misma y aprender a manejar una situación familiar sumamente problemática. En nuestra última sesión, la elogí por “dominar el arte del desasimiento” y por aplicar, respecto de su familia, la sabiduría implícita en la “Plegaria de la serenidad”.

Tareas y estrategias de equipo centradas en la solución

En esta sección del capítulo presentaré diez tareas y estrategias de equipo centradas en la solución que resultan muy eficaces en los casos de adolescentes difíciles y sus familias, describiré cada una de las tareas terapéuticas y estrategias de equipo, proporcionaré reglas útiles para saber cuándo emplearlas en el proceso del tratamiento y daré ejemplos de casos.

Tirar la moneda

Cuando los padres tienen problemas para compartir la responsabilidad de imponer disciplina, les recomiendo que todas las mañanas arrojen la moneda para determinar quién se hará cargo de la disciplina ese día (de Shazer, 1988). De ese modo, cada uno de los padres tendrá la misma probabilidad de desempeñar el papel “ingrato”. He descubierto que esta tarea terapéutica disminuye los conflictos entre los padres y vuelve a equilibrar las relaciones entre éstos y el adolescente.

La sorpresa

La “tarea de la sorpresa” (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989) consiste en hacer que el adolescente elija dos sorpresas para conmocionar positivamente a sus padres durante la semana y que mantendrá en secreto. A su vez, se les dice a los padres que saquen su lupa imaginaria y traten de averiguar cuáles serán dichas sorpresas. La tarea es divertida y resulta muy eficaz para amplificar excepciones y cambios. En ocasiones revierto la

tarea y dejo que los padres se encarguen de dar la sorpresa. Me agrada emplear esta tarea con los pacientes que están *mejor* y con los que tienen *opiniones confusas*.

La tarea de promover la solución

A los pacientes que presentan trastornos en los hábitos, tales como abuso de drogas y problemas en la alimentación, la tarea de promover la solución (de Shazer, 1985) puede fortalecerlos para enfrentar y vencer sus malos hábitos. Se instruye al adolescente de la siguiente manera: “durante la semana próxima quiero que repares en las distintas cosas que debes hacer para evitar la tentación de [lenguaje del paciente] estar ‘borracho’, ‘pirado’, de ‘atracarte’, de ‘empacharte’, etc.”. La tarea resulta especialmente eficaz con los pacientes que tienen *opiniones confusas*, pues los ayuda a generar más excepciones y aumentar aun más su capacidad de resolver problemas. A los pacientes adictos a las drogas les pido que confeccionen listas con todas las soluciones prácticas que se les ocurran, y que las escriban en tarjetas que llevarán permanentemente en sus bolsos o billeteras. Algunos pacientes difíciles me han dicho que “las tarjetas con las soluciones” les han resultado muy eficaces en los períodos de crisis.

El ritual para controlar el hábito

El ritual para controlar el hábito (Durrant y Coles, 1991) es muy beneficioso en el caso de las familias que han padecido un determinado síntoma durante largo tiempo. Una vez que el síntoma familiar se externaliza, se instruye a los miembros de la familia para que observen diariamente lo que pueden hacer para oponerse al síntoma y no permitir que se apodere de ellos. También se les pide que registren las ocasiones en las que son derrotados por el síntoma. Se programan reuniones familiares nocturnas con propósitos estratégicos hasta vencer el síntoma opresivo. La tarea es particularmente beneficiosa para aquellas familias que en la segunda sesión y en las subsiguientes entran dentro de las categorías de *igual* o *peor*.

Ritual de externalización simbólica

Friesen, Grigg y Newman (1991) han ampliado la estrategia terapéutica de la “externalización del problema” de Michael White (White y Epston, 1990), cocreando con la familia un símbolo externo o una representación metafórica del síntoma opresivo. Una vez que la familia selecciona un símbolo externo que refleja su preocupación por el síntoma, se les pide que describan sus relaciones con él y lo que les gustaría decirle. Los miembros de la familia establecen un diálogo directo con el símbolo y con los otros miembros acerca del símbolo. También se analizan y amplifican los posibles cambios producidos en sus relaciones con el símbolo. Por último, el terapeuta y la familia deciden qué hacer con el símbolo luego de vencerlo. El ritual de externalización simbólica es generalmente útil con las familias que han padecido algún síntoma durante largo tiempo, que no han respondido bien al enfoque básico centrado en la solución y que pertenecen a las categorías de *igual* o *peor*. El siguiente ejemplo ilustra la eficacia de esta tarea terapéutica.

Ejemplo de caso: Wally

Wally fue traído a terapia por sus padres a causa de su adicción al alcohol. El abuelo paterno había muerto como consecuencia del alcoholismo y los padres temían que Wally “se convirtiera en un alcohólico”. Las calificaciones de Wally habían descendido ostensiblemente luego de empezar a beber en exceso. Aunque éste quería modificar su conducta, “ya no controlaba” el problema de la bebida. Los padres, por su parte, se mostraban muy pesimistas con respecto a la capacidad de cambio de Wally. No hubo excepciones identificables y los padres ni siquiera pudieron describir cómo serían las cosas en caso de producirse el milagro. Cuando les pregunté “por qué las cosas no están peor” me respondieron con más pesimismo. Externalicé el problema de Wally llamándolo “Alcohol”. Investigué con la familia cuál podría ser un buen símbolo externo de “Alcohol”. A Wally se le ocurrió la idea de simbolizarlo con una “lata de cerveza”. Mientras le formulaba las preguntas para externalizar el problema, le pedí a cada miembro de la familia que describiera su relación con la imaginaria lata que descansaba en un extremo de mi mesa y lo que le gustaría decirle. Como tarea terapéutica, encomendé a la familia que consiguiera una lata de cerveza vacía y que todas las noches dedicará*¹

veinte minutos a hablarle a “Alcohol” y analizar la influencia que ejercía en sus vidas y en sus relaciones. Asimismo, les pedí que trajeran a “Alcohol” a terapia en la próxima sesión. La familia regresó a la semana siguiente informando que “disputaban menos” y que Wally “no había bebido una sola gota”. El padre declaró que “Wally no era el problema” sino, más bien, “la víctima de una enfermedad familiar perpetuada a través de las generaciones”. Les pregunté sobre la naturaleza de sus disputas con “Alcohol” y las cosas que le habían dicho la semana pasada. La madre le dijo que “no permitiría que arruinara la vida de Wally”. Wally lo pateó por todo el cuarto, luego de espetarle que no iba a consentir que lo hiciera “fracasar en la escuela”. Vi a la familia cuatro veces más durante un período de seis meses. En nuestra última entrevista, la familia trajo al consultorio a “Alcohol” —una lata de cerveza totalmente abollada— y espléndidas noticias: ¡Wally no había bebido en cinco meses! También se presentó con su propio ritual de fin de terapia. Los miembros de la familia fueron pisando y aplastando a “Alcohol” por turno. Cuando quedó completamente chato contra el piso de mi consultorio, Wally tuvo el honor de arrojarlo al cubo de la basura. Choqué los cinco con todos los miembros de la familia por su impresionante victoria sobre el temible “Alcohol”.

Las cartas

Las cartas son una manera de hacer participar activamente a los miembros significativos de la familia y de producir modificaciones en los sistemas más amplios involucrados en el caso, especialmente en el ámbito escolar. Cuando uno de mis pacientes tiene problemas con algún maestro, les pido a los padres que le escriban una carta.

Ejemplo de caso: Ron

Ron fue derivado a terapia por comportarse mal en clase y tener bajas calificaciones. La relación con su maestra de inglés era en extremo conflictiva. La madre de Ron y yo le escribimos entonces la siguiente carta, que Ron se la entregó en mano.

Querida señorita Brown:

Aprecio enormemente la paciencia y el interés que siempre ha demostrado por Ron. Le confieso que hay momentos en los que

resulta muy difícil convivir con él. Desearía que la situación se revirtiera también para usted y, a tal efecto, le he asignado a Ron una tarea para el día de hoy, durante su clase. Le he pedido que observe las cosas que le gustan de usted, que las registre por escrito y que las analicemos juntos esta noche. Gracias por todo. Afectuosamente,

Barbara Black

Según Barbara, Ron regresó de la escuela y le informó que había descubierto “cinco cosas” que le gustaban de la señorita Brown. De hecho, la excepción más importante fue el elogio que le hizo la maestra por haber dado “la respuesta correcta”. De ahí en adelante, comenzaron a respetarse mutuamente, Ron dejó de comportarse mal y, por último, la señorita Brown le puso un 9 por su buen desempeño en la clase de inglés.

Las ordalías

Erickson elaboró este tipo de estrategia terapéutica que consiste en lograr que el problema le resulte tan incómodo al paciente que éste no vea la hora de librarse de él (Haley, 1984). Las ordalías son estrategias terapéuticas especialmente útiles para modificar los síntomas rebeldes y se emplean como “último recurso”. Suelo utilizarla estrategia con pacientes que pertenecen a las categorías de *igual o peor*, como una forma de intervención sobre la pauta (O’Hanlon, 1987). El siguiente caso de un niño de 12 años, recalcitrante y propenso a las actuaciones, ilustra el uso de esta estrategia terapéutica:

Ejemplo de caso: Jacob

Jacob violaba permanentemente las reglas maternas, peleaba con su madre todo el tiempo, abusaba del alcohol y faltaba a clase sin permiso. La madre quería cambiar, en primer término, los horarios de Jacob, que regresaba a casa a altas horas de la noche. El problema la superaba. No había excepciones y ella era incapaz de imaginar futuros milagros. En la tercera sesión, le pregunté si estaba dispuesta a hacer 10 que fuese para solucionar el problema. Le dije que se me había ocurrido una idea que acaso valiera la pena intentar, si ella estaba de acuerdo. Luego le pedí que fuera a la juguetería y comprara un reloj de juguete. Jacob debía volver al hogar a las diez de la noche, pero

jamás se atenía a ese horario. Por lo tanto, la madre pondría el reloj despertador a las dos de la mañana, despertaría a Jacob y lo mantendría en vela enseñándole la hora durante la misma cantidad de tiempo que él se hubiera demorado en regresar a la casa. Después de infringir el horario durante dos noches, Jacob descubrió rápidamente los beneficios de volver al hogar a la hora correcta.

La tarea de la disputa familiar estructurada

De Shazer (1985) elaboró esta tarea terapéutica para parejas que se quejaban de sus discusiones crónicas. De acuerdo con mi experiencia, la estrategia resulta muy eficaz, sobre todo con las familias que pertenecen a las categorías de *igual* o *peor* y en las cuales el problema de las disputas crónicas constituye la preocupación principal de todos los miembros de la familia. La frecuencia de las disputas estructuradas se determinará según la frecuencia de las peleas familiares. Por ejemplo, si el adolescente se enzarza en violentos altercados con su padre o su madre cuatro veces por semana, las sesiones de disputa se pueden estipular día por medio. La familia usará el cronómetro de la cocina y peleará fuera de ese ámbito (¡pues la cocina es el lugar de la casa en donde se producen más homicidios!). Se comienza la sesión de disputa arrojando una moneda al aire, para ver quién empieza primero. Luego un miembro de la familia pelea con el otro durante diez minutos. Lo que no se ha ventilado en ese lapso, se registra por escrito en un papel y se lo emplea en la próxima sesión de disputa programada. Cada miembro de la familia tiene su turno y no se permiten disputas fuera del horario estipulado. La tarea terapéutica es útil para las familias que afirman no poder controlar el problema de las peleas, ya que sirve para interrumpir esta pauta arraigada de interacción.

Dividir al equipo

En los casos estancados y refractarios al cambio, Papp (1983) emplea una estrategia que denomina "coro griego".

El terapeuta que se halla en el cuarto de terapia asume una posición en favor del cambio y se pone del lado de la familia, mientras que los miembros del equipo adoptan una posición

más pesimista con respecto a la familia. A veces el equipo se divide en dos mitades, una de las cuales se inclina por el cambio de la situación problemática, y la otra, por la permanencia de dicha situación, mientras que el terapeuta que se halla en el cuarto de terapia se mantiene neutral.

Cuando trabajo solo, acostumbro invitar a mi supervisor pesimista a que ingrese "en espíritu" al cuarto de terapia y la familia y yo nos dedicamos entonces a probar que está equivocado. La estrategia es particularmente eficaz en los casos crónicos de adolescentes drogadictos (Todd y Selekman, 1991). Algunos de mis pacientes me han sorprendido por la manera de responder a las predicciones pesimistas de mi supervisor sobre sus futuras recaídas. Después de haber probado en la entrevista que el supervisor juzga las cosas erróneamente, vuelvo a sacar el tema en la próxima sesión diciéndole al paciente que "el supervisor todavía es pesimista", que no cree que "se enderece" y que incluso "le he apostado un almuerzo a que se equivoca respecto de sus futuras recaídas". Los adolescentes han respondido a las sombrías predicciones del supervisor pesimista con los siguientes comentarios: "¡No se preocupe, le ahorraré el dinero del almuerzo!"; "¡Le demostraremos que está equivocado!"; "¿Dónde está ese tipo? ¡No sabe nada!"

Equipo reflexivo integrado por los pares

En ciertos casos de adolescentes difíciles estancados, suelo analizar con los padres y el paciente la posibilidad de incorporar a la terapia, en calidad de asesores, a los pares del adolescente que hayan tenido conflictos similares con su familia. Si se acepta la propuesta, les pido que obtengan el consentimiento de los padres para que su hijo o hija pueda participar en nuestras sesiones de terapia. Luego se firman los formularios que prohíben divulgar la información, a fin de proteger la intimidad del paciente.

Una vez que los pares participan en la sesión de consulta, se los invita a sentarse detrás de la familia, en el cuarto de terapia, o bien a observar la sesión detrás del vidrio espejado. Después de cuarenta minutos, cambiamos de sillas en el cuarto de terapia para escuchar las reflexiones del grupo de pares, o cambiamos de cuarto y las escuchamos detrás del vidrio espe-

jado. La familia es la que decide dónde se colocará el equipo reflexivo. El grupo reflexiona durante diez minutos sobre la situación de *impasse* y luego la familia y yo reflexionamos sobre las opiniones vertidas por el grupo. Al emplear este tipo de estrategia, tanto las familias como yo hemos descubierto que las ideas de los pares son sumamente prácticas y creativas. El caso que citamos a continuación ilustra la utilidad de esta estrategia de equipo.

Ejemplo de caso: Polly

El consejero escolar envió a Polly a mi consultorio por faltar a la escuela sin permiso, escaparse del aula y “tener conflictos con sus maestros”. Los padres habían decidido no dejarla salir de paseo durante “dos meses” como castigo por sus problemas escolares. Mis primeras dos sesiones con Polly y sus padres fueron tempestuosas. Los tres interactuaban de acuerdo con una intensa pauta de acusaciones mutuas. En este caso yo no contaba con ningún equipo y me hubiera sido de enorme utilidad, puesto que me sentía empantanado. En cada sesión separaba a los miembros de la familia y me reunía a solas con los padres o con Polly, a fin de interrumpir esa pauta viciosa de interacción. No se identificaron excepciones y la familia no pudo imaginar siquiera la posibilidad de un milagro. Ni los padres ni Polly se movían un milímetro de sus polarizadas posiciones acerca de cómo debían ser las cosas. No pude negociar con la familia objetivos de tratamiento realistas o accesibles. Cuando en la segunda sesión me reuní a solas con Polly, le confesé que me sentía empantanado y le pregunté si acaso no tenía algunas amigas que hubieran sufrido problemas similares con sus padres y que podríamos invitar para la próxima sesión. Polly se entusiasmó ante la perspectiva de que sus amigas nos dieran una mano en lo referente a sus padres. Estos, por su parte, aceptaron la idea de hacer algo distinto y les pareció bien que las amigas de Polly nos ayudaran a “barajar nuevas ideas”.

En la tercera sesión, la atmósfera se tomó más liviana en el cuarto de terapia y todos esperábamos escuchar los consejos que nos daría el grupo de pares para actuar de una manera diferente. Dos amigas íntimas de Polly concurren a la sesión. Una de ellas usó la metáfora del juego de “tirar de la cuerda” para describir lo que al parecer ocurría entre Polly y sus padres. También nos dijo que le había sucedido lo mismo. La solución de sus padres fue muy sencilla: “soltar la soga” y dejarla caer “de trasero”. A partir de ese momento su conducta empezó a mejorar porque “armar gresca ya no funcionaba”.

La otra amiga nos informó que cuando sus padres se volvieron “menos rígidos” en sus imposiciones y más dispuestos a ceder, su comportamiento se revirtió.

Cuando se les pidió que analizaran las reflexiones de sus pares, la familia reconoció que el hecho de escuchar esas historias les había aportado una valiosa información. Los padres le preguntaron espontáneamente a Polly si no pensaba que el “castigo de dos meses” era un tanto excesivo. Este era un tipo de interacción muy diferente del de las acusaciones mutuas. El resultado de este fructífero debate familiar fue un contrato equitativo que ayudé a negociar entre Polly y sus padres. El castigo de Polly fue reducido a “dos semanas” siempre que Polly “concurriera a clase” y “no se insolentara con sus maestros”. El equipo reflexivo integrado por los pares nos permitió salir del estancamiento y abrió un espacio para nuevas posibilidades. Las restantes sesiones de terapia las dediqué a amplificar los cambios, consolidar los logros y colaborar con el personal de la escuela.

El fin de la terapia familiar breve centrada en la solución

En mi opinión, cuando los pacientes pueden distinguir entre sus viejas creencias y conductas saturadas de problemas, de un lado, y su nueva cosmovisión y sus pautas excepcionales de interacción, del otro, el cambio se ha producido indefectiblemente. Las preguntas para consolidar el cambio son herramientas eficaces para extraer, de los miembros de la familia, las “noticias de una diferencia”. Algunas preguntas útiles de este tipo que pueden plantearse a la familia en la última sesión son las siguientes: “¿Qué tendría que hacer para sufrir un retroceso?”; “¿Qué tendría que hacer para evitar una recaída de consideración?”; “¿Qué tendrá que seguir haciendo para que estos cambios perduren?” También empleo mi confiable e imaginaria bola de cristal (de Shazer, 1985) y la metáfora de la videocinta (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989) a fin de que los pacientes me den una descripción detallada de los cambios que imaginan en el futuro. Para concluir esta sección, me ocuparé de una cuestión que ha suscitado muchas polémicas: “la huida a la salud” en la terapia breve, y me referiré asimismo a la manera en que me agrada celebrar los cambios terapéuticos de la familia.

¿Huida a la salud o una vida más satisfactoria?

¿Huida a la salud o una vida más satisfactoria?

Cuando se trabaja poco tiempo con las familias, no es infrecuente que los pacientes abandonen el tratamiento luego de producirse algunos rápidos cambios a comienzos de la terapia o durante un período más largo de vacaciones entre sesión y sesión (Weiner-Davis *et al.*, 1987). ¿Se trata de una huida a la salud? No lo creo. Los pacientes no dudan en admitir sus dificultades cuando se encuentran en un período de descanso respecto de la terapia. Los padres están siempre dispuestos a concertar una entrevista de urgencia si las cosas empeoran o se produce una crisis. Cuando envío de vacaciones a la familia, le estoy transmitiendo mi confianza en su capacidad de manejar la situación y de funcionar bien sin mi ayuda. Así como creo que los pacientes son quienes deben fijar el objetivo del tratamiento, también creo que son los que deben decidir cuándo finalizar la terapia. Como terapeuta centrado en la solución, no pienso que mi tarea consista en curar a los pacientes sino en ayudarlos a llevar una vida más satisfactoria. Toda vez que me llaman para cancelar las futuras entrevistas porque en ese momento se sienten mejor, jamás dejo de aclararles a los pacientes que mi

política es de puertas abiertas y que si en el futuro necesitan

una sesión de ajuste, pueden llamarme con toda libertad.

Celebrar con la familia los cambios terapéuticos

Siempre que puedo, me gusta hacer de la última sesión de terapia un acontecimiento memorable. En todas partes del mundo las distintas culturas han celebrado los ritos de pasaje de un ciclo vital a otro con ceremonias e intercambio de regalos. Me agrada celebrar con la familia el rito de pasaje de un contexto saturado de problemas a un contexto de cambio. Este ritual de fin de terapia le permite a la familia enorgullecerse y disfrutar del triunfo sobre sus problemas opresivos. Cuando mis pacientes han pasado con éxito el régimen de prueba, lo he celebrado incluso con una fiesta en la oficina del funcionario a cargo de la libertad condicional. Influido por los trabajos innovadores de White y Epston (1990) y de Durrant y Coles (1994), les obsequio a los miembros de la familia diplomas, trofeos, cintas, prendedores y pasteles para festejar la victoria sobre sus

problemas. El siguiente ejemplo de caso ilustra cómo celebro los cambios de los pacientes al final de la terapia.

Ejemplo de caso: Bonnie

Bonnie, de 16 años, fue arrastrada a terapia por sus padres debido a sus fugas crónicas, abuso excesivo de todo tipo de drogas y participación en bandas delictivas. Después de ocho sesiones de terapia a lo largo de seis meses, Bonnie dejó de escaparse del hogar y de consumir drogas. Como los miembros de la familia ya habían tenido 16 experiencias terapéuticas, al equipo y a mí nos preocupaba la idea de que pasaran el resto de su vida en terapia. Con el objeto de interrumpir la pauta que los llevaba a involucrarse con los profesionales de la salud mental y fortalecer a la familia, les pedí a Bonnie y a su madre que redactaran el certificado del alta de nuestra experiencia terapéutica, registrando cada uno de los cambios que se habían producido. También les pedí que enviaran copias a todos sus antiguos terapeutas. La familia confeccionó una lista de los seis cambios más importantes de los cuales deseaban poner al tanto a sus ex terapeutas y la incluyó en el certificado de alta:

- 1) “¡Hemos logrado hacer esto, a pesar de todos sus diagnósticos!”;
- 2) “se puede razonar mejor con Bonnie”;
- 3) se acabaron las peleas a muerte”;
- 4) “Bonnie ya no se escapa de casa”;
- 5) “Bonnie vuelve por las noches a la hora estipulada”;
- 6) “Bonnie parece haberse enderezado” [no consumir drogas].

Curiosamente, la familia no mencionó cómo había resuelto el problema de las fugas. Para lograr que este cambio fuera “más digno de ser noticia”, le otorgué a la familia un diploma “por domesticar al Monstruo de la Fuga”. Tanto Bonnie como su madre se sintieron muy conmovidas por merecer el diploma luego de derrotar al monstruo que las había mortificado durante cinco años.

El siguiente ejemplo de caso muestra cómo me gusta celebrar con los adolescentes el fin del período de libertad condicional en las sesiones de terapia. En algunos casos esta celebración coincide con la conclusión de la terapia.

Ejemplo de caso: Randy

Randy, un delincuente de 16 años, estaba en libertad condicional por robar bicicletas y radios de automóviles, abuso de marihuana y frecuentes problemas con la policía. Mientras se hallaba en libertad bajo palabra, Randy violó numerosas reglas y terminó encerrado

durante un mes en la cárcel de menores. Allí tuvo una pelea con un miembro de una banda rival. Lo confinaron tres días en una celda y el tribunal de menores envió a un psicólogo para que lo evaluara. Después de terminada la sesión, el psicólogo le dijo que probablemente volvería a la cárcel a las tres semanas de salir en libertad.

En mi primera sesión familiar con Randy y su madre, me enteré de la sombría predicción del psicólogo. Establecí entonces una separación entre Randy, yo y el psicólogo pesimista. Randy me confesó que quería demostrarle a este último que estaba equivocado, terminando con éxito su período de libertad condicional, nueve meses más tarde. Me reuní con Randy y con su madre en seis ocasiones durante un lapso de nueve meses. En nuestra sexta y última sesión traje un pastel para celebrar el fin del régimen de prueba de Randy y el fin de la terapia. Antes de esta sesión, Randy le escribió una hermosa carta al psicólogo del reformatorio. Le dijo que recordaba su predicción pesimista de que volvería a la cárcel a las tres semanas de salir en libertad. También señalaba que el psicólogo había subestimado sus fuerzas y su capacidad de “revertir las cosas” cuando “la mano venía dura”. Apenas terminó de leer la carta, la madre y yo lo ovacionamos de pie y le dimos ánimo para que se la enviase al psicólogo. El resto de la sesión fue dedicado a amplificar y consolidar los logros familiares y a comer el pastel con el objeto de celebrar la gran hazaña de Randy.

Asimismo, celebro los cambios del paciente al finalizar la terapia incorporándolo oficialmente a mi “All Star Alumni Association” [Asociación de Graduados Ilustres]. Como parte del proceso de incorporación, deben estar de acuerdo en acudir cuando los llame en el futuro para colaborar en los casos de adolescentes estancados. He descubierto que resulta muy provechoso recurrir a la experiencia y a los conocimientos de los antiguos pacientes e invitarlos a participar como asesores en mis sesiones de terapia familiar o en los grupos de padres centrados en la solución.

7

El grupo de padres centrado en la solución

El grupo de padres centrado en la solución (Selekmán, 1991b) se creó originariamente como un tratamiento secundario de carácter preventivo y constituye una alternativa de otras formas de intervención más tradicionales, como el modelo de doce pasos centrado en la enfermedad para padres de adolescentes drogadictos. Muchos de los padres que concurren a mis grupos informan haber tenido experiencias terapéuticas fallidas cuando sus hijos adolescentes participaron en los programas de doce pasos para pacientes externos, hospitalizados o que viven en residencias de medio camino. A menudo, estos padres les confiesan a los compañeros de grupo que sus antiguos terapeutas no les enseñaron nuevas estrategias para el cuidado de los hijos que les permitieran manejar mejor la conducta problemática del adolescente. El grupo de padres centrado en la solución no sólo está preparado para enseñar a éstos a “tomar posesión” de su capacidad parental, sino que los ayuda a ser plenamente conscientes de sus fuerzas y recursos. También les enseña estrategias creativas para acentuar las fuerzas y la conducta positiva de sus hijos adolescentes.

En este capítulo explicaré las razones por las que utilizo el grupo de padres centrado en la solución en los casos de adolescentes difíciles, suministraré normas útiles para la organización de los grupos, describiré el papel que desempeñan sus líderes y presentaré una descripción detallada de los temas tratados en cada reunión. Asimismo, daré ejemplos de casos a lo largo del capítulo.

La razón de ser del grupo

No siempre es posible lograr que los adolescentes difíciles participen en la terapia de familia. Con frecuencia estos jóvenes ni siquiera “miran las vidrieras” de la terapia y se niegan de plano a concurrir a una sola sesión con sus padres. El grupo de padres centrado en la solución constituye una alternativa práctica de tratamiento que simplifica las cosas, tanto para los padres como para los terapeutas. Ayuda a los padres a evitar innecesarias disputas de poder con el adolescente respecto de concurrir a terapia. Para los terapeutas, la ausencia de los jóvenes en las sesiones reduce la complejidad, simplifica las observaciones y les permite sentirse menos abrumados por el exceso de información.

A diferencia de muchos grupos cuyo objetivo es el desarrollo de las capacidades parentales, este grupo se basa en la salud de la familia y capitaliza las fuerzas y recursos de los padres a fin de coconstruir soluciones. El grupo pone el énfasis en los aciertos y no en los errores que los padres cometen con los hijos. Para aquellos que ya han experimentado múltiples fracasos terapéuticos respecto de sus hijos adolescentes, la participación en el grupo de padres centrado en la solución puede constituir una experiencia enriquecedora, especialmente cuando comienzan a verificar los rápidos y benéficos resultados de esta alternativa.

El grupo de padres centrado en la solución es accesible desde el punto de vista económico, ya que es un servicio de tratamiento que puede venderse a la Health Maintenance Organization (HMO) [Organización para el Cuidado de la Salud] y a las compañías de cobertura médica prepaga, lo cual puede incrementar el número de casos que las instituciones derivan a terapia. Por último, es una solución potencial para los administradores de dichas instituciones, obligados a manejar terroríficas listas de espera.

La mecánica para organizar el grupo

Cuando se organiza un grupo de esta naturaleza, es importante que éste sea homogéneo en lo relativo a la edad y a los problemas que padecen los adolescentes. Los padres de jóvenes

de 12 a 15 años y los de jóvenes de más edad deben estar en grupos separados. No es necesario que ambos progenitores participen en la terapia, sino sólo el que esté más motivado para influir positivamente en la conducta problemática del adolescente. En cuanto al número de integrantes, prefiero que no sean más de ocho, pues el grupo de padres centrado en la solución es un grupo cerrado.

Cuando se lo promociona en el mercado, es aconsejable enviar un volante describiendo detalladamente el grupo y especificando los horarios que ofrece. El volante debe mandarse a las instituciones que habitualmente derivan los casos a terapia. Los funcionarios a cargo de la libertad condicional, las escuelas y las iglesias son algunas de las principales fuentes en donde reclutar miembros para el grupo.

El papel desempeñado por los líderes del grupo

Teóricamente, la dirección del grupo debería estar a cargo de un equipo de coterapia integrado por un hombre y una mujer a fin de equilibrar los sexos. Los líderes del grupo son los responsables de crear un ámbito terapéutico propicio para el cambio. Esto se consigue por medio del *rapport*, de la entrevista sistémica con un propósito determinado, de los elogios, de la asignación de tareas para el hogar y de la consolidación de los logros parentales. Los líderes pueden dramatizar situaciones entre ellos para mostrar las diversas maneras en que los padres inadvertidamente mantienen el conflicto y para enseñarles nuevas estrategias respecto del cuidado del adolescente. Cada sesión dura una hora y media. Al cabo de 45 minutos, los líderes y participantes se toman un descanso de 15 minutos. Durante ese breve intervalo, los líderes idean un cumplido para el grupo en general y dos cumplidos para cada participante. También se ofrecen refrescos.

Las sesiones del grupo

El grupo de padres centrado en la solución se reúne seis veces, con intervalos más largos entre la segunda y la sexta sesión. Los intervalos más largos entre las sesiones constituyen un voto de confianza que se les concede a los padres para que

continúen desarrollando sus nuevas capacidades parentales y tomen conciencia de que los cambios en la conducta de sus hijos son el fruto de sus esfuerzos como padres. Las áreas temáticas tratadas en las seis sesiones son las siguientes:

1. El cuidado de los hijos centrado en la solución del problema: una nueva manera de ver y hacer.
2. Buscar pequeños cambios.
3. Si funciona, no lo arregle.
4. Si no funciona, haga algo diferente.
5. Lograr que el cambio continúe.
6. Celebrar el cambio.

La primera sesión

En la primera reunión del grupo, los líderes comienzan la sesión estableciendo *rapport* con cada uno de los participantes. Esto implica procurar que los padres compartan información acerca de sus intereses, ocupaciones, fuerzas y talentos. Los líderes deben registrar cuidadosamente las fuerzas y talentos parentales específicos que pueden aplicarse a las diversas áreas problemáticas de los padres. Después de reunirse con cada miembro del grupo, los líderes investigan juntamente con los padres el “por qué ahora” de su decisión de concurrir al grupo. El resto del tiempo lo dedican a enseñarles los siete supuestos claves centrados en la solución:

1. El cambio es inevitable.
2. La cooperación es inevitable.
3. Los padres y adolescentes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar.
4. Sólo se necesita un pequeño cambio.
5. Los problemas son intentos fallidos de resolver las dificultades.
6. No se necesita saber mucho sobre el problema para resolverlo.
7. Hay muchas maneras de considerar una situación, pero ninguna es más “correcta” que la otra.

Para más detalles sobre el tema, véase el capítulo 2. Cada

uno de estos supuestos es presentado de un modo concreto. Los líderes del grupo pueden valerse de dramatizaciones o de ilustraciones en la pizarra, para señalar los puntos claves. Al término de la sesión, se elogia individualmente a los padres y se los instruye para que experimenten con "la tarea formalizada de la primera sesión" (de Shazer, 1985). Como parte del experimento, los padres deben registrar por escrito todas las excepciones que observen en la relación con sus hijos y traer esas listas para la próxima sesión.

La segunda sesión

La segunda sesión del grupo comienza con la siguiente pregunta formulada por los líderes: "¿Qué es lo mejor que les ha ocurrido?". Se le concede a cada uno de los padres la misma cantidad de tiempo para que informen sobre las excepciones que han observado en la relación con el adolescente. En cierta ocasión, una madre trajo una lista de cuatro páginas de las excepciones que había observado en la conducta de su hijo en una semana. Todavía hoy conserva el récord dentro de los grupos de padres centrados en la solución por advertir el mayor número de excepciones en el menor período de tiempo.

Los líderes responden a cada excepción parental con expresiones de aliento: "¡Grandioso!" "¿Cómo pudo hacerlo?"; "¿Cómo logró que eso sucediera?"; "¿Hacer eso implica alguna diferencia para su hijo [o hija]?" Las pautas de excepción son amplificadas por los líderes mediante preguntas presuposicionales y preguntas centradas en la excepción (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989), por ejemplo: "¿Qué tendría que hacer usted para que eso [la excepción] sucediera más a menudo?"; "¿Qué otra cosa tendrá que seguir haciendo?"; "Si mirase en mi imaginaria bola de cristal dentro de dos semanas, cuando las cosas hayan mejorado con su hijo, ¿qué cambios significativos vería en mi bola de cristal?" Pueden emplearse preguntas sobre la explicación y la redescrición únicas (White, 1988b) para subrayar los cambios en la imagen que los padres tienen de sí mismos cuando se han producido excepciones significativas.

Cuando los padres no pueden identificar excepciones, los líderes utilizan las preguntas por el milagro (de Shazer, 1988). El resto de la sesión lo dedican a negociar con ellos objetivos de

tratamiento más accesibles y realistas. Las preguntas por la escala (de Shazer, 1985) constituyen herramientas útiles para ayudar a los padres a establecer los objetivos. Luego de elogiar al grupo en general y a los participantes en particular, se instruye a los padres para que hagan lo siguiente durante las próximas dos semanas: "Piense en las medidas que debe tomar para alcanzar los objetivos propuestos. Observe las respuestas de su hijo cuando las aplica. En la próxima sesión analizaremos las medidas importantes que hayan tomado".

La tercera sesión

Dos semanas más tarde, los líderes comienzan la tercera sesión con la siguiente pregunta: "¿Qué nuevos progresos han hecho todos ustedes?". Se amplifican las excepciones y los cambios parentales mediante expresiones de aliento y preguntas presuposicionales (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). A los padres que se sienten estancados e incapaces de producir cambios en la conducta de sus hijos, se les pregunta: "¿Por qué las cosas no están peor?"; "¿Qué hace usted o su cónyuge para evitar que la situación empeore?". Estas preguntas sobre el manejo de la situación (Berg y Gallagher, 1991) a menudo sacan a relucir importantes excepciones parentales que se pueden amplificar y utilizar en el proceso de construir la solución. Los líderes pasan el resto de la sesión grupal instruyendo a los padres sobre la importancia de "hacer más de lo que funciona". También se les puede preguntar si recuerdan algunas soluciones intentadas en el pasado que funcionaron con su hijo y que podrían ser útiles para modificar la conducta problemática del adolescente en la actualidad. Es importante que los padres sepan que los éxitos del pasado pueden ser los modelos de los éxitos presentes y futuros.

Los líderes pueden dramatizar la relación de uno de los padres con su hijo adolescente, a fin de ilustrar lo que funciona en las interacciones mutuas y también las consecuencias de interrumpir las medidas interactivas centradas en la excepción. Cuando concluye la reunión, los líderes elogian al grupo y a cada uno de los padres y les recuerdan que "si funciona, no lo arregle; haga más de lo que funciona". Luego se les da a los padres tres semanas de vacaciones, como voto de confianza.

La cuarta sesión

En la cuarta sesión se les pregunta a los miembros del grupo por los progresos que hicieron para alcanzar sus objetivos y generar excepciones en el comportamiento del adolescente. Las preguntas sobre la explicación y la redescrición únicas pueden utilizarse para subrayar los nuevos cambios en la imagen que los padres tienen de sí mismos (White, 1988b). En la tercera y cuarta sesión los padres tienden a darse ánimo y a elogiarse mutuamente. Después de amplificar y consolidar los logros parentales, los líderes dedican el resto del tiempo a señalar la importancia de “hacer algo diferente” cuando las soluciones intentadas no funcionan y los padres se sienten estancados haciendo “más de lo mismo” (Watzlawick *et al.*, 1974). Cuando algunos miembros del grupo se sienten empujados, los líderes dramatizan de qué manera los padres se estancan haciendo “más de lo mismo” (Watzlawick *et al.*, 1974) con sus hijos adolescentes, y les piden a los otros miembros del grupo que barajen soluciones potenciales que luego se escriben en la pizarra. Cuando hago este ejercicio nunca deja de sorprenderme el ingenio creativo de los padres. Para aquellos que se sienten estancados, dicho ejercicio constituye una experiencia muy enriquecedora. Al mismo tiempo, abre el camino a nuevas posibilidades, ya que permite que los padres estancados “tomen posesión” de las estrategias parentales utilizadas con éxito por sus pares. El siguiente ejemplo de caso ilustra el poder que confiere este ejercicio grupal.

Ejemplo de caso: Gladys

Gladys, una madre afroamericana sola, se sentía totalmente frustrada por su hijo Winston, de 16 años. Había “intentado todo lo humanamente posible” para que Winston “dejara de robarle dinero”, pero nada había funcionado. Las soluciones intentadas en el pasado fueron las siguientes: “gritarle”, “castigarlo”, “sacarle el equipo de música”, “tratar de llevarlo a terapia familiar” y “comprarle cosas”. Cuando mi colega y yo le pedimos al grupo que barajara nuevas ideas para ayudar a Gladys, surgieron las siguientes sugerencias: proponerle algunos “proyectos domésticos” que permitieran a Winston “ganar dinero”; “presentar cargos ante la policía”; “hacer huelga de madre”, es decir, “dejar de cocinarle” y “no lavarle la ropa”; “comprar

dinero de papel” en la juguetería y “esconderlo” en los lugares donde Gladys habitualmente guarda el dinero; “actuar de manera extravagante” con Winston en lugar de “gritarle”. De todas las ideas del grupo, Gladys escogió “el juego del dinero de papel” y le dijo a Winston “que buscara por toda la casa el dinero escondido”. En las sesiones siguientes, Gladys dejó de lamentarse por los robos de Winston. El colmo de la sorpresa fue oírle decir que Winston había encontrado el lugar en donde estaba escondido el dinero de papel, pero que se abstuvo de tomar un solo billete. El grupo pensó que Gladys había sido más lista que Winston y que había vuelto a ocupar el lugar que le correspondía como madre.

Antes de la asignación de tareas para el hogar, se elogia al grupo en general y a cada uno de los participantes en particular. A los padres que se hallan empantanados, se les propone la tarea de “hacer algo diferente” (de Shazer, 1985). A aquellos que ya han alcanzado sus objetivos o están bien encaminados en ese aspecto, se les pide que “observen lo que funciona y hagan más de lo mismo”. Los líderes del grupo terminan la sesión concediendo cuatro semanas de vacaciones a los participantes como voto de confianza.

La quinta sesión

Los líderes dedican la mayor parte de la quinta sesión a amplificar y consolidar los cambios parentales. Subrayan las diferencias parentales claves y hacen que cada uno de los padres distinga entre sus viejas pautas de conducta y las nuevas interacciones en torno de su hijo adolescente. Los líderes formulan las siguientes preguntas: “¿Qué tendría que hacer para sufrir un retroceso?”; “¿Qué tendría que hacer para evitar una recaída?”; “¿Qué tendrá que hacer para que los cambios continúen?”; “Supongamos que soy una mosca posada en la pared de su sala de estar y que observo lo que ocurre entre usted y su hijo dentro de seis meses, ¿qué nuevos cambios advertiré en su relación con su hijo?”; “Si lo invitara a participar en mi próximo grupo de padres como asesor, ¿qué consejos o indicaciones útiles les daría?” Estas preguntas son eficaces para obtener “noticias de una diferencia” (Bateson, 1972) y consolidar los logros parentales importantes. En cuanto a los padres que recibieron la tarea de hacer algo diferente (de

Shazer, 1985), los líderes los alientan y amplifican sus nuevas estrategias creativas para producir cambios en la conducta de sus hijos.

En uno de mis grupos centrados en la solución para padres latinos, cuyos hijos tenían problemas con la justicia, dos de los padres propusieron algunas estrategias parentales muy eficaces y creativas, además de insólitas. Uno de los padres decidió poner la cama de su hijo en el medio de la sala, como respuesta a su inveterada costumbre de llegar tarde a la casa. El muchacho se sintió tan conmocionado por el hecho, que a partir de ese momento comenzó a regresar a horario por las noches. El otro padre pegó carteles con las reglas parentales en todas las puertas de la casa, de modo que su hijo no pudiera alegar que no sabía lo que se esperaba de él. En estos casos, los padres dejaron de gritar y dar sermones a sus hijos adolescentes, es decir, abandonaron las conductas que mantenían el problema. Descubrieron, además, que la palabra escrita es más poderosa que la palabra hablada.

He observado con frecuencia que los miembros del grupo aplauden espontáneamente a los padres que, luego de sufrir un estancamiento, toman medidas importantes para solucionar el problema de sus hijos adolescentes. A veces los padres estancados han aplicado con éxito algunas de las estrategias creativas propuestas por sus pares en la cuarta sesión del grupo. Por último, los líderes elogian al grupo y a cada uno de los participantes al concluir la sesión, les asignan la tarea de "hacer más de lo que funciona" y los invitan calurosamente a celebrar su propia fiesta por haberse convertido en "padres centrados en la solución". Para aquellos que aún se encuentran estancados y no registran excepciones, los líderes recomiendan la tarea de "simular que el milagro ha sucedido" (de Shazer, 1991). En tal caso, se los instruye para que observen cómo responden sus hijos cuando ellos fingen comportarse como si el milagro hubiese ocurrido.

La sexta sesión

En la última sesión del grupo, los líderes realizan una fiesta para celebrar el progreso de los padres, quienes, a partir de un contexto saturado de problemas, han logrado producir

cambios en la conducta de sus hijos adolescentes. La celebración constituye una importante referencia contextual para subrayar y consolidar los cambios parentales en el grupo. En el caso de los padres que cumplieron con la tarea de “simular que el milagro ha sucedido” (de Shazer, 1991), los logros parentales positivos se amplifican y consolidan como parte del proceso de la celebración. Los líderes ofrecen una mesa con entremeses, refrescos y un enorme pastel en el que puede leerse: “A los padres centrados en la solución, ¡felicitaciones!”. Como parte de los festejos, cada uno de los padres recibe el diploma de Padre Centrado en la Solución, y se le pide que hable sobre su crecimiento parental. Una vez recibido el diploma, los padres ingresan oficialmente a la Asociación de Graduados de Padres Centrados en la Solución. Cuando los líderes los llaman para que cumplan con su deber, los graduados actúan como asesores invitados en los nuevos grupos de padres y también pueden participar en las sesiones de terapia familiar de los líderes para ayudar a los padres estancados. Por último, los líderes concluyen los festejos reflexionando sobre los logros obtenidos por cada uno de los participantes del grupo.

Puede existir un pequeño porcentaje de padres cuyos hijos adolescentes aún presentan problemas de conducta una vez concluido el grupo. Si los padres lo requieren, los líderes les brindarán una terapia individual de familia. No considero que estos casos representen un fracaso para el grupo, sino que se trata, más bien, de situaciones parentales específicas que exigen un trabajo más directo con los padres y con el adolescente. Según mi experiencia, el mero hecho de haber participado en el grupo hace que los padres sean más flexibles y estén mejor preparados para la terapia familiar.

8

Epílogo

Revisión de los caminos para el cambio

A lo largo de este libro he presentado numerosas ideas teóricas y estrategias terapéuticas estimulantes que pueden incrementar la eficacia de la terapia cuando se trabaja con adolescentes difíciles y con sus familias. A continuación, revisaré y resumiré los conceptos más importantes analizados en este volumen.

En principio, el tema central subyacente es mi firme creencia en que todos los adolescentes y sus familias cuentan con fuerzas y recursos para cambiar. Según mi punto de vista, éste es uno de los principales supuestos que deberían adoptar los terapeutas con *todas* las familias que cruzan el umbral de sus consultorios. Por otra parte, creo que la tarea más importante que debe llevarse a cabo en la primera entrevista consiste en lograr que nuestros pacientes hagan más de lo que hacen mejor, capitalizando de ese modo las fuerzas y los recursos para coconstruir la solución de una forma cooperativa.

Otra de las ideas que he presentado en este volumen es la necesidad de que los terapeutas especialistas en terapia breve colaboren activamente con las personas claves en la ecología social del adolescente. Las reuniones entre la familia y los auxiliares múltiples fortalecen a la familia y la ayudan a resolver rápidamente sus dificultades. Algunos ejemplos de casos que he presentado en el libro demostraron las ventajas terapéuticas de incluir activamente, en el proceso del tratamiento, a los pares del paciente, al personal de la escuela, al funcionario a cargo de la libertad condicional y a los terapeutas

de la institución que lo ha derivado. Asimismo, he señalado la importancia de que los terapeutas consideren aliados terapéuticos a los auxiliares múltiples involucrados en el caso y pertenecientes a sistemas más amplios, en lugar de considerarlos “el enemigo” o los “doctores Homeostat” (Bergman, 1985). Estas personas desempeñan un papel significativo y merecen el mismo respeto que dispensamos a nuestros pacientes.

Cuando los terapeutas especializados en terapia breve se ocupan de adolescentes difíciles, deben actuar como negociadores intergeneracionales, trabajando en ambos lados de la situación problemática. Lamentablemente, hay demasiados terapeutas que invierten la mayor parte de su energía en fortalecer a los padres, descuidando las expectativas y objetivos del adolescente, lo que puede conducir al abandono de la terapia por parte de éste. Muchos adolescentes, si se lo preguntan, le dirán al terapeuta cómo debe cooperar con ellos y qué desean cambiar en sí mismos y en su familia. Con los jóvenes pacientes que ya han tenido experiencias terapéuticas en el pasado, resulta útil apelar a su capacidad y conocimientos y averiguar las cosas que le gustaban y le disgustaban de sus antiguos terapeutas, a fin de no incurrir en los mismos errores.

Una última idea que deseo mencionar es mi creencia en que la terapia es una forma creativa del arte. El contexto terapéutico es un escenario que se presta a la improvisación, a la creatividad y al juego. Para cualquier tema familiar, hay una multiplicidad de formas en las que el terapeuta puede improvisar. Al igual que un buen saxofonista de jazz, me gusta comenzar una entrevista tocando el tema central de la familia y gradualmente, por medio del humor y de las narraciones, tocar las notas que están fuera de su registro, a fin de cocrear con la familia una nueva partitura musical que combine los elementos de la vieja y de la nueva partitura. A veces transgredo los límites en mis improvisaciones para que los miembros de la familia estallen en carcajadas, lo cual los ayuda a percibirse a sí mismos y percibir sus relaciones de una manera diferente y, en consecuencia, abre el camino para nuevas posibilidades.

Conclusión

Conclusión

En este libro he presentado un enfoque integral de terapia breve centrado en la solución, que ofrece a los clínicos múltiples caminos para proporcionar un tratamiento eficaz a los adolescentes difíciles y a sus familias. Este enfoque de tratamiento es ecosistémico, se centra en el objetivo y observa a la familia a través de la lente de la salud. La terapia es cooperativa y aprovecha las fuerzas y recursos del adolescente, de su familia y de los auxiliares múltiples involucrados en el caso que pertenecen a sistemas más amplios, a fin de cocrear rápidamente las soluciones.

Trabajar con los adolescentes difíciles y sus familias resulta un desafío, incluso para el terapeuta más experimentado. Deseo que las ideas analizadas en este libro mantengan activos a los terapeutas, estimulen su creatividad y les suministren una buena dosis de renovado optimismo en el diario trabajo clínico con adolescentes difíciles.

Bibliografía

- Alexander, J. F., Barton, C., Schiavo, R. S. y Parsons, B. V. (1976). "Systems-behavioral Intervention with Families of Delinquents: Therapist Characteristics, Family Behavior, and Outcome", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, págs. 656-664.
- Andersen, T. (1987). "The Reflecting Team: Dialogue and Meta-Dialogue in Clinical Work", *Family Process*, 26(4), págs. 415-428.
- Andersen, T. (1991). *The Reflecting Team: Dialogue and Dialogues about the Dialogues*. Nueva York, W. W. Norton. [El equipo reflexivo. Barcelona, Gedisa, 1994.]
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988a). *Changing Thoughts on Self, Agency, Questions, Narrative and Therapy*, manuscrito inédito.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988b). Human Systems as Linguistic Systems: Envoiving ideas about the Implications for Theory and Practice. *Family Process*, 27, 371-393.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1991a). Thinking about Multi-agency Work with Substance Abusers and their Families: A Language Systems Approach. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 20(1), 20-36
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1991b, octubre). "Not-Knowing": A Critical Element of a Collaborative Language Systems Therapy Approach. Discurso pronunciado en la reunión plenaria anual de la American Association for Marriage and Family Therapy en Dallas, TX, 1991.
- Anderson, H., Goolishian, H., Pulliam, G. y Winderman, L. (1986). "The Galveston Family Institute: Some Personal and Historical Perspectives", en *Journeys: Expansion of the Strategic-Systemic Therapies*, D. Efron (comp.), Nueva York, Brunner/Mazel, págs. 97-125.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (tercera edición revisada), Washington, D. C., edición a cargo de los autores.
- Auerswald, E. H. (1968). "Interdisciplinary versus Ecological Approach", en *Family Process*, 7, págs. 202-215.
- Auerswald, E. H. (1972). "Families, Change, and the Ecological Perspective". En *The Book of Family Therapy*. A. Ferber, M. Mendelsohn y A. Napier (comps.), Nueva York, Science House, págs. 684-706.

- Barton, C. y Alexander, J. F. (1981). Functional Family Therapy. En *Handbook of Family Therapy*, A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), Nueva York, Brunner/Mazel, págs. 403-443.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. Nueva York, Ballantine Books. [Pasos hacia una ecología de la mente, Buenos Aires, Ediciones Carlos Lohlé, 1976.]
- Bateson, G. (1980). *Mind and Nature: A Necessary Unity*. Nueva York, Ballantine Books. [Una unidad sagrada: pasos ulteriores hacia una ecología de la mente, Barcelona, Gedisa, 1993.]
- Beavers, W. R. y Hampson, B. (1990). *Successful Families*. Nueva York, W. W. Norton.
- Bennis, W. (1976). *The Unconscious Conspiracy: Why leaders Can't Lead*. Nueva York, AMACOM.
- Berg, I. K. y Gallagher, D. (1991). "Solution-Focused Brief Therapy with Adolescent Substance Abusers". En *Family Therapy Approaches with Adolescent Substance Abusers*, T. C. Todd y M. D. Selekman (comps.), Needham Heights, MA, Allyn y Bacon, págs 93-111.
- Bergman, J. S. (1985). *Fishing for Barracuda: Pragmatics of Brief Systemic Therapy*. Nueva York, W. W. Norton. [Pescando barracudas : pragmática de la terapia sistémica breve, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, S.A., 1991.]
- Black, E. I. (1988). *Families and Large Systems*. Nueva York, Guildford Press.
- Bodin, A. (1981). "The Interactional View: Family Therapy Approaches of the Mental Research Institute". En *Handbook of Family Therapy*, A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), Nueva York, Brunner/Mazel, págs. 267-309.
- Bogdan, J. (1984). "Family Organization as an Ecology of Ideas". En *Family Process*, 23, págs. 375-388.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Milan Systemic Family Therapy: Conversations in Therapy and Practice*. Nueva York, Basic Books.
- Breunlin, D. C., Schwartz, R. C. y MacKune-Karrer, B. (1992). *Metaframeworks: Transcending the Models of Family Therapy*. San Francisco, Jossey-Ba8s.
- Coltrane, J. (1967, septiembre). [Artículo sin título.] *Jazz and Pop*, pág. 26.
- Coppersmith, E. I. (1985). "Families and Multiple Helpers: A Systemic Perspective". En *Applications of Systemic Family Therapy: A Milan Approach*, D. Campbell y R. Draper (comps.), Londres, Gruñe y Stratton.
- DeFrain, J. y Stinnett, N. (1992). "Building on the Inherent Strengths of Families: A Positive Approach for Family Psychologists and Counselors". En *Topics in Family Psychology and Counseling*, 1 (1), págs. 15-26.
- Deis8ler, K. G. (1989). "Co-Menting: Toward a Systemic Poietology?". Eli *Continuing the Conversation, otoño, 18*, págs. 1-10.
- Deissler, K. G. (1992). *Systemic Studies of Cooperation in the Context of a Mental State Hospital*. Manuscrito inédito.
- Dembo, R. (junio de 1992). *Plenary Overview of Consensus Panel on Screening*

- and Assessment of Substance-Abusing Adolescents. Discurso pronunciado en el Office for Treatment Improvement, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, sobre el "Tratamiento para adolescentes drogadictos". Washington, DC.
- de Shazer, S. (1982). "Some Conceptual Distinctions Are More Useful than Others". En *Family Process*, 21, págs 71-84.
- de Shazer, S. (1984). "The Death of Resistance". En *Family Process*, 23, págs. 79-93.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. Nueva York, W. W. Norton. [*Claves para la solución en terapia breve*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, S.A., 1991]
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. Nueva York, W. W. Norton. [*Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona, Gedisa, 1992.]
- de Shazer, S. (1990). *What Is It about Brief Therapy that Works*. J. K. Zeig y S. G. Gilligan (comps.), *Brief Therapy: Myths, Methods and Metaphors*. Nueva York, Brunner/Mazel, págs. 90-100.
- de Shazer, S. (1991) *Putting Differences to Work*. Nueva York, W. W. Norton,
- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986). "Brief Therapy: Focused Solution Development". En *Family Process*, 25, págs. 207-222.
- Durrant, M. y Coles, D. (1991). "The Michael White Approach". En *Family Therapy Approaches with Adolescent Substance Abusers*. T. C. Todd y M. D. Selekman (comps.), Needham Heights, MA, Allyn y Bacon, págs. 135-175.
- Efran, J. y Lukens, M. (1985). "The World according to Humberto Maturana". En *Family Therapy Networker*, mayo-junio, págs. 23-28 y 12-1b.
- Erickson, M. H. (1954). "Pseudo-Orientation in Time as a Hypnotic Procedure". En *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, págs. 161-283.
- Erickson, M. H. (1964). "The Confusion Technique in Hypnosis". En *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, págs. 183-207.
- Erickson, M. H. y Rossi, E. (1983). *Healing in Hypnosis*. Nueva York, Irvington.
- Erickson, M. H., Rossi, E. y Rossi, I. (1976). *Hypnotic Realities*. Nueva York, Irvington.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). *The Tactics of Change*. San Francisco, Jossey-Bass. [*La táctica del cambio*, Barcelona, Editorial Herder, 1994.]
- von Foerster, H. (1981). *Observing Systems*. Seaside, CA, Intersystems.
- Friesen, J. D., Grigg, D. N. y Newman, J. A. (1991). *Experiential Systemic Therapy: An Overview*. Manuscrito inédito.
- Fuller, J. (marzo de 1992). "Lost and Found: John Coltrane's Lifelong Quest for a New Direction", en el *Chicago Tribune*, sec. 13, pág. 22.
- Gingerich, W., de Shazer, S. y Weiner-Davis, M. (1988). "Constructing Change: A Research View of Interviewing". En *Interviewing*, E. Lipchik (comp.), Rockville, MD, Aspen, págs. 21-31.

- Gingerich, W. y de Shazer, S. (1991). "The BRIEFER Project: Using Expert Systems as Theory Construction Tools". En *Family Process*, 30, págs. 241-249.
- von Glasersfeld, E. (1984). "An Introduction to Radical Constructivism". En *The invented Reality*, P. Watzlawick (comp.), Nueva York, W. W. Norton, págs 17-40. [La realidad inventada, Barcelona, Gedisa, 1990.]
- Glassner, B. y Loughlin, J. (1987). *Drugs in Adolescent Worlds: Burnouts to Straights*. Nueva York, St. Martin's Press.
- Goolishian, H. (octubre de 1991). *The Dis-Diseasing of Mental Health*. Discurso pronunciado en el plenario de la Houston-Galveston Institute's Conference II. San Antonio, TX.
- Goolishian, H. y Anderson, H. (1981). "Including Non-Blood Related Persons in Family Therapy.". En *Questions and Answers in the Practice of Family Therapy*, A. S. Gurman (comp.), Nueva York, Brunner/Mazel, págs. 75-80.
- Gordon, D. y Meyers-Anderson, M. (1981). *Phoenix: Therapeutic Patterns of Milton H. Erickson*. Cupertino, CA: Meta.
- Gurin, J. (marzo de 1990). "Remaking our Lives". En *American Health*, págs. 50-52.
- Haley, J. (1984). *Ordeal Therapy*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Hammerschlag, C. (1988). *The Dancing Healers: A Doctor's Journey of Healing with Native Americans*. Nueva York, Harper y Row.
- Harrison, P. A. y Hoffman, N. G. (1987). *CATOR 1987 Report: Adolescent Residential Treatment Intake and Follow-up findings*. St. Paul, MN, Registro de los resultados del tratamiento para la adicción o el abuso de drogas.
- Hentoff, N. (1958). Nota de la contra tapa del disco *Something Else! The Music of Ornette Coleman*. Contemporary 7551.
- Hoffman, L. (1988). "A Constructivist Position for Family Therapy. En *The Irish Journal of Psychology*, 9, págs. 110-129.
- Jones, R. A. (1977). *Self-Fulfilling Prophecies: Social, Psychological and Physiological Effects of Expectancies*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Katz, S. J. y Liu, A. E. (1991). *The Codependency Conspiracy*. Nueva York, Warner Books.
- Kearney, P., Byrne, N. O. y McCarthy, I. M. (1989). "Just Metaphors: Marginal Illuminations in a Colonial Retreat". En *Family Therapy Case Studies*, 4 (1), págs. 17-33.
- Keeney, B. y Ross, J. (1983). "Cybernetics of Brief Family Therapy". En *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, págs. 375-382.
- Kissen, B., Platz, A. y Su, W. H. (1971). "Selective Factors in Treatment Choice and Outcome in Alcoholism". En *Recent Advances in Studies of Alcoholism*. N. K. Mello y J. H. Mendelsohn (comps.), Washington DC, US Government Printing Office, págs. 781-802).
- Leake, G. J. y King, A. S. (1977). "Effect of Counselor Expectations on Alcoholic Recovery". En *Alcohol, Health and Resource Works*, 11 (3), págs. 16-22.
- Lipchik, E. (invierno de 1988). "Interviewing with a Constructive Ear". En

- Dulwich Centre Newsletter*, págs. 3-7. (Disponible en el Dulwich Centre Publications, Hutt Street, P. O. Box 7192, Adelaide, South Australia 5000).
- Lipchik, E. y de Shazer, S. (1986). "The Purposeful Interview". En *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5 (1), págs. 88-99.
- Lussardi, D. J. y Miller, D. (1991) "A Reflecting Team Approach to Adolescent Substance Abuse". En *Family Therapy Approaches with Adolescent Substance Abusers*. T. C. Todd y M. D. Selekman (comps.), Needham Heights, MA, Allyn y Bacon, págs. 227-240.
- Madanes, C. (1984). *Behind the One-Way Mirror*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Maruyama, M. (1974). "The Second Cybernetics: Deviation-Amplifying Mutual Causative Processes En *American Scientist*, 51, págs. 164-179.
- Maturana, H. y Varela, F. (1988). *The Tree of Knowledge: The Biological Roots to Human Understanding*. Boston. New Science Lybrary. [El árbol del conocimiento, Madrid, Editorial Debate,1990.]
- McCarthy, I. M. y Byrne, N. O. (1988). "Mis-Taken Love: Conversations on the Problem of Incest in an Irish Context. En *Family Process*, 27, págs. 181-199.
- Miller, W. R. (1985). "Motivation for Treatment: A Review with Special Emphasis on Alcoholism". En *Psychological Bulletin*, 98, págs. 84-107.
- Miller, W. R. y Sovereign, R. G. (1989). "The Check-up: A Model for Early Intervention in Addictive Behaviors". *Yn Addictive Behaviours: Prevention and Early Intervention*. T. Loberg, W. R. Miller, P. E. Nathan y G. A. Marlott (comps.), Amsterdam, Swets y Zietlinger, págs. 219-231.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA. Harvard University Press. [Famílias y terapia familiar, Barcelona, Gedisa, 1979.]
- Mitchell, S. (1988). *Tao Te Ching: A New English Version*. Nueva York, HarperCollins.
- Molnar, A. y de Shazer, S. (1987). "Solution-Focused Therapy: Toward the Identification of Therapeutic Tasks". En *Journal of Marital and Family Therapy*, 13 (4), págs. 349-358.
- Newfield, N. A., Kuehl, B. P., Joanning, H. P. y Quinn, W. H. (1991). "We Can Tell You about 'Psychos' and 'Shrinks': An Etnography of the Family Therapy of Adolescent Drug Abuse". En *Family Therapy Approaches with Adolescent Substance Abusers*. T. C. Todd y M. D. Selekman (comps.), Needham Heights, MA: Allyn y Bacon, págs. 277-310.
- O'Hanlon, W. H. (1987). *Taproots: Underlying Principles of Milton H. Erickson's Therapy and Hypnosis*. Nueva York, W. W. Norton.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1989). *In Search of Solutions: A New Direction in Psychotherapy*. Nueva York, W. W. Norton. [En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, 1993, 2º ed.]
- Orford, J. y Hawker, A. (1974). "An Investigation of an Alcoholism Rehabilitation Halfway House: II. The Complex Question of Client Motivation". En *British Journal of Addiction*, 69, págs. 315-323.
- Palazzoli, M. S. (1980). "Why a Long Interval Between Sessions? The Therapeu-

- tic Control of the Family-Therapist Suprasystem". En *Dimensions of Family Therapy*. M. Andolfi y I. Zwerling (comps.), Nueva York, Guildford Press, págs. 161-171. [*Dimensiones de la terapia familiar*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, 1993.]
- Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). "Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session". En *Family Process*, 19 (1), págs. 3-13.
- Papp, P. (1983). *The Process of Change*. Nueva York, Guildford Press. [*El proceso de cambio*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, 1991.]
- Parker, M. W., Winstead, D. K. y Willi, F. J. (1979). "Patient Autonomy in Alcohol Rehabilitation: Literature Review". En *International Journal of the Addictions*, 14, págs. 1015-1022.
- Parsons, B. V. y Alexander, J. F. (1973). "Short-Term Family Intervention: A Therapy Outcome Study". En *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, págs. 195-201.
- Patterson, G. R. y Forgatch, M. I. (1985). "Therapist Behavior as a Determinant for Client Noncompliance: A Paradox for the Behavior Modifier". En *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, págs. 846-851.
- Peele, S. (1989). *Diseasing of America: Addiction Treatment out of Control*. Lexington, MA, Lexington Books.
- Penn, P. (1985). "Feed Forward: Future Questions, Future Maps". En *Family Process*, 24 (3), págs. 299-310.
- Peters, T. J. y Waterman, R. H. (1982). *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies*. Nueva York, Warner Books.
- Rosen, S. (1982). *My Voice will Go with You: The Teaching Tales of Milton H. Erickson*. Nueva York, W. W. Norton.
- Sanchez-Craig, M. y Lei, H. (1986). "Disadvantages of Imposing the Goal of Abstinence on Problem Drinkers: An Empirical Study". En *British Journal of Addiction*, 81, págs. 505-512.
- Selekman, M. D. (1989a). "Taming Chemical Monsters: Cybernetic-Systemic Therapy with Adolescent Substance Abusers". En *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8 (3), págs. 5-10.
- Selekman, M. D. (1989b). "Engaging Adolescent Substance Abusers in Family Therapy". En *Family Therapy Case Studies*, 4 (1), Págs. 67-74.
- Selekman M. D. (1991a). "'With a Little Help from My Friends': The Use of Peers in the Family Therapy of Adolescent Substance Abusers". En *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1 (1), págs. 69-77.
- Selekman, M. D. (1991b). "The Solution-Oriented Parenting Group: A Treatment Alternative that Works. En *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 10 (1), págs. 36-49.
- Selekman, M. D. y Todd, T. C. (1991). "Crucial Issues in the treatment of Adolescent Substance Abusers and their Families". En *Family Therapy Approaches with Adolescent Substance Abusers*. T. C. Todd y M. D. Selekman (comps.), Needham Heights, MA, Allyn y Bacon, págs. 1-20.
- Sherman, S. J., Skov, R. P., Hervitz, E. F. y Stock, C. B. (1981). "The Effects of Explaining Hypothetical Future Events: From Possibility to Probabili-

- ty to Actuality and Beyond". En *Journal of Experimental Social Psychology*, 17, págs. 142-157.
- Sidran, B. (1971). *Black Talk*. Nueva York, DeCapo Press.
- Snyder, M. y White, P. (1982). "Moods and Memories: Elation, Depression, and the Remembering of the Events of One's Life. En *Journal of Personality*, 50(2), págs. 149-167.
- Spanos, M. y Radtke, H. L. (1981). "Hypnotic Visual Hallucinations as Imaginings: A Cognitive-Social Psychological Perspective". En *Imagination, Cognition and Personality*, 1 (2), págs. 147-170.
- Spanos, N. P. (1990). "Imagery, Hypnosis and Hypnotizability". En *Mental Imagery*, R. G. Kunzendorf (comp.), Nueva York, Plenum Press.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F. H., Perez-Vidal, A. y Hervis, O. (1983). "Conjoint versus One-Person Family Therapy: Some Evidence for the Effectiveness of Conducting Family Therapy through One Person with Drug-Abusing Adolescents". En *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (6), págs. 889-899.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F. H., Perez-Vidal, A. y Hervis, O. (1986). "Conjoint versus One-Person Family Therapy: Further Evidence for the Effectiveness of Conducting Family Therapy through One Person with Drug-Abusing Adolescents". En *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (3), págs. 395-397.
- Thorton, C. C., Gotthel, E., Gellens, H. K. y Alterman, A. I. (1977). "Voluntary versus Involuntary Abstinence in the Treatment of Alcoholics". En *Journal of Studies on Alcohol*, 38, págs. 1740-1748.
- Todd, T. C. y Selekman, M. D. (1991). "Beyond Structural-Strategic Family Therapy: Integrating Other Brief Systemic Therapies". En *Family Therapy Approaches with Adolescent Substance Abusers*, T. C. Todd y M. D. Selekman (comps.), Neddham Heights, MA, Allyn y Bacon, págs. 241-271.
- Tomm, K. (1987). "Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing. En *Family Process*, 26, págs. 167-183.
- Tomm, K. (1990) "A Critique of the DSM. Dulwich Centre Newsletter", 3, págs. 5-9. (Disponible en el Dulwich Centre Publications, Hutt Street, P. O. Box 7192, Adelaide, South Australia 5000.)
- Tomm, K. y White, M. (octubre de 1987). *Externalizing Problems and Internalizing Directional Choices*. Trabajo presentado en la reunión anual de la American Association for Marriage and Family Therapy, Chicago, IL.
- Wall, S. y Arden, H. (1990). *Wisdomkeepers: Meetings with Native American Spiritual Elders*. Hillsboro, OR, Beyond Words. [Los guardianes de sabiduría, Barcelona, Alba Editorial, 1993.]
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. Nueva York, W. W. Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1974). *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. Nueva York, W. W. Norton.
- Weakland, J. H. y Jordan, L. (1990) "Working Briefly with Reluctant Clients: Child Protective Services as an Example". En *Family Therapy Case Studies*, 5 (2), págs. 51-68.

- Weiner-Davis, M. (1992). *Divorce Busting*. Nueva York, Simon y Schuster.
- Weiner-Davis, M., de Shazer, S. y Gingerich, W. (1987). "Building on Pre-treatment Change to Construct the Therapeutic Solution: An Exploratory Study". En *Journal of Marital and Family Therapy*, 13 (4), págs. 359-363.
- White, M. (1984). "Pseudo-Encopresis: From Avalanche to Victory, from Vicious to Virtuous Cycles". En *Family Systems Medicine*, 2 (2), págs. 150-160. [En *Guías para una terapia familiar sistèmica*. Barcelona, Gedisa, 1994.]
- White, M. (1985). "Fear-Busting and Monster Taming: An Approach to the Fears of Young Children". En *Dulwich Centre Review*, págs. 29-33. (Disponible en Dulwich Centre Publications, Hutt Street, P. O. Box 7192, Adelaide, South Australia 5000). [En *Guías para una terapia familiar sistèmica*, op. cit., págs. 175-185.]
- White, M. (1986). "Negative Explanation, Restraint and Double Description: A Template for Family Therapy". En *Family Process*, 25(2), págs. 169-184.
- White, M. (1987). "Family Therapy and Schizophrenia: Addressing the in-the-Corner Lifestyle". En *Dulwich Centre Newsletter*, págs. 14-21. (Disponible en Dulwich Centre Publications, Hutt Street, P. O. Box 7192, Adelaide, South Australia, 5000). [En *Guías para una terapia familiar sistèmica*, op. cit., págs. 84-102.]
- White, M. (1988a). "Anorexia Nervosa: A Cybernetic Perspective". En *Eating Disorders*, J. E. Harkaway (comp.), Rockville, MD, Aspen, págs. 117-129. [En *Guías para una terapia familiar sistèmica*, op. cit., págs. 111-127.]
- White, M. (invierno de 1988b). "The Process of Questioning: A Therapy of Literary Merit?". En *Dulwich Centre Newsletter*, págs. 8-14. (Disponible en Dulwich Centre Publications, Hutt Street, P. O. Box 7192, Adelaide, South Australia 5000.) [En *Guías para una terapia familiar sistèmica*, op. cit., págs. 69-83.]
- White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Nueva York, W. W. Norton.
- Whitfield, S. (1992). *Magritte*. Londres, South Bank Centre.
- Williams, M. (1939). *Jazz Panorama*. Nueva York, Harcourt.
- Wolin, S. (octubre de 1991). *The Challenge Model: How Children Rise above Adversity*. Conferencia pronunciada en 1991, en la reunión plenaria anual de la American Association for Marriage and Family Therapy, en Dallas, TX.

Índice temático

- Abuso de alcohol 147, 150-1
y grupos de autoayuda 32
riesgo de alcoholismo en los hijos
de alcohólicos 31-2, 37, 44
- Abuso de drogas 31-3, 42, 98, 122,
140, *véase también* Abuso de alcohol
y terapia breve a largo plazo 135
como enfermedad 31-3
y respuesta pesimista 154
y prevención de recaídas 123,
143-4
y la tarea de promover la solución
149
y abstinencia total 33
tratamiento 32-4
- Abuso sexual 146
- Actuaciones 45-6
en estudios de casos 92, 107, 108,
124, 145
y divorcio 39
- Acusaciones, pauta de las 80-1, 142-
3, 155
- Adicción, *véase* Abuso de drogas
- Adolescentes
y alcoholismo 31-2, 37, 44-5, 147,
150-1
con trastornos de conducta 70,
100-2
establecer *rapport* con 56-7
depresión en los 26, 67-8
“dificiles” 30-4, 44, 61, 97-110
fortalecer a los 88, 100, 149
como expertos 104-6, 121, 159,
172
rebeldes 21, 46, 74, 78
fugitivos 76, 158
y contar cuentos 17-8
y abuso de drogas, *véase* Abuso de
drogas
- Al-Anon 33, 37, 147
- Al-Ateen 32, 37
- Alcohólicos Anónimos 31-2
American Health, encuesta de la
42-3
- Amnesia 15
- Asociación de Graduados de Padres
- Centrados en la Solución 170
- Asociación de Graduados Ilustres 159
- Autoconfesión 38, 98, 107-8
- Autodeterminación 51
- Auxiliares involucrados 29-30, 34,
47-8, 111-31, 144, 171-2
reuniones de la familia con los
114-131
relaciones del terapeuta con los
113-4
- Bulimia, *véase* Trastornos de la ali-
mentación
- Cambio 40-3, 116
celebración del 27, 157-9
compromiso con el 51

- y las preguntas para consolidarlo 86-8, 134
- inevitabilidad del 40, 70, 164
- previo al tratamiento 64-6,70,87
- recursos para el 42
- clima terapéutico para el 55-86
- conversación sobre el 14, 18, 40, 87
- Cambio previo al tratamiento 48-9, 64
- Cartas 151-2
- Centro de Terapia Familiar Breve (Milwaukee, WI) 18, 91
- Certificado del alta 158
- Charla con uno mismo 49
- Cibernética de segundo orden 111-2
- Cliente, modelo del 63
- Columbo, el enfoque de 36, 59,108-9
- COMPENDIO, sistema del 91-5
- Constructivismo radical 111-2
- Contar cuentos 16-8, 24, 47, 95,107, 172
- Conversación sobre el problema 41, 66, 67
- Cooperación 37, 58, 88, 97, 164
 - con auxiliares 114-5
- Creatividad 24-5, 89, 172, 173

- Demandante, modelo del 61-2
- Depresión 41, 67-8
- Desasimio 37, 148
- Descarrilamiento 143
- Desintoxicación 33
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*** (DSM-III-R) 31
- Disputa familiar estructurada 145, 153
- Disputas 58, 153
- Distorsión del tiempo 15
- Diversión 16, 24, 41, 57, 98, 172
- Dividir al equipo 153-4
- Divorcio 38
- Divulgación de información 109,115, 119, 122, 139, 154
- Dramatizaciones 163, 165, 166
- Dublín, Grupo de 112

- “Ecología de las ideas” 27, 111
- Ecología social, ***véase*** Auxiliares involucrados
- Elogios terapéuticos 39, 59, 89
 - y demandantes 62
 - para fortalecer 38
 - y el grupo de padres 167,168,169
 - y las familias “visitantes” 91
- Entrevistas 39, 63-95
 - primeras 57, 64, 66, 91-5, ***véase también*** Tarea formalizada de la primera sesión
 - mecánica de las 87-90
 - con un propósito determinado 63-86
- Equipo asesor 27-8,55,56, ***véase también*** Equipo reflexivo
 - los pares como 121-3, 154-6, 171
 - la Asociación de Graduados de Padres Centrados en la Solución 170
- Equipo reflexivo 27-8, 55-6, 89-90, 112, 134-5, 145, 146
 - de pares 154-6
- Establecer ***rappport*** 55, 56-8
 - herramientas para 37, 38
- Evaluar la clientela 55, 58-63, 139
- Evitar el cambio inmediato 23
- Excepción, pautas de 22, 28, 46, 94, 165
 - preguntas centradas en la 63-4, 66, 67-8, 74, 134, 136, 137
- Externalización 14,26,44,79-81,141, 142, 144, 150-1

- Familia
 - sistema de creencias de la 21, 89
 - sesiones de disputa en la 153
 - salud de la 14, 45
 - reuniones entre la familia y los auxiliares múltiples 114-131,138-9, 171-2
- Familias desconectadas 147
- Fin de la terapia breve 156
- Fin de terapia, rituales de 27,157-8
- Formato de la sesión 55, ***véase tam-***

- bién* Grupo de padres centrado en la solución, contenido de la sesión
- Fracasos de otras terapias 30,34,46-7, 141, 162
- Galveston, equipo de 27,28-30,83-4, 111-2, 115-6
- Grupo de padres centrado en la solución 161-70
estudio de caso en 167-8
fiestas de celebración en 169-70
determinación de los objetivos en 165-6
para padres latinos 169
razón de ser del 162
fuentes de derivación de casos 163
contenido de la sesión 164-70
- Grupos de autoayuda 32, 42
- Hábito 13, 14
ritual para controlar el 149
"Hacer algo diferente" 92-3
Heavy metal 98
- Hijos Adultos de Alcohólicos 32
- Hijos de alcohólicos 32
- Hipnosis 15, 16, 82
- Houston-Galveston Family Institute 112, 115
- Humor 15, 24, 41, 47, 57, 98, 172
para establecer *rapport* 38, 57
- Improvisación, técnicas de 23, 24-5, 47, 99
- Incesto, víctimas de 112, 145-6
- Intervalos entre sesiones 135-6,143, 157
- Intervención sobre la pauta 139-41
las ordalías como 152
- Jazz, músicos de 24-5, 172
- La táctica del cambio* (Fisch *et al.*) 23
- Localización 23
- Mal manejo del problema 46
"Más de lo mismo" 21, 33-4, 45-8
- Mental Research Institute (MRI) 15, 21, 23, 24-6
- Metáfora 16, 53, 136
- Métodos de cura de los aborígenes estadounidenses 45
- Milagro, pregunta por el 19,71-3,74, 75, 87, 105, 142
en los grupos de padres 165
simular el milagro 19, 92, 142, 169, 170
- Milán, Grupo de 41, 111-2
- Modelo de terapia breve centrado en la solución 14, 84, 95, 146, 173
desarrollo 14
ampliación del 23-30
fin de terapia en el 156-9
- Movimiento de recuperación 31, 32
- Multiparcialidad 115
- Narcóticos Anónimos 122, 123
"No dicho aún" 28-9, 84, 146
- No saber 27, 84, 108, 115-6
- Normalidad 38-9, 57
- Objetivos del tratamiento
aceptación de los 58, 59
para adolescentes 88
y familias desconectadas 147
negociación 50-1, 58, 75-7, 87, 138-9
y preguntas por la escala 75-7,87
herramientas para fijar los 87
- Obligaciones disciplinarias 148
- Ordalías, estrategia de las 152
- Padres
alcohólicos 31-2, 44, 147-8
establecer *rapport* con los 56-7
como demandantes 61-2
negociar los objetivos del tratamiento con los 50, 58, 87
conducta extravagante en los 93
"débiles" 21-3
- Pandillas 118-9
- Personal escolar 113-4, 116-8, 125-31
cartas al 151-2

- Predicción, como estrategia 23
 tarea de 19, 94-5, 137, 138
- Preguntas
 abiertas 102, 105
 centradas en el futuro 81-2
 centradas en la explicación única
 69, 134, 165, 167
 centradas en la redescrición
 única 69-70, 134, 165, 167
 conversacionales 28, 83-5, 88, 144
 para consolidar el cambio 86-7,
 134, 156, 168
 para rastrear el problema 83
 presuposicionales 63, 70-1, 87,
 134, 136, 165, 166
 sobre el porcentaje 77-9, 87
 sobre la escala 75-7, 134, 139, 166
 terapéuticas 26-7, 52, 63-88
- Prescripciones paradójicas 23
- Proceso de derivación 20, 59-61, 137,
véase también Sistema judicial
 de menores
- Programas de doce pasos 32-3, 161
- Pseudorientación temporal 15, 16,
 18
- Redescrición 69
- Reencuadre 23
- Refuerzo positivo 39
- Relación, estrategias de 97-110
- Resistencia 35
- Respuestas alentadoras 38-9, 66, 88,
 134, 136, 165, 166
- Respuestas hipnóticas 39, 89
- Ritual de externalización simbólica
 150-1
- Rótulos 31, 32
- Rótulos positivos 38, 39, 57
- “Sabotaje benevolente” 21, 22
- Secuencia de manejo del problema
 73, 166
- Secuencia pesimista 79, 138, 139,
 144
- Secuencias que mantienen el proble-
 ma 139, 140, 143, 146
- Sexualidad 85
- Sistema formado a partir del proble-
 ma 29-30, 111, 114-6
- Sistema judicial de menores 113, 121,
 124-5, 127, 128
- “Sistema significativo” 111
- Sistemas de apoyo 42-3, 120
- Sistemas observadores 111-2
- Soluciones propuestas por los pares
 121-3, 154-6
- Sorpresa, tarea de la 135, 148
- Tarea de observación, *véase* Tareas
 terapéuticas, observación
- Tarea de promover la solución 149
- Tarea formalizada de la primera se-
 sión 19, 48, 91, 165
- Tarea para el hogar 28, 90, 101, 135,
véase también Tareas terapéuti-
 cas
 y abuso de drogas 142-3
- Tareas terapéuticas 36, 52, 62, 81,
véase también Tarea para el ho-
 gar
 para discusiones crónicas 153
 diseño de las 133-48
 hacer algo diferente 92-3
 de la primera entrevista 91, 133,
 135, *véase también* Tarea forma-
 lizada de la primera sesión
 observación 62, 75, 94, 101, 137,
 140
 “sorpresa” 135, 148-9
 centradas en la solución 148-56
- Técnicas para el cuidado de los hijos
 161; *véase también* Grupo de pa-
 dres centrado en la solución
- Terapeuta como observador 51-2
- Terapia
 breve a largo plazo 135
 breve centrada en el problema 15,
 21-3, 45, 83
 breve centrada en la solución 18-
21
 estratégica breve de familia 42
- Terapia familiar breve centrada en
 la solución 2, 53

entrevista en la 87-90, *véase también* Entrevistas
Terapia narrativa 27-9, 83-6
The Dancing Healers (Hammer-
schlag) 45
Tirar la moneda 148
Trastornos de la alimentación 94,
105-6
y terapia breve a largo plazo 136
Tricotilomanía 13
Utilización, estrategia de la 15-6,
100-2
Videocintas 55, 56
Visitante, modelo del 58-61, 88, 92