

Claves para la solución en terapia breve

Steve de Shazer



Terapia Familiar

PAIDOS

www.facebook.com/psicologiaMG

<http://pdicologiapdf.blogspot.mx/>

ÍNDICE

Título original: *Keys to Solution in Brief Therapy*

Publicado en inglés por Norton and Co., Nueva York - Londres

Traducción de Jorge Piatigorsky

Cubierta de Gustavo Macri

PREFACIO, por <i>John E. Weakland</i>	9
PREFACIO, por <i>Lyman C. Wynne</i>	11
PROLOGO	14
RECONOCIMIENTOS	17
1. ¿COMO SABE QUE HACER?	21
La terapia breve	21
Limitaciones de tiempo (21). No sólo menos de lo mismo (22)	
Evolución	23
Orientaciones	25
¿Por qué hace eso? (25). La técnica de la confusión (26). Carácter indirecto (29). Si funciona, no lo detenga (31). Muerte de la resistencia (32). Sólo se necesita un cambio pequeño (34).	
2. QUEJAS: MALDITA MALA SUERTE	36
El trabajo con un equipo: estimulante pero no necesario	36
Las quejas y cómo llegan a serlo	39
Supuesto uno (41). Un modelo de quejas. Parte uno (41). Supuesto dos (43). Un modelo de quejas. Parte dos (42). Reconstrucción de las quejas para convertirlas en problemas	45
Una metáfora (47). La construcción de soluciones	50
Supuesto tres (50). Un modelo de quejas. Parte tres (51). Caso ejemplo: Camino a ser una madre perfecta (52). Caso ejemplo: La llave (54). Supuesto cuatro (55). Un modelo de quejas. Parte cuatro (56). Supuesto cinco (57). Un enfoque experi- mental de la construcción de encuadres (57). Un modelo de quejas. Parte cinco (58). Caso ejemplo: La muleta de aluminio (58). Supuesto seis (60). Un modelo de quejas. Parte seis (61). La creación de expectativas de cambio (62). Conclusiones	64
3. LIGADURAS, LAZOS Y LA NAVAJA DE OCCAM	65
Niveles de descripción	65
Milton Erickson: una fuente de mapas (65). Mapas múltiples (67). Trazado comparado de mapas: estudio de un caso	68
Un mapa de "extraño lazo".	71
La navaja de Occam	75
Imágenes especulares (76). El concepto de ajuste	77
4. UN MODO COOPERATIVO DE TERAPIA	82
Construcción de una realidad terapéutica	82
Cooperación	85
Un cambio en el orden (86). Una teoría de la cooperación (86). Cooperación terapeuta-cliente (89). Expectativas de cambio	90
Un modelo (92). El proceso de construir expectativas (93). Una posición presente y futura	94

1.ª reimpresión en España, 1991

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier método o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© by Steve de Shazer

© de todas las ediciones en castellano,
Ediciones Paidós Ibérica, S. A.,
Mariano Cubí, 92 - 08021 Barcelona
y Editorial Paidós, SAICF,
Defensa, 599 - Buenos Aires.

ISBN: 84-7509-722-7

Depósito legal: B-37.098/1991

Impreso en Nova-Gráfík, S. A.,
c/. Puigcerdá, 127 - 08019 Barcelona

Impreso en España - Printed in Spain

5.	LA TÉCNICA DE LA BOLA DE CRISTAL	97
	Hacer que el futuro se destaque respecto del presente.	97
	La técnica.	97
	Caso ejemplo: Miedo, ¿de qué? (100). Caso ejemplo: ¡Batear! (101). Caso ejemplo: La mujer de Jake (102).	
	Examen	105
6.	LA CONSTRUCCIÓN DE PROBLEMAS.	109
	Problemas de estructura de metas.	109
	Caso ejemplo: Sacudir una cama (110). Caso ejemplo: La seudobulímica (111).	
	Caso ejemplo: Tres veces no son casualidad (116).	
	Conclusión.	119
7.	NO LO COMPLIQUE	120
	Totalismo.	120
	Caso ejemplo: Ojo por ojo (123). Caso ejemplo: Creando una sed de cambio (126). Caso ejemplo: El veterano retirado (129).	
	Conclusión.	132
8.	LLAVES MAESTRAS.	133
	Escribir, leer y quemar.	134
	La tarea de la pelea estructurada.	136
	"Haga algo diferente".	136
	Caso ejemplo: Bizcochos (139). Caso ejemplo: Miedo a lo desconocido (140).	
	Caso ejemplo: Excremento de toro (140). Caso ejemplo: Un toque vale por muchas palabras (143). Caso ejemplo: Anticipación (144).	
	"Preste atención a lo que hace cuando supera el impulso de...".	145
	Caso ejemplo: <i>Racconto</i> (146). Caso ejemplo: ¿Quién será el primero? (147).	
	Caso ejemplo: La crítica callada (148).	
	Conclusión.	149
9.	EL CAMBIO NO SOLO ES POSIBLE, ES INEVITABLE	150
	Tarea de fórmula de la primera sesión	150
	Caso ejemplo: Tres pistolas (152). Caso ejemplo: Sólo 16 años (153). Caso ejemplo: Intentándolo una vez más (155). Caso ejemplo: ¿Es la persistencia una virtud? (157).	
	Un estudio.	159
	¿Mejores, iguales o peores? (162). ¿Acontecimientos y conductas deseables y/o beneficiosos? (163). ¿Dentro y/o fuera del área de la queja? (165). Resultados (166). Seguimiento (167). Examen del estudio (169).	
10.	CONCLUSIONES.	172
	Reglas prácticas.	172
	Éxitos pasados (172). Excepciones a la regla (173). La regla del "o esto o aquello" (175). Regla de la certidumbre (176). Cabeza abajo (177). Si no hubiera ningún "si" (178).	
	Conclusión.	179
	Sistemas (179). El sistema terapéutico (180). Simplicidad (181).	
	BIBLIOGRAFÍA.	185

PREFACIO

Este libro de Steve de Shazer merece ser leído (es de lectura más fácil que algunos de sus escritos anteriores) y me resulta grato dedicar este prefacio a explicar por qué lo pienso.

Voy a ubicar fundamentalmente esta explicación en un nivel más bien general y amplio, por dos razones. A pesar de las súplicas constantes de profesionales perplejos o acosados que necesitan soluciones específicas para problemas específicos, creo que los avances significativos en la práctica dependen primordialmente de desarrollos de puntos de vista generales sobre los problemas y sus soluciones. Y no obstante sus numerosas y útiles viñetas ilustrativas de casos específicos, para mí la esencia de este libro reside en sus concepciones y proposiciones generales.

La lectura de esta obra me deparó una sorprendente combinación de cuestiones e ideas, antiguas y nuevas, con parte de las cuales podría concordar a partir de mi propio trabajo, mientras que con otra parte importante estoy en desacuerdo, o por lo menos suscitan en mí reservas iniciales. Pensándolo más, advertí que esta aparente dificultad o contradicción podría ser sumamente positiva, en especial si se considera en el marco de la "visión poliocular" por la que el propio de Shazer aboga, siguiendo a Bateson. Es decir, si existen dos modos de ver diferentes pero relacionados con respecto a una materia determinada (sea que la situación de que se trate involucre a dos miembros de un equipo que observan el mismo caso, o dos enfoques de la solución de un problema, o por cierto más esencialmente para nuestro campo global, a dos miembros de una familia que describen de manera distinta un problema único), esto ofrece la posibilidad de que se obtenga un logro adicional. Fundamentalmente, puede resultar una concepción integrativa y de nivel superior, si uno logra evitar la trampa de plantearse "cuál es el punto de vista correcto". Y advier-

to que de Shazer no nos entrega respuestas definitivas (¡Dios no lo quiera!) sino una ayuda más amplia para escapar de las limitaciones de "saber lo que no es así" y de la defensa de nuestras verdades parciales con el mismo tipo de insistencia desesperada con que vemos a nuestros pacientes defender las verdades *de ellos*.

Más específicamente, el autor nos ofrece, entre otras cosas, una expansión de nuestro horizonte al prestar atención especial a las soluciones, contrapesando el énfasis anterior en los orígenes o la naturaleza de los problemas; una ampliación de nuestra visión de la "cooperación" en la terapia, contrapuesta a la "resistencia"; incluye ideas sobre cómo trabajar con esos pacientes indefinidos que de otra manera se convierten en la ruina de terapeutas que eligen estratégicamente, y ciertos pensamientos seminales sobre las intervenciones "de fórmula". Estas últimas, junto con el trabajo reciente de Mara Selvini Palazzoli, pueden muy bien constituir un significativo paso adelante. Ahora que se han desplomado las antiguas e inútiles categorías generales de diagnóstico y terapia, en virtud del examen de los factores específicos de los problemas y del tratamiento con un enfoque interaccional, puede ser oportuno comenzar de nuevo a establecer generalizaciones, más eficazmente.

En resumen, a quienes no están demasiado obsesionados por su necesidad de respuestas específicas e inmediatas, y pueden aceptar que todavía estamos en los primeros tiempos del desarrollo de la psicoterapia, este libro les ofrece algunos muy interesantes y potencialmente útiles postes indicadores en el camino hacia un trabajo más eficaz en nuestro campo.

JOHN E. WEAKLAND

PREFACIO

Hacia finales de la década de 1970, diversos enfoques de la terapia familiar, tales como los desarrollados por Minuchin, Whitaker, Bowen y Boszormenyi-Nagy, fueron explicados y designados (por otros) como "escuelas". Como terapeuta familiar que se ha resistido a identificarse con cualquier "escuela", me comencé a preocupar la posibilidad de que el campo de la terapia familiar fuera tal vez a seguir el mismo curso histórico que el psicoanálisis. Tanto en incontables talleres como en numerosas publicaciones, parecería perfilarse la tendencia de los seguidores, si no de los líderes, a reafirmar los puntos de vista de facciones. Más que las innovaciones, son la repetición y los círculos cerrados lo que amenaza con caracterizar el campo.

Desde mi punto de vista, dos centros han generado excepciones dignas de mención a esa tendencia. Uno es el bien conocido grupo de Milán de Selvini Palazzoli, Cecchin, Boscolo y Prata. Este grupo, y los dos subgrupos que recientemente se desprendieron de él, han sido ampliamente elogiados por proporcionar ideas creadoras y métodos nuevos de tratamiento. Un segundo grupo, en el escenario menos exótico (para los norteamericanos) de la ciudad de Milwaukee, el Centro de Terapia Familiar Breve, merece ser considerado como una fuente de hipótesis y métodos de tratamiento igualmente creadora y generativa. Creo que este libro del líder intelectual del grupo de Milwaukee, Steve de Shazer, logrará aportar un reconocimiento adecuado a la meditada originalidad de dicho grupo.

Según lo ilustran este volumen y otros escritos anteriores, algunos rasgos de los enfoques desarrollados en Milán y Milwaukee son notablemente análogos, aunque se originaron por crecimientos paralelos y no como consecuencia de un conocimiento recíproco del trabajo cotidiano. Ambos grupos han demostrado un

talento poco frecuente para cuestionar sin demora ciertas creencias santificadas del campo de la terapia familiar, para mantener una posición autocrítica y para modificar ininterrumpidamente sus puntos de vista a la luz de nuevas observaciones realizadas. Gracias a estas cualidades, las visitas a Steve de Shazer y sus colegas de Milwaukee constituyen un verdadero deleite, porque cada visita, lo mismo que cada nueva publicación, revela un giro o una vuelta interesante, a veces precisamente en la dirección menos esperada por mí. Por ejemplo, de Shazer describió anteriormente una variedad de interesantes maneras de ayudar a las familias en la resolución de problemas, empleando métodos propuestos por el fallecido Milton Erickson, pero con modificaciones. En este libro, de Shazer sostiene que la atención que prestó a la solución de problemas se basaba en un supuesto falso. Aduce que en cambio son las soluciones y no los problemas lo que merece nuestra atención primordial. Este cambio de foco conduce a una conclusión conceptualmente compleja, que tiene consecuencias técnicamente simples; la solución del tratamiento no tiene por qué ser tan complicada como el problema que se presenta. Reservo para el lector del libro el descubrimiento de los ingredientes fundamentales de los más recientes puntos de inserción de de Shazer en la relación terapéutica.

La lectura de esta obra me ha estimulado a reflexionar sobre las condiciones contextuales que parecen ser compartidas por Milán y Milwaukee, y que pueden ser tenidas en cuenta con ventaja por otros programas que organicen sus actividades. Ambos equipos se han esforzado por desarrollar y mantener un diálogo genuino entre un pequeño grupo de colegas. El cambio de roles entre terapeutas y observadores desplazó los puntos de vista fijados rígidamente, pero el diálogo quedó protegido de una intrusión excesiva (hecho quizás facilitado por la dificultad de visitar a Milán o Milwaukee). Ambos grupos reservaron deliberadamente tiempo para realizar observaciones detalladas y precisas de fenómenos clínicos, y también discusiones libres sobre dichas observaciones. De modo que el trabajo no fue exclusivamente teórico ni exclusivamente orientado hacia los métodos, sino que incluyó por igual ambos aspectos. Esto constituye lo que yo considero una creciente pero infortunadamente descuidada forma de investigación clínica creadora, es decir, observación exploratoria disciplinada pero intelectualmente abierta, no organizada según una ideología fija o reglas de investigación. No es probablemente casual que ninguno de los dos centros forme parte de una institu-

ción académica formal, ni dependa de la aprobación de subvenciones externas para llevar adelante su forma de investigar: la exploración es acicateada por la curiosidad sobre la naturaleza de las cosas. En la investigación *clínica*, queda incluida la curiosidad en cuanto a si la terapia es eficaz y, especialmente, en cuanto a las diferencias que la hacen preferible o no.

Recomiendo este libro porque el lector hallará sin duda algunos planteos con los que podrá estar en desacuerdo, y se verá de tal modo estimulado a reconsiderar puntos de vista que puede haber aceptado demasiado fácilmente. Estoy seguro de que Steve de Shazer se contará entre los primeros que difieran de lo que él mismo ha escrito y que continuará avanzando a partir de las ideas del presente volumen. Pero antes de eso, el lector querrá saber en qué punto se encuentra actualmente el grupo de Milwaukee.

LYMAN C. WYNNE

PROLOGO

Este libro presenta una concepción general de las soluciones, del modo en que ellas operan, y de procedimientos específicos conexos, desarrollados durante quince años de práctica y estudio de la terapia breve.

En general, cuando la gente piensa sobre "problemas" tiende a seguir la guía de los resolvedores de problemas (como lo son los terapeutas), quienes los encaran preguntándose cómo adquirieron el carácter que tienen, o cómo solucionarlos, o ambas cosas. Este último es el enfoque propuesto por Haley (1973) y el Instituto de Investigación Mental (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), mientras que el primero puede considerarse representado por la mayor parte de las otras escuelas terapéuticas. Sin embargo, la idea implícita en ambas concepciones (que las soluciones deben tener mucho en común con los problemas) puede basarse en un supuesto falso. Mi trabajo apunta a la idea (apoyada por nuestra investigación reciente) de que entre dos casos cualesquiera, los procesos de solución son más análogos entre sí que los problemas que cada intervención intenta resolver. A primera vista esta idea parece ir contra la intuición, pero ¿cómo de otra manera puede explicarse que tareas de fórmula simple (que varían poco de cliente a cliente) promuevan cambios satisfactorios en una amplia variedad de situaciones?

Una metáfora sencilla: las quejas que los clientes llevan al terapeuta son como cerraduras en puertas que se abren hacia una vida más satisfactoria. El cliente ha intentado todo lo que piensa que es razonable, correcto y bueno, y lo que ha hecho se basa en su verdadera realidad, *pero* la puerta sigue cerrada; por lo tanto, cree que lo que le ocurre está más allá de cualquier solución. Con frecuencia, esto conduce a esfuerzos cada vez mayores para descubrir por qué la cerradura es como es o por qué no se abre. Sin

embargo, parece claro que lo que aportará una solución será una llave, y no una cerradura, y existen ganzúas (de diversos tipos) capaces de abrir muchas clases diferentes de cerraduras. Del mismo modo, una intervención terapéutica sólo necesita *ajustarse* de tal modo que la solución se desarrolle. No tiene por qué ser tan compleja como la cerradura misma. El hecho de que la queja sea complicada no significa que la solución deba serlo en idéntica medida.

Para impulsar rápidamente soluciones, es útil desarrollar la "visión" o descripción de un futuro más satisfactorio, que entonces puede resaltar con respecto al presente. Además, una vez que esta "visión realista" queda construida como una entre un conjunto de futuros logrables y posibles, los clientes frecuentemente generan modos "espontáneos" de resolver el problema. En consecuencia, es una tarea del terapeuta elaborar con el cliente estas expectativas de cambio y solución. En la práctica esto significa que la construcción de una solución no obliga a saber nada sobre el pasado de la persona (a diferencia de lo que ocurre con la terapia tradicional), ni exige tampoco el conocimiento de ningún detalle de lo que está manteniendo el motivo de queja (a diferencia de otros tipos de terapia breve y de algunos tipos de terapia familiar). Por otra parte, una vez abierta la expectativa de cambio, el terapeuta puede promover muy rápidamente cambios duraderos (según lo indican nuestros estudios de seguimiento).

Difiriendo asimismo de otros modelos terapéuticos (para los cuales entre el terapeuta y el cliente media una "resistencia"), el modelo descrito en este libro se basa en una relación entre terapeuta y cliente cuya naturaleza es cooperativa. Puesto que el cliente que se somete a terapia desea cambiar, la cooperación puede ser natural y fácilmente promovida por una abierta expectativa de cambio (que es un supuesto del terapeuta); en consecuencia, el terapeuta puede ayudar a construir "visiones" de un futuro más satisfactorio. Una vez más, a diferencia de la mayoría de los otros modelos terapéuticos, este modelo presta sólo una limitada atención al pasado, y en la pequeña medida en que lo hace, se centra casi exclusivamente en los pasados *éxitos*. Siguiendo un criterio distinto del de otros modelos de terapia breve, este modelo presta relativamente poca atención a los detalles de las quejas, centrándose en lugar de ello *en el modo en que el cliente podrá reconocer cuándo el problema ha quedado resuelto*. Otro foco se centra en el área en que el cliente está haciendo lo que es *bueno* para él, y no en aquellas en las que le está yendo mal. Es-

tos puntos de énfasis promueven el desarrollo de una relación cooperativa entre terapeuta y cliente y forman parte del método para encontrar soluciones.

Este modelo fue desarrollado en un centro de terapia orientado hacia la investigación y el entrenamiento, privado, económicamente independiente y sin fines de lucro. Los profesionales que hemos entrenado continúan aplicando y desarrollando este modelo en diversos marcos: centros de salud mental comunitarios, hospitales privados y estatales, práctica psiquiátrica privada, la asistencia social y psicológica, escuelas, asesoramiento pastoral, etcétera. De acuerdo con nuestro más reciente proyecto, "breve" se está convirtiendo en "más breve"; el número promedio de sesiones por cliente ha bajado de seis a cinco.

RECONOCIMIENTOS

El Centro de Terapia Familiar Breve, que se funda en un programa de investigación, ha sido desde el principio un equipo cuyo esfuerzo es conjunto. Como en cualquier equipo, cada uno de los miembros desempeña un papel vital, necesario para el funcionamiento global. En muchos aspectos, el fenómeno es semejante al fútbol, en el que ciertos puestos atrapan la atención de la prensa, mientras que otros representan roles esenciales pero "sin letra". El equipo como un todo tiene necesidad de ganar en coherencia y simplicidad tanto en el nivel conceptual como en el nivel práctico. Estos esfuerzos conducen a las comprobaciones y siguen a ellas (es decir, los casos singulares son estudiados en sí mismos y también utilizados en proyectos exploratorios más amplios que abarcan un mayor número de ejemplos), en apoyo de la tradición de terapia breve de la cual el programa de investigación es sólo una pequeña parte. Todo el equipo es responsable del seguimiento de cualquiera y de todas las sugerencias que potencialmente parezcan conducir hacia áreas fructíferas de investigación y solución de problemas. Nuestro consultor gerencial subrayó en una oportunidad que, hasta donde él veía, el propósito del equipo consistía en crear y mantener un contexto en el que pudiera darse la creatividad. Desde mi punto de vista, continuamos teniendo éxito en esa tarea.

Aunque yo soy el único autor de este libro, sería inútil negar la influencia sobre las ideas expuestas de Insoo Berg, Eve Lipchik, Elam Nunnally y Alex Molnar, que constituyen el núcleo del equipo en este momento. Como miembro de ese equipo, me resulta difícil percibir el rol que desempeña cada uno de nosotros. Lo que está claro para mí es que a Insoo y Eve les preocupan las conexiones y consecuencias internas de nuestro trabajo (es decir, la coherencia del modelo como todo sistemático), lo que impide que mi propio interés se convierta en simplista o simplificado.

Un tema que les atrae intensamente es el modo en que un modelo sistémico de terapia breve se aplica al cliente individual. Alex se dedica a la abarcatividad de nuestro trabajo y a la aptitud para transferir nuestro aprendizaje a otros contextos. También le interesan extraordinariamente los aspectos experimentales de la aplicación de la teoría. Elam estudia los aspectos epistemológicos, o filosóficos, o unos y otros. Es particularmente sagaz para estudiar cómo las cosas pueden salir mal mientras se trabaja en el marco del modelo y sus limitaciones. Aunque todos estamos interesados y preocupados por la formación de terapeutas que utilicen nuestro modelo, la coherencia de nuestro enfoque del entrenamiento es principalmente resultado de los esfuerzos de Insoo.

También miembros nuevos del equipo (Marilyn Bonjean, Wallace Gingerich, John Walter y Michele Weiner-Davis) han realizado aportes al trabajo descrito en este libro. Marilyn se centra principalmente en personas de la tercera edad, y John en el entrenamiento. El interés particular de Wallace consiste en llevar mayor rigor a la comprensión de lo que hace el terapeuta durante la sesión con ventaja para la promoción del cambio, y Michele, quien enfoca sobre todo la técnica clínica, impide que Wallace y yo adoptemos puntos de vista demasiado estrechos. Jim Derks y Marilyn La Court fueron miembros del equipo durante cierto tiempo, y también contribuyeron al desarrollo del modelo.

Algunos o todos mis compañeros de equipo pueden estar en desacuerdo con las metáforas que he empleado en este libro; podrían haber preferido otras. Pero estas diferencias son las que hacen que la formación de equipos (y subequipos) valga la pena. De lo contrario no habría ninguna creatividad. Las discusiones formales e informales (detrás del espejo y de otras maneras), la colaboración en talleres y artículos, la formación de otros terapeutas, el tomar cerveza juntos, son todas cosas que han ayudado a dar forma a los cimientos de este libro.

En particular, quiero agradecer a Eve Lipchik por lo que yo llamo en broma "poner comas" en los muchos textos que he escrito. Privados de su hábil ayuda, mis artículos y este libro podrían haber resultado laberínticos para el lector.

También deseo agradecer a los diversos profesionales que hemos entrenado, porque para ayudarlos a aprender a realizar terapia de este modo, todo el equipo tuvo que esforzarse a fin de esclarecer lo que estábamos haciendo. Sin este desafío, nuestro trabajo podría no haber estado tan bien organizado.

Fuera del círculo del Centro de Terapia Familiar Breve, de-

bo agradecer especialmente a John H. Weakland por su interés y apoyo. Sus visitas anuales contribuyeron a mantenernos vinculados con la tradición de la cual forman parte él, su equipo del Centro de Terapia Breve del Instituto de Investigación Mental y el equipo de nuestro propio Centro. A lo largo de los años durante los cuales hemos aprendido a conocernos, él me ayudó a clarificar lo que yo pienso que vale la pena tanto en su modelo como en el mío.

Lyman Wynne ejerció una influencia indirecta pero importante en nuestro trabajo. Un comentario suyo improvisado, que recogí cuando nos encontramos por primera vez hace años, esclareció para nosotros el concepto global de cooperación. Es un verdadero maestro, que sabe aceptar diferentes puntos de vista en el contexto más amplio de la investigación científica. Nuestros esfuerzos se vieron beneficiados con sus agradables visitas.

Un agradecimiento especial a Susan Barrows de W. W. Norton and Company por sus pruebas de imprenta, que indican el cuidado con que procesó el manuscrito.

¿COMO SABE QUE HACER?

Desde que comencé a realizar y estudiar terapia breve, en 1969, me ha exasperado una pregunta de algunos observadores: "¿Cómo hace para optar por una u otra intervención en particular?" No es sólo que otras personas me lo hayan preguntado; yo me lo he preguntado a mí mismo y a otros especialistas en terapia breve. Surge cada vez que describo o demuestro mi trabajo. La cuestión continúa abierta, y el propósito de este libro es responder esa pregunta, o por lo menos aproximarse a una respuesta. La primera parte de este capítulo presentará el contexto o alcance de la pregunta y la respuesta. La segunda sección bosquejará la evolución de la tradición de la cual mi trabajo es sólo una parte, y la tercera describirá algunos de los indicios que me condujeron a mi respuesta actual.

LA TERAPIA BREVE

Limitaciones de tiempo

Tanto entre los profesionales como entre los clientes o consumidores existe mucha confusión en cuanto a lo que significa exactamente la expresión "terapia breve". El rótulo sugiere que se la diferencia de otro tipo de terapia que no es breve, es decir, terapia prolongada. Pero ¿cuáles son las restricciones de tiempo que limitan la terapia "breve"? Para algunos consta de 10 a 25 sesiones (Castelnuovo-Tedesco, 1975), mientras que para otros puede

incluir 40 a 50 sesiones (Malan, 1976). Es obvio que se necesita una definición más ajustada.

En el Centro de Terapia Breve (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974) del Instituto de Investigación Mental, el trabajo de Weakland se realizaba *dentro* de un límite de 10 sesiones. Puesto que hasta 50 sesiones puede considerarse que el tratamiento ha sido "breve", tal vez resulte difícil imaginar que menos de 10 sesiones tengan alguna utilidad, pero Weakland y colaboradores informaron que el 72 por ciento de sus casos alcanzaron la meta del tratamiento o experimentaron un mejoramiento significativo dentro de un promedio de 7 sesiones. Nuestro estudio de seguimiento en el Centro de Terapia Familiar Breve (en el cual empleamos las mismas preguntas que se utilizaron en el Instituto de Investigación Mental) también indica una tasa de satisfacción del 72 por ciento (no estipulamos un límite para el número de sesiones, pero si se nos pregunta decimos "la menor cantidad posible"). Esta mejoría se produjo dentro de un promedio de 6 sesiones por cliente en una muestra tomada al azar (el 25 por ciento de los 1600 casos tratados en nuestro Centro desde 1978 hasta 1983). En ambos encuadres se tomó contacto telefónicamente con los clientes entre seis meses y un año después de la sesión final de terapia. La persona que hizo el contacto no había participado en dicha terapia.

Fisher (1980, 1984) comparó la terapia de 6 sesiones de límite con la terapia de 12 sesiones de límite, y con el tratamiento sin límite; no halló diferencias coherentes ni a la terminación ni en el seguimiento. Un control realizado al cabo de un año (Fisher, 1984) no proporcionó "pruebas de deterioro en ninguno de los tres grupos de familias que recibieron tratamiento como parte del estudio original... pero hubo tendencias (estadísticas) a la *mejoría* desde la terminación hasta el control de seguimiento" (pág. 104).

No sólo menos de lo mismo

Es importante definir la terapia breve en términos que se funden en restricciones temporales, porque del otro lado del escritorio algunos clientes tienden a seguir en terapia de 6 a 10 sesiones (Garfield, 1978; Gurman, 1981; Koss, 1979) con independencia de los planes o de la orientación del terapeuta. Si la terapia breve fuera solamente "menos de la misma cosa", el especialista en terapia prolongada tendría derecho a considerar a la primera

como "una forma de tratamiento de segundo orden, cuyos efectos son sólo paliativos y temporarios" (Fisher, 1984, pág. 101). No obstante, los estudios de Fisher, el estudio de Weakland y nuestro propio estudio señalan la efectividad de la terapia breve, la perduración del cambio y una mejoría adicional, y no el deterioro que podría esperarse si esta terapia fuera sólo un paliativo. Siempre me ha parecido que si la extensión promedio del tratamiento oscila entre las 6 y las 10 sesiones, yo, o cualquier otro terapeuta, estamos éticamente obligados a hacer el mejor uso posible de ese contacto limitado. Puesto que todo lo que puede esperarse es que haya de 6 a 10 sesiones, el modelo debe erigirse sobre esa realidad, y no sobre un número de sesiones ideal e hipotéticamente ilimitado. Además me parece que cuanto antes se resuelve el problema, mejor es. El cliente puede volver a vivir la vida en lugar de continuar padeciendo lo que podría ser una situación no tratable, y el terapeuta puede ver a más clientes cuando sus tratamientos son cortos. Es decir que quiero trazar una distinción entre 1) la terapia breve definida por límites de tiempo y 2) la terapia breve como un modo de resolver los problemas humanos.

EVOLUCIÓN

La historia escrita de la terapia breve tal como la presentamos aquí puede rastrearse hasta "Special Techniques of Brief Hypnotherapy" (1954a), de Milton Erickson. El enfoque de Erickson parece significativamente diferente de otros enfoques del mismo campo de la terapia breve. En su artículo detalla, a través de siete casos, un modo de ver que se centra en

la tarea terapéutica (que) se convierte en un problema de utilización intencional de la sintomatología neurótica para satisfacer las necesidades singulares del paciente. Esta utilización debe satisfacer el deseo compulsivo de desventajas neuróticas, las limitaciones impuestas a la terapia por fuerzas externas y, por sobre todo, proveer adecuadamente ajustes constructivos que la persistencia de la neurosis favorece más que obstaculiza. Tal utilización es ilustrada... por técnicas hipnoterapéuticas especiales de sustitución, transformación y alivio de síntomas, y por la inducción de respuestas emocionales correctivas (en Haley, 1967b, pág. 390).

Erickson describe la terapia de un hombre de 59 años que desarrolló una parálisis histórica del brazo derecho. Como consecuencia, enfrenta la amenaza simultánea de la pérdida del empleo y la pérdida de la jubilación. Erickson le dice al paciente que padece un síndrome progresivo que provocará la rigidez de la muñeca derecha, dejando libre el brazo. Tal como lo predijo, la parálisis desciende por la extremidad hasta el punto en que sólo la muñeca queda envarada, y el hombre puede volver a trabajar. Según Erickson, en este caso y otro similar,

La dificultad neurótica existente fue sustituida por otra, de tipo análogo, de carácter no incapacitante, y sintomáticamente satisfactoria para los sujetos en tanto personalidades en funcionamiento constructivo. Como consecuencia, ambos recibieron la ayuda y el impulso que les hicieron posible un buen ajuste a la realidad (en Haley, 1967b, pág. 393).

Como vemos, ésta es la clave de la terapia breve: *utilizar lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades de modo tal que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo*. Como dice Erickson, no se realizó ningún intento de corregir cualquier "inadaptación causal subyacente" (pág. 393), y ninguno fue necesario.

Se produjo a continuación un hiato durante el cual no fue mucho lo que apareció impreso sobre el tema de la terapia breve. Después, en los últimos años de la década de 1960 y a principios de la de 1970, vinculados con el crecimiento de la terapia familiar, se produjeron cierto número de desarrollos. En 1968 se estableció el Centro de Terapia Breve en el Instituto de Investigación Mental en Palo Alto, California; en 1974 se publicó un artículo de Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, "Brief Therapy: Focused Problem Resolution"; en el mismo año apareció "The Treatment of Children Through Brief Therapy of Their Parents" (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1974) del Centro para el Estudio de la Familia, de Milán; en 1969 yo comencé a desarrollar un modelo propio de terapia breve (sin conocer al grupo de Palo Alto hasta 1972), presentando "Brief Therapy: Two's Company" en 1975a.

Esos tres artículos, y dos libros publicados durante el mismo período —*Change* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974) y *Uncommon Therapy* (Haley, 1973)— tienen muchas cosas en común: tratan sobre los PROBLEMAS, la forma en que persisten Y LA

MANERA DE SOLUCIONARLOS. El foco estaba claramente centrado en técnicas efectivas y diferentes, empleándose una amplia variedad de casos como material ilustrativo.

Un ejemplo de la técnica que yo aplicaba en esa época (1972) incluía el decir a los padres de un niño que se ensuciaba en los pantalones que

a los niños de seis años les gusta ensuciar y realmente debe permitírseles que lo hagan casi como un derecho. Pero ellos, en tanto padres, tenían por su parte el derecho de elegir el tipo de suciedad, el lugar y el momento. Los instruí en el sentido de que le dijeran al niño que a los seis años ya era demasiado grande para ensuciar en los pantalones, pero que ya no tendría que limpiar sus manchas artísticas. De hecho, no se le permitiría hacerlo (de Shazer, 1975a, pág. 87).

ORIENTACIONES

Después de quince años de aplicar y estudiar la terapia breve, he llegado a una conclusión que constituye la premisa central de este libro: para que una intervención *se adecúe o ajuste* fructuosamente no es necesario un conocimiento detallado de la queja. Para impulsar la solución, ni siquiera es necesario poder construir con algún rigor el modo en que la perturbación se mantiene. En vista de mi trabajo anterior, a primera vista esa afirmación parece ir contra lo intuible, pero diría que en una situación problemática *cualquier* conducta realmente diferente puede bastar para impulsar la solución y proporcionar al cliente la satisfacción que busca en la terapia. Todo lo que se necesita es que la persona envuelta en una situación perturbadora *haga algo diferente*, aunque esa conducta sea aparentemente irracional, sin duda inapropiada, obviamente extravagante o humorística.

¿Por qué hace eso?

Continué la elaboración formulando la siguiente pregunta: *¿cómo hace el especialista en terapia breve para saber qué hacer?* Cada intervención parece confeccionada a medida para el cliente específico en una situación específica; por ejemplo, en el caso

del insomne que no lee, resulta eficaz que se quede despierto leyendo, y en el del niño encopréptico y artista, no tener que limpiar las manchas demostró dar mejor resultado que hacerlo limpiar los pantalones cuando se los ensuciaba, para suprimir esa conducta. Sin embargo, las reglas que subyacían en esas intervenciones no eran claras. Lo único seguro era que los diversos casos envolvían intereses conductuales específicos con intervenciones conductuales específicas y una meta específica en mente.

Muchos de los casos considerados en los artículos y libros que hemos mencionado parecían ilustrar la técnica denominada de "prescripción del síntoma", que consiste, por ejemplo, en curarse el insomnio quedándose despierto, alentar al encopréptico a ensuciarse más, al obrero a domicilio que comete errores a cometer más errores, o promover más incomunicación cuando la comunicación es mala. Pero no estaba en absoluto claro cómo saber qué aspecto del "síntoma" debía prescribirse para llegar a una solución. Sospeché entonces que, si hubiéramos enfocado algún otro aspecto de la situación perturbadora, del mismo modo nos habría conducido a la solución, pero no cualquier aspecto: otros podrían no producir ningún resultado.

Según lo veía en aquel tiempo,

las intervenciones... tienen la finalidad de plantear situaciones en las cuales la familia, espontáneamente, se comporta de modo distinto. Se basan en la pauta de datos que la propia familia ofrece... y son presentadas en términos coherentes con la manera de ver el mundo de la familia, según la percibe el terapeuta. Aunque éste instruye al cliente para que realice una tarea, con frecuencia el terapeuta sabe tan poco como la familia sobre la conducta espontánea específica que la familia puede desarrollar en el proceso de poner en práctica las instrucciones... La meta inmediata consiste en plantear una tarea que... ponga a la familia en una situación en la cual se vea obligada a una conducta diferente (de Shazer, 1975a, pág. 84).

La técnica de la confusión

En general, la terapia breve ha tendido a focalizar síntomas claramente definidos, con metas específicas y limitadas. Sin embargo, he encontrado que muchos de mis clientes (quizá hasta las

dos terceras partes)¹ no hablan sobre sus preocupaciones de esa manera, ni siquiera con mi ayuda, y yo prefiero con mucho los problemas construidos en términos concretos y específicos. La realidad es que los clientes vienen con frecuencia con metas vagas, o recíprocamente excluyentes, o ambas cosas, o con objetivos que no pueden describir. De hecho, la versión más difícil y confusa de este fenómeno consiste en que algunas personas no saben cómo podrán reconocer que su problema ha quedado resuelto. Sin metas realistas, sin contar con un modo de medir el éxito, el sujeto puede dar vueltas en este mundo, atascado en el estercolero de sus errores pasados y de su mala suerte. Esta necesidad de formular metas me llevó a desarrollar una "técnica de la confusión" (de Shazer, 1975b) que continué empleando con buenos resultados para ayudar a construir la realidad de los problemas cuando los clientes tienen objetivos extremadamente vagos, mutuamente excluyentes o incluso no describibles.

Lo mismo que gran parte de mi trabajo en terapia breve, mi técnica de la confusión es un desarrollo que parte de ideas de Erickson, en este caso expuestas en "The Confusion Technique in Hypnosis" (Erickson, 1964). La técnica de Erickson fue elaborada en un marco experimental, y la aplicó en hipnoterapia con pacientes individuales "que buscaban desesperadamente terapia, pero coartados y dominados por su problema clínico" (en Haley, 1967b, pág. 151). Mi propia técnica estaba destinada a aplicarse a la confusión emergente entre dos o más personas con construcciones de la realidad ampliamente diferentes. Mientras que la técnica de Erickson compromete al terapeuta en el empleo de habilidades verbales sumamente complejas y ambigüedad de significado, la mía supone explorar en detalle cada uno y todos los posibles puntos de divergencia entre las dos personas, sin realizar ningún intento de cierre o resolución, admitiendo entonces abiertamente mi confusión ante la confusión de ellas. En ambos casos, la idea es que el terapeuta desarrolla una buena relación y cooperación utilizando la confusión del cliente de modo tal que quede frustrada su necesidad de construir un significado en la situación terapéutica, y consecuentemente resulte imprescindible el planteo de una meta, que es lo que da sentido a aquella situación.

Investigación reciente (Capítulo 9) indica que, incluso en un marco de terapia breve, sólo durante la tercera parte del tiempo de la primera sesión pueden el terapeuta y el cliente construir un problema específico, concreto.

Al principio percibí la "técnica de la confusión" simplemente como un modo de manejar una parte difícil de la terapia breve sobre la cual no habían tratado Haley (1963), ni Weakland y col. (1974), ni Selvini Palazzoli y col. (1974): la confusión o falta de claridad en la construcción del problema (o de los problemas) y de la meta. Según mi experiencia, cuando realizamos terapia breve con una pareja no es infrecuente que cada uno de los miembros tenga ideas drásticamente diferentes sobre lo que el "problema" es (¡o incluso sobre lo que podría ser!), ideas extremadamente distintas sobre quién necesita cambiar qué cosa, y por lo tanto ideas radicalmente diversas o incluso mutuamente excluyentes sobre las metas de la terapia. Encuentro que esto quizás me confunda más a mí que a ellos mismos. Sin embargo, una vez que se establece una meta específica en esta situación confusa, se crean condiciones para que en un lapso corto se desarrollen soluciones "espontáneamente". No es necesario que estas metas claramente enunciadas sean comunes, pero sí que no sean mutuamente excluyentes; de todos modos, para que se alcancen ambos objetivos, o por lo menos para que uno de los miembros alcance el suyo, es necesario que la pareja pueda vivir en la situación. Desde luego, lo ideal en este caso es lograr una meta única acordada, y a veces la pareja y yo logramos construirla juntos con éxito.

Aunque no lo comprendía en aquella época, al sacar a la terapia breve del reino limitado de las quejas conduciales claramente definidas y de las intervenciones conduciales específicas, estaba apartándome radicalmente de las normas anteriores. Con los dos artículos de 1975 marqué el comienzo de un modelo más amplio de terapia breve, el cual incluía el desarrollo por parte del terapeuta de la construcción de problemas que envolvían a parejas y a unidades familiares, y no sólo a individuos. Este ha seguido siendo un foco principal de mi trabajo y del trabajo de mis colegas en el Centro de Terapia Familiar Breve (de Shazer, 1978a, 1982a).

Pero subsiste la pregunta: ¿cómo logra el especialista en terapia breve saber qué tiene que hacer y cómo debe hacerlo? O, para decirlo de otra manera, ¿cómo se puede aprender la terapia breve? Con suma frecuencia, los observadores instalados detrás del espejo (dispositivo que yo monté en 1971) me formulaban un interrogante: "¿De dónde proviene *esa* intervención?" Ésto me dejaba perplejo, porque a mí me parecía obvio. E intenté explicación tras explicación, metáfora tras metáfora, para lograr una respuesta.

Foco

Desde 1971 a 1976 trabajé en el desarrollo de una concepción teórica balance (Heider, 1946) de los principios y procedimientos de Erickson.² Como resultado, publiqué una serie de artículos (de Shazer, 1978b, 1979a, 1979b) destinados a explicar las reglas o grandes lineamientos del método de Erickson y del mío propio. Según la idea central, se podían tomar decisiones sobre las intervenciones empleando el mismo mapa utilizado para describir el modo en que se está manteniendo la perturbación. Los mapas teóricos balance, por sus reglas de construcción, sugieren un *foco* para la intervención al describir el área de la situación problemática más susceptible al cambio, que puede estar o no directamente relacionada con el "síntoma".

Creo que estas nociones teóricas balance solucionan algunos de los problemas. No obstante, los mapas teóricos balance de las relaciones en parejas y familias exigen tiempo y no resultan prácticos en el mundo cotidiano de la terapia breve; por lo tanto, resultan más adecuados para la investigación y las explicaciones *post hoc*. Con todo, la idea central de representar la solución en el mismo mapa empleado para representar la queja comienza a sugerir respuestas sobre lo que hay que hacer y sobre cómo hay que hacerlo.

Carácter indirecto

El *carácter indirecto* puede considerarse una de las impresiones digitales identificantes de la terapia breve. Los mapas teóricos balance de la situación del cliente, es decir, la relación entre la meta del cliente: y su síntoma (de Shazer, 1979a), pueden emplearse para apuntar al aspecto central del enfoque. Los "síntomas" son aceptados con su valor nominal y, más que eliminados, convertidos en parte de la solución. Por ejemplo, hace algunos años un sacerdote vino a consultarme, quejándose de haber perdido

²Jerry Talley y Joseph Berger (ambos del Departamento de Sociología de la Universidad de Stanford) fueron miembros frecuentes del equipo de observadores ubicado detrás del espejo. Después de la sesión, intercambiábamos explicaciones sobre lo ocurrido en la habitación de terapia. Yo les enseñé los principios de Erickson (tal como yo los veía) y ellos a su vez me proporcionaron una concepción teórica balance (Heider, 1946).

a Dios, lo cual, por supuesto, dificultaba mucho su trabajo. Hacía poco que se había mudado a la ciudad y le interesaba mucho la arquitectura religiosa. Hablamos sobre muchas de las principales muestras locales de dicha arquitectura, incluso de iglesias que él no conocía. Se le ocurrió que a un amigo suyo podría interesarle añadir fotos de esas iglesias a un libro que estaba preparando, y así, a partir de esa conversación, fotografió muchas iglesias, e hizo llegar las fotografías a su amigo. En algún punto de su camino, en alguna de las iglesias, volvió a encontrar a Dios. En ningún momento indujimos un trance hipnótico formal, ni tampoco resultó necesario.

La hipnoterapia breve puede o no incluir la inducción formal de un trance formal. Muy frecuentemente, la gente tiene una imagen del hipnotizador como un mago que "asume el control del sujeto". No obstante, como lo señala Haley (1958) el término hipnosis está destinado a describir cierto tipo de relación entre personas. Este término define una "atención focalizada" que forma parte de la interacción entre el hipnotizador y el sujeto: no se trata de algo que el hipnotizador le hace a un receptor pasivo. Esta concepción de la hipnosis resulta del enfoque de Erickson.³

Más que en el empleo de la inducción del trance tradicional, Erickson centró su atención en "técnicas naturales" que pueden surgir con simplicidad de la situación interactiva. Un observador ingenuo podría no advertir que el terapeuta y el cliente se están sirviendo de la hipnosis, porque su interacción suele asemejarse a una conversación más o menos normal. El cliente no es pasivo, sus ojos no están cerrados, y del sueño es probable que ni siquiera se haya hablado. Un observador entrenado percibiría al terapeuta y su cliente prestando una atención particularmente intensa a lo que cada uno le dice al otro. También advertiría que terapeuta y cliente tratan el tema de la conversación con metáforas que dejarían perplejo al observador ingenuo en cuanto a lo que está sucediendo, porque los términos de estas metáforas permanecen indefinidos, pero no obstante hay acuerdo sobre ellos. Por ejemplo, podría examinar con un cliente el proceso de cambio como si fuera una bola de nieve rodando colina abajo, y las potenciales recaídas como si fueran árboles en el camino de esa bola. Sin embargo, ni el cambio ni la recaída serían mencionadas por ninguna de las partes.

³El volumen de los artículos de Erickson compilado por Haley (1967b) es todavía el mejor libro sobre el tema.

Muchas veces me ha resultado curioso que la tradición de la terapia breve se haya desarrollado más sobre la arena de la "terapia familiar" que en el campo de la hipnoterapia, que es donde se originó. Sospecho que los papeles desempeñados por Weakland y Haley en el desarrollo de la terapia familiar tienen mucho que ver con ello. La concepción de la hipnosis que tiene el especialista en terapia breve es más compatible con la "terapia familiar" que con gran parte de la hipnoterapia, porque se basa en la interacción entre hipnotizador y sujeto (es decir, en la "teoría de los sistemas").

En resumen, la terapia breve puede verse como un refinamiento y desarrollo de los principios de Erickson para la resolución de problemas clínicos. Estos métodos naturalistas, indirectos, son útiles con o sin la mediación de trances formales. Pues con frecuencia el observador ingenuo no tiene modo alguno de precisar sus observaciones al punto de poder decir "aquí se inicia la inducción del trance" o "ahora empieza el trance". Muchísimas veces las ideas sobre el "trance" y la "hipnosis" fascinan al observador y lo llevan a equivocarse. Gran parte de las descripciones del trabajo de Erickson examina con excesivo detallismo estas herramientas, de modo que la consideración atenta de la corteza del árbol le hace perder de vista los principios implícitos en la totalidad del bosque. El interés por las técnicas hipnóticas de Erickson oscurece su empleo de la hipnosis. La hipnosis se parece más a la novocaína que a la extracción de una muela. La novocaína sola no desprende la muela, y por otra parte la muela podría extraerse sin utilizar novocaína.

Si funciona, no lo detenga

Continué buscando una explicación o conjunto de explicaciones satisfactorias del trabajo de Erickson, que yo consideraba orientador del mío propio (y del que realizaba el Instituto de Investigación Mental). Una vez más me volví hacia la teoría balance para explorar el modo en que la conducta sintomática podía considerarse exactamente aquello que impedía el logro de la meta por parte del cliente (de Shazer, 1979a). Me resultaba claro que el objetivo de la terapia no consiste en "la eliminación del síntoma", sino en ayudar al cliente a establecer algunas condiciones que permitan el logro espontáneo de la meta enunciada o implícita. En la mayoría de los casos, es posible construir un significa-

do nuevo y beneficioso por lo menos en torno de algunos de los aspectos del denominado síntoma. No se puede decir de manera absoluta que una persona esté presentando un síntoma o que no lo esté haciendo. El hecho de que cierta conducta sea rotulada como síntoma es arbitrario: en otro escenario o con un distinto significado, la misma conducta sería al mismo tiempo adecuada y normal.

Por ejemplo, en 1973 traté a una joven que quería casarse con su novio, pero no podía hablar, silenciada por temores indefinidos e indefinibles, y no sólo con él, sino también, y cada vez más, en otras situaciones sociales. Quería dejar de estar callada. Como parte del mensaje de la intervención, al finalizar la sesión la congratulé por

dominar la parte más difícil del arte de la comunicación: la de saber estar callado y escuchar. Lo que tenía que aprender a continuación era muchísimo más fácil. Tenía que aprender a percibir cuándo las otras personas estaban realmente dispuestas a escuchar. En consecuencia, le asignamos la tarea de volver al hogar y escuchar a su novio cuando le hablaba a ella y a otras personas. No tenía que tratar de hablar más de lo que acostumbraba, quizá incluso menos. Antes bien tenía que estudiar y aprender a reconocer las señales que él enviaba cuando y si estaba realmente listo y bien dispuesto para escuchar. Las sesiones siguientes trataron sobre lo que había aprendido. Se le dieron instrucciones adicionales para que observara hablar a otras personas en otras situaciones, sin comenzar a sumarse a las conversaciones hasta que estuviera segura de conocer las señales (de Shazer, 1979a, págs. 25-26).

Es decir que se asignó la tarea de mantener un silencio deliberado para aprender a reconocer señales (en lugar de mantenerse en silencio por temor), de modo que la joven creara las condiciones en las cuales pudiera comenzar a hablar "espontáneamente". Lo que es importante, el silencio no fue eliminado, sino sólo transformado en algo valioso. Cuando ya hablaba normalmente sin sentirse incómoda, la joven pudo acercarse a su novio con la idea de casarse, que a él le resultaba agradable. También podía seguir callada cuando quisiera hacerlo.

Muerte de la resistencia

Hacia 1979 estaba en desarrollo una nueva perspectiva. Respecto de la noción de "resistencia" en la terapia me había sentido

confuso desde hacía tiempo. Al observar el trabajo de otros especialistas en terapia breve,⁴ fui adquiriendo la convicción creciente de que el cliente en realidad desea cambiar. Por cierto, algunos clientes consideran que las ideas sobre cómo cambiar no son adecuadas, pero me resulta difícil rotular ese modo de pensar como "resistencia"; me parece antes bien un mensaje que el cliente está enviando, en un esfuerzo por ayudar al terapeuta a que lo ayude (de Shazer, 1979c). Reiteradamente he hallado gente con deseos desesperados de cambiar y sumamente cooperativa, que me había sido derivada por otros terapeutas con el rótulo de "cliente resistente". En realidad, la clave que mis colegas y yo creamos para promover la cooperación es absolutamente simple.

En primer término vinculamos el presente con el futuro (ignorando el pasado), luego felicitamos al cliente por lo que ya ha hecho de útil o bueno (o ambas cosas) para él, y a continuación (una vez que él sabe que estamos de su parte), podemos sugerir algo nuevo que él podría hacer y que es, o por lo menos podría ser, bueno para él.

Frecuentemente la gente asiente con la cabeza, sonrío y obviamente se relaja a partir del momento en que comienza a recibir este tipo de mensaje.

Muchas veces me sorprende lo que mis clientes dicen que les ha ocurrido desde nuestro encuentro anterior. A veces han revisado la sugerencia para adecuarla mejor a sus necesidades, y el problema se orienta claramente hacia una solución. En otros casos piensan que aquella sugestión es sencillamente errónea y, con toda razón, deciden descartarla. Sin embargo, las cosas han mejorado para ellos en no pocas ocasiones; el problema se encamina hacia una solución y están más satisfechos. Aunque el no realizar una tarea asignada o modificarla drásticamente es algo que los terapeutas suelen ver o describir como "resistencia", para mis

Insoo Berg, Elam Nunnally, Eve Lipchik y Alex Molnar constituyen el núcleo del equipo del Centro de Terapia Familiar Breve que comenzó a trabajar en 1978. Más recientemente, se unieron al grupo Marilyn Bonjean, Wallace Gingerich, John Walter y Michele Weiner-Davis. Jim Wilk se incorporó después de realizado el trabajo que describimos en este libro. Durante cierto tiempo, también formaron parte del grupo Jim Derks y Marilyn La Court. A menos que se señale lo contrario, el terapeuta de cada uno de los diversos casos que presentamos fue uno de los miembros de este grupo.

colegas y yo ha sido muy difícil dar cuenta de la realidad siguiendo ese criterio.

Es claro que la gente que visita a un terapeuta desea cambiar su situación. Pero sea lo que fuere que hayan hecho para lograr el cambio, no obtuvieron resultados. Han ido encerrándose en su propio camino, tal vez accidentalmente empeoraron, y han desarrollado pautas de conducta habitual poco afortunadas. En vista de esto, la idea de que van a resistirse al cambio está por lo menos desorientada. De hecho, con este tipo de idea en su mente el terapeuta puede realmente generar "resistencia" (Fisch, Weakland y Segal, 1983) o no cooperación, cuando no directamente conflicto. Es decir que las concepciones del terapeuta son capaces de producir profecías de auto cumplimiento, con un desenlace infortunado.

Sólo se necesita un cambio pequeño

He descubierto que la idea de que sólo se necesita un cambio pequeño, y de que por lo tanto sólo es necesaria una meta pequeña y razonable, facilita el desarrollo de una relación cooperativa entre terapeuta y cliente. Una diferencia principal entre la terapia breve y otros modelos reside en la idea de quienes practican la primera en cuanto a que, por más tremenda y compleja que sea la situación, un pequeño cambio en la conducta de una persona puede generar diferencias profundas y de largo alcance en la conducta de todas las personas involucradas.⁵ Tanto la experiencia clínica como la investigación parecen confirmar que un pequeño cambio puede conducir a otros cambios y, por lo tanto, a una mejoría adicional. Además, se diría que, cuanto mayor sea la meta o el cambio deseado, más probable es que fracasen el terapeuta y su cliente.

Puesto que la terapia breve se basa en la teoría de los sistemas, durante mucho tiempo me mantuvo perplejo la idea de muchos terapeutas según la cual la "terapia familiar" implica que el profesional *debe* reunirse con toda la familia, o la "terapia de pareja"

³ John Weakland y yo hemos examinado frecuentemente este punto de vista que los terapeutas parecen sostener con energía, tanto en el Instituto de Investigación Mental como en el Centro de Terapia Familiar Breve. Creo que esta expresión de la idea utiliza sus propias palabras.

exige que ambos cónyuges se encuentren presentes. El concepto parece ser que la teoría de los sistemas, que sostiene que el todo es más grande que la suma de sus partes, impone la necesidad de llevar a terapia a toda la unidad familiar. Durante ese tiempo, este punto de vista restringido me condujo a rechazar para mí el rótulo de "terapeuta familiar", aunque la teoría de los sistemas es una de mis herramientas para el trazado de mapas. Si el cliente es una persona, ciertos métodos y técnicas son útiles para hallar soluciones. Si "el cliente" está constituido por dos, tres o más personas, entonces son útiles los mismos métodos y además un grupo diferente de métodos y técnicas. Para parafrasear a Gertrude Stein: una solución es una solución que es una solución. Puesto que basta un pequeño cambio para iniciar la modificación del sistema, no importa el número de personas que estén construyendo con éxito el problema y la solución. Para el especialista en terapia breve, el "paciente" es el problema: ésta es la diferencia esencial entre la terapia breve y otras terapias para las cuales el "paciente" es una persona o un grupo de personas.

Capítulo 2

QUEJAS: MALDITA MALA SUERTE

EL TRABAJO CON UN EQUIPO:
ESTIMULANTE PERO NO NECESARIO

La primera fase de mi trabajo supuso enseñarme a mí mismo a realizar terapia breve, con la ayuda del trabajo de Erickson (Haley, 1967b) y de Haley (1963); la segunda fase involucró la actuación terapéutica frente a un espejo translúcido desde la cara externa, detrás de la cual se ubicaban observadores invisibles desde el otro lado. Antes y después de la sesión hablaríamos sobre la terapia, pero durante la sesión ellos hacían su trabajo mientras yo me dedicaba al mío. En 1976 descubrí en Milwaukee un grupo de terapeutas de similar orientación, quienes finalmente fundaron el Centro de Terapia Familiar Breve, junto conmigo, en 1978. Por primera vez los observadores de detrás del espejo no preguntaron "¿cómo llegó a hacer eso?" En cambio, se plantearon el problema de cómo podríamos enseñar el modo de trabajar eficazmente e investigar a partir de este tipo de enfoque.

Aunque nuestras filosofías y nuestros métodos clínicos eran totalmente similares, quienes fundamos el Centro de Terapia Familiar Breve teníamos algunas diferencias en nuestro lenguaje. Yo había sido más influido por la obra de Milton Erickson que ellos, que a su vez tenían más influencia de la terapia familiar. A fin de zanjar pragmáticamente nuestras diferencias de lenguaje, desarrollamos un enfoque de equipo empleando interrupciones de la sesión, programadas con regularidad, para consultarnos recíprocamente sobre el diseño de la intervención que uno de nosotros efectuaría al regresar a la sala de terapia. Antes de ponernos de acuerdo en seguir este procedimiento, yo a veces interrumpía la sesión para realizar una rápida consulta a *Advanced Tech-*

niques (Haley, 1967b) en busca de una sugerencia, o para obtener ayuda detrás del espejo cuando me sentía demasiado vacilante. Sin que lo supiéramos nosotros, el grupo de Milán (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978) había desarrollado una metodología similar.

Detrás del espejo, fuimos creando mapas sobre las quejas: conducta y significado o contexto, metas y áreas potenciales para iniciar el cambio. Estructurábamos nuestras intervenciones de modo tal que promovieran la cooperación entre cliente y terapeuta. *Patterns of Brief Family Therapy* (de Shazer, 1982a) describe esta fase, durante la cual los miembros del equipo ubicados detrás del espejo se convirtieron en participantes cada vez más activos en la realización de la terapia. El trabajo individual también está presentado brevemente, pero el foco se centra con claridad en el enfoque de equipo, tanto de la investigación clínica como de la práctica y la construcción de modelos. Este hecho quizás alentó la idea errónea de que era necesario un equipo para "trabajar de esa manera". Útil, sin duda alguna. Estimulante, por cierto.

Cuando varios terapeutas observan el mismo caso desde detrás del espejo, cada uno de ellos aporta sus propios conocimientos sobre situaciones perturbadoras y sobre soluciones, basándose en resultados previos. Uno lee los "datos" como un ejemplo de situación A, mientras que otro podría verlos como una situación B, y un tercero los dispondría en el mapa de una situación R. Si la experiencia es circunstancial, A, B y R pueden considerarse un conjunto de mapas con diferencias interesantes. La competencia, si surge, será amistosa y jocosa. Pero cuando la observación conjunta de un caso se convierte en una situación en progreso que el grupo aspira a prolongar, para el desarrollo del equipo se hace necesario fundamentar la cooperación.

La visión poliocular

Bateson (1979) presenta ideas desarrolladas a partir de dos o más descripciones del mismo proceso, pauta, sistema o secuencia, codificados o recogidos de diferente manera. Las diferencias entre descripciones dan lugar al surgimiento de una ventaja adicional: la idea. Metafóricamente, este proceso es semejante al de la visión en profundidad. El ojo derecho ve las cosas a su modo, y al mismo tiempo el ojo izquierdo las percibe de modo distinto. La diferencia entre las visiones de ambos ojos conduce al logro de

la percepción de la profundidad. No queda duda de que no se trata de que el ojo derecho esté en lo correcto mientras que el izquierdo se equivoca, o viceversa.

Cuando un grupo de terapeutas está detrás del espejo, cada uno codifica o recoge la información de modo diferente. No se trata exactamente de seleccionar qué anotar en una pila de información disponible. El modelo del terapeuta, que incluye un conjunto de supuestos, determina el modo en que él construirá o interpretará lo que ha visto. Cada terapeuta del grupo ve algo diferente y, por lo menos metafóricamente, se genera un logro adicional que proporciona al grupo más profundidad o más ideas. Lo que es importante, en ningún sentido la construcción de un terapeuta es "correcta" mientras que las ideas de los otros son "erróneas". Sus puntos de vista son sólo diferentes; esas diferencias son útiles y alientan la creatividad.

El desarrollo de un equipo

El trabajo de Axelrod (1984) confirma nuestra experiencia en cuanto a que, cuando el futuro del grupo es importante para el grupo, la cooperación progresa y de ese modo el grupo se convierte en un equipo. Desde luego, cada miembro del equipo debe tener un alto nivel de confianza en la capacidad de los otros miembros; en caso contrario, el equipo degenerará, cayendo en la oposición de facciones, competencia e ineficiencia. Desde el principio, el equipo del Centro de Terapia Familiar Breve contó con miembros provenientes de distintas "escuelas" y resultó necesario desalentar la oposición de facciones para facilitar el trabajo. Descubrimos que nuestra creatividad y productividad se incrementaban a medida que persistíamos en el trabajo conjunto y, como lo sostiene Ouchi (1981), se desarrolló una cultura sobre la base de la filosofía del equipo.

Nosotros tomamos varias medidas para facilitar su consolidación. En primer lugar, después de habernos convertido en un centro económicamente independiente, decidimos con plena conciencia aislarnos de otros grupos de terapeutas familiares. Esto nos aseguraba la libertad de poder ser creativos en nuestra terapia. En segundo término, cada uno de nosotros rediseñó sus técnicas para entrevistar. Esto significó primordialmente un proceso de simplificación, que eliminó gran parte de lo que era característico

de cada una de las diversas escuelas; por ejemplo, uno renunció a establecer "estatutos", otro se abstuvo de "esculpir" y todos dejamos de "re-rotular instantáneamente". Aunque persistieron algunas variantes individuales, alcanzamos una coherencia en la técnica de la entrevista que facilitó la tarea a realizar detrás del espejo.

El propósito del equipo nunca fue enfocar la terapia como un trabajo conjunto. Lo que queríamos era descubrir en la mayor medida posible las conductas terapéuticas que resultaban eficaces. Por fortuna, todos concordamos en que los cambios informados u observados (o ambas cosas) en la conducta dentro de la pauta de la queja, y el fin de la queja (es decir, la eliminación del "síntoma") eran indicadores suficientes de éxito. Por supuesto, eran necesarios los contactos de seguimiento, que habían sido una rutina desde el comienzo. Además estudiábamos los efectos de corto alcance de nuestras intervenciones. Al final de la sesión, generalmente asignábamos una especie de trabajo para el hogar. Con frecuencia esto incluía una tarea conductual que sería controlada en la sesión siguiente como primer punto del "orden del día".

Muy pronto hallamos que el porcentaje de realización de tareas era más alto de lo que parecía antes de la evolución del equipo y de la puesta en práctica de los nuevos procedimientos (de Shazer, 1982a). También descubrimos que podíamos obtener tanta información cuando el cliente no realizaba la tarea como cuando la realizaba. Y no sólo eso; también encontramos que aceptar la no realización como un mensaje acerca del modo de hacer las cosas del cliente (y no como un signo de resistencia) nos permitía establecer una relación cooperativa con los clientes que podía no incluir la asignación de tareas. Esto nos impresionó, porque habíamos dado por sentado que las tareas eran casi imprescindibles para lograr cambios conductuales. De ese modo llegamos a alcanzar el éxito con más clientes en un menor número de sesiones.

LAS QUEJAS Y COMO LLEGAN A SERLO

Para ejecutar su tarea, los terapeutas deben establecer algunos supuestos sobre la construcción de quejas y la naturaleza de

las soluciones. Aunque el siguiente conjunto de supuestos es en alguna medida característico de nuestro grupo, ellos presentan un alto grado de semejanza con Watzlawick y otros (1974) y con Haley (1963, 1973). Algunos aspectos de los supuestos siguientes sobre la construcción de quejas conducen inevitablemente hacia los modos de construir soluciones. La resolución de problemas ha sido estudiada experimentalmente (véase Mayer, 1983, para una perspectiva general), y de este trabajo pueden surgir sugerencias acerca de la naturaleza de las quejas y de la "no construcción" de problemas.

Puede considerarse que estos supuestos operan como reglas para relevar en mapas las quejas y los problemas. Si un terapeuta emplea un determinado conjunto de supuestos, digamos Y, se genera cierto tipo de mapa. Supongamos que el terapeuta tiene por cierto que los síntomas poseen una función sistémica, por ejemplo, mantener a la familia unida. En este caso tratará de dibujar un mapa del que surja el modo en que esa función puede ser cumplida en el sistema de que se trata sin que medie el síntoma. Pero si el terapeuta emplea el conjunto X, el mapa resultante será de distinto tipo. Por ejemplo, el terapeuta podría suponer que un síntoma se debe sólo a la "mala suerte" y no cumple ninguna función; por lo tanto trazará un mapa diferente que sugiere eliminar el síntoma sustituyéndolo por lo que podría haber ocurrido si se hubiera tenido algo de "buena suerte".

Aunque los supuestos siguientes parecen centrales y fundamentales, existen probablemente otros (en algunos niveles "más profundos") subyacentes en la práctica de la terapia familiar breve. Si bien todos estos supuestos actúan en conjunto para influir sobre la práctica, algunos poseen el "poder" o la "fuerza" individual necesarios para ejercer una gravitación directa o incluso llevar a prescribir intervenciones terapéuticas específicas, mientras que otros tienen el "poder" de informar directamente al terapeuta sobre cómo construir un problema de modo tal que se generen sus soluciones. En ciertas situaciones, un supuesto en particular tal vez parezca gravitar de manera más directa, mientras que en otras situaciones se percibe más claramente la interacción entre dos o más supuestos. Presentaremos un modelo hipotético de quejas entretejido con la descripción de nuestros supuestos, de modo tal que resulte clarificado el razonamiento que está detrás de estos últimos.

Supuesto uno

Las quejas involucran conducta generada por la visión del mundo que tiene el cliente.

El primer paso en la construcción de una queja parece relativamente pequeño, aunque las consecuencias pueden resultar desproporcionadas. Es como si la gente dijera: "O me comporto del modo 'A', o creo en un modo 'no A'. Por alguna razón (o conjunto de razones) 'A' parece ser la opción correcta (la lógica, la mejor o la única)". Como resultado, a todo lo demás (todo lo "no A") se lo junta en un montón y se lo excluye. Es decir que la conducta "A" se presenta como si fuera una clase por sí misma, y las otras conductas (las "no A") son el conjunto de todas las clases de conductas restantes (todas las conductas posibles menos la clase "A") entre las cuales podría haberse optado. Por hipótesis, una queja puede construirse a partir de casi cualquier cosa o incluso de nada (Watzlawick, 1983), más o menos de la manera siguiente (sin duda muy simplificada).

Un modelo de quejas. Parte Uno

Orinar en la cama es una conducta relativamente común y más bien normal en los niños; en diversas condiciones, ella fácilmente se convierte en motivo de queja. Cada vez que un niño moja la cama, los padres toman decisiones. 1) Deciden cómo considerar esa conducta: como normal (a), o como un problema (b). Si deciden que es normal, todo sigue igual, "una maldita cosa detrás de la otra". Pero si la decisión es 1b, se despliega el árbol siguiente. La decisión 1b requiere la decisión 2): mojar la cama es un problema físico (a) o un problema psicológico (b). Si se decide que el niño tiene un problema físico (2a), el paso siguiente es relativamente obvio, aunque la intervención física no demuestre ser útil. Si la opción es 2b, el niño con un problema psicológico puede ser considerado (3) malo (a) o no cuerdo (b).

En el caso de que los padres del niño decidan que su problema es psicológico (2b), el paso siguiente no es tan claro. Si el niño es visto como "malo" (3a), se le pueden aplicar diversos castigos para tratar de suprimir esa mala conducta. Si al niño se lo ve como "no cuerdo" (3b), tal vez se intente algún tipo de trata-

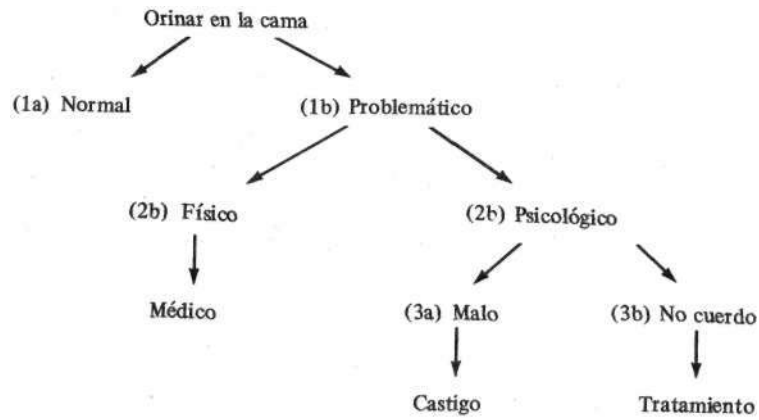


Figura 1 Árbol de la queja

miento, profesional o no. Por supuesto, ocurre con frecuencia que la situación no es tan simple.

En cualquier punto de decisión (1, 2 ó 3), si el niño tiene a ambos padres puede ocurrir que uno de ellos opte por "a" y el otro por "b". Algunos padres quizás no sepan por cuál de las dos alternativas decidirse. De este modo, la conducta del niño puede aparecer como algo "que ocurre entre los padres", según un mapa empleado por muchos terapeutas. Entonces puede desplegarse un problema aun mayor (4): tiene razón la madre (a), o tiene razón el padre (b). En algunas familias, si "vence" uno de los padres puede que se recorra todo el árbol (1, 2 y 3); si queda demostrado que el "vencedor" estaba equivocado, es el turno del otro progenitor para intentar solucionar la queja. En la definición de la situación pueden participar incluso parientes políticos, con la posibilidad de incrementar la confusión.

Otra posible ramificación (5) se produce cuando surge la pregunta de "quién tiene la culpa del problema". Podría ser culpa del niño (a) o culpa de los padres (b). Si el niño tiene a ambos progenitores, la culpa podría ser de la madre (a) o del padre (b). Las quejas pueden construirse de diversas maneras según quién tenga la culpa, y según el modo en que la queja se encuadre.

Supuesto dos

Las quejas se mantienen por la idea que tiene el cliente en cuanto a que lo que él decidió hacer para encarar la dificultad original es lo único correcto y lógico que puede hacerse. En consecuencia, los clientes se comportan como si estuvieran atrapados en la alternativa de hacer más de lo mismo (Watzlawick y otros, 1974) en tanto han rechazado o se han prohibido una mitad de la disyunción entre "esto" o "aquello".

Cuando manejamos un automóvil llegamos a muchos puntos de decisión: "¿Doblaré a la derecha o doblaré a la izquierda?" Si uno dobla a la derecha, todo lo que está en la ruta de la izquierda queda fuera de lo que se ha probado y experimentado. En un sistema interactivo, como lo es una familia, aparecen reiteradamente puntos de decisión esencialmente similares ("Otra vez la cama mojada"). Pero en cuanto se ha tomado la decisión "correcta", la respuesta a la cama mojada se convierte en tan habitual como la cama mojada misma. Las personas no dejan de volver a tomar

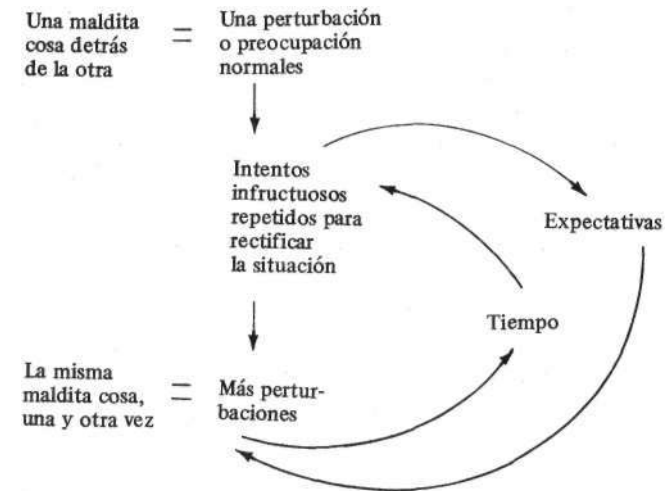


Figura 2 El proceso de desarrollo de la queja

la decisión y cada episodio les parece singular. Más bien piensan "en esto estamos, de nuevo". En terapia breve a esto lo llamamos "la misma maldita cosa, una y otra vez".

Un modelo de quejas. Parte Dos

Una vez que se ha tomado la decisión "correcta" (por ejemplo, mojar la cama es un problema) las personas comienzan a buscar la solución. Así, si se ha decidido que el niño moja la cama deliberadamente (es malo), entonces es necesario castigarlo. El castigo puede tomar muchas formas, y cuando no produce efectos tiende a crecer. Primero se intenta un castigo, después más del mismo castigo o un castigo aparentemente distinto (que de todas maneras es más de lo mismo). La cama mojada sigue al castigo y él castigo a la cama mojada, en una ronda interminable de frustración y quizá de cólera. Puesto que la decisión inicial se considera la única "correcta", "la misma maldita cosa una y otra vez" es perfectamente lógica: tiene que existir un castigo "eficaz". Las personas parecen pensar que si persisten terminarán por encontrarlo.

El ciclo de castigo/cama mojada/castigo continúa, agravándose con cada nuevo episodio, pero no se cuestiona casi nunca la decisión de que "ésta es una conducta que necesita castigo". En el árbol de la decisión o de las alternativas, la nueva rotulación del niño (por ejemplo como "normal") ha quedado excluida por aquella decisión, y en consecuencia también lo han sido todas las muchas cosas diferentes que los padres podrían hacer y que no son lógicamente idénticas al castigo.

En cuanto se ha reconocido la construcción del árbol de las alternativas, se advierte que *cualquier* conducta "no A" podría determinar una diferencia suficiente para proporcionar una solución (al liberar a las personas de su rigidez). En este sentido, el pensamiento en términos de alternativas ("o esto o aquello") puede considerarse la raíz de las quejas de muchos clientes. Esta línea de pensamiento utiliza la lógica binaria, y las situaciones sistémicas no parecen desplegarse de acuerdo con las reglas de esa lógica (Wilden, 1980). Por lo tanto necesitamos una "lógica cibernética o sistémica", es decir lo que Bateson (1979) denomina "proceso estocástico gemelo" o, más sencillamente, "azarosidad" (*randomness*).

RECONSTRUCCIÓN DE LAS QUEJAS PARA CONVERTIRLAS EN PROBLEMAS

A medida que continuamos trabajando juntos, nuestro estilo de entrevistar siguió simplificándose, mientras desarrollábamos una visión poliocular de la situación: cada terapeuta trazaba de modo diferente (pero no competitivo) su mapa de la misma situación. En nuestra opinión, los mapas múltiples refuerzan y enriquecen la posibilidad de cambio. Las quejas de los clientes son por lo general construcciones más bien complejas que involucran muchos elementos, entre los cuales el cliente puede subrayar unos más que otros. Hemos aprendido que las quejas por lo general incluyen:

1. un trozo o secuencia de conducta;
2. los significados asignados a la situación;
3. la frecuencia con que se produce la conducta que es motivo de queja;
4. el lugar físico en que aquella conducta se produce;
5. el grado en que es involuntaria;
6. terceros significativos involucrados en la queja, directa o indirectamente;
7. la pregunta de qué cosa o quién tiene la culpa;
8. factores ambientales como el trabajo, el status económico, el espacio en que se vive, etcétera;
9. el estado fisiológico o de las sensaciones involucradas;
10. el pasado;
11. horribles predicciones del futuro, y
12. expectativas utópicas.

Si son dos o más las personas que dialogan con el terapeuta, ellas podrán estar de acuerdo o no en cuanto a la definición, importancia y significación de cualquiera de estos elementos. Por fortuna, las parejas y las familias son microculturas; en consecuencia los miembros suelen coincidir acerca de los elementos considerados importantes, y cada elemento está de algún modo vinculado con uno o más de los otros elementos.

En la construcción de quejas cada uno de estos elementos parece relacionarse con todos los otros de un modo tal que se definen recíprocamente. Por lo tanto, el cambio en un elemento conduce a cambios en los otros. El mismo acontecimiento será definido de diversos modos a causa de los otros factores envueltos

en la situación. Por ejemplo, todos sabemos que si el automóvil no arranca, nuestra reacción diferirá según lo que sintamos. Si ya estamos deprimidos, el motor atascado será una cosa más que nos fastidia. Pero si nos sentimos "en la cumbre del mundo", ése no será más que un inconveniente menor. En cada situación, algunos elementos pueden estar más vinculados o ser más pertinentes que otros. Por ejemplo, con frecuencia los clientes se quejan de sentirse (por lo general dicen "estar") deprimidos. Algunos serán inmediatamente capaces de describir los aspectos conductuales de ese estado, mientras que a otros les resultará difícil o imposible; por lo tanto, se centrarán en los aspectos involuntarios. Algunos podrán describir con facilidad a terceros significativos que están tratando de alentarlos (empeorando accidentalmente las cosas), mientras que a otros les resultará trabajoso, y en cambio se lamentarán por el hecho de que, históricamente, tienen buenas razones para estar deprimidos. Incluso hay quienes se sienten deprimidos por algo que están seguros que ocurrirá (o no ocurrirá) en el futuro.

Durante la entrevista, el terapeuta formula preguntas sobre cada una de las áreas listadas anteriormente e ilustradas en la figura 3, tratando de definir el problema de modo tal que surja una solución. Cada cliente parece tener un factor o factores "favoritos" que elige subrayar en la descripción del problema. Del mismo modo, los terapeutas ubicados detrás del espejo trazan el mapa de la información, empleando categorías similares, ateniéndose a su propio juicio en cuanto a la importancia relativa de los elementos. Nuestra experiencia colectiva desde 1977 indica que cualquiera de los 12 factores puede ser objeto de cambio, y que ese cambio puede ser seguido por cambios en los otros factores.

Aunque no existe una relación de elemento a elemento entre los bloques utilizados para la construcción de quejas y los empleados para la construcción de intervenciones, lo que el cliente subraya enérgicamente sugiere posibilidades. Por ejemplo, si se nos dice que la situación que es motivo de queja se produce sólo en un lugar en particular, las asignaciones de tareas (en especial cuando se trata de algo directamente relacionado con el motivo de la queja en sí mismo) deben ser programadas para otro lugar, a fin de asegurar por lo menos una mínima diferencia. Por ejemplo, las parejas informan a veces que sus peleas se producen en la cocina. Muchas conductas parecen estar relacionadas específicamente con lugares, y el terapeuta puede simplemente prescribir que la próxima vez que peleen lo hagan en el dormitorio. Existe una buena

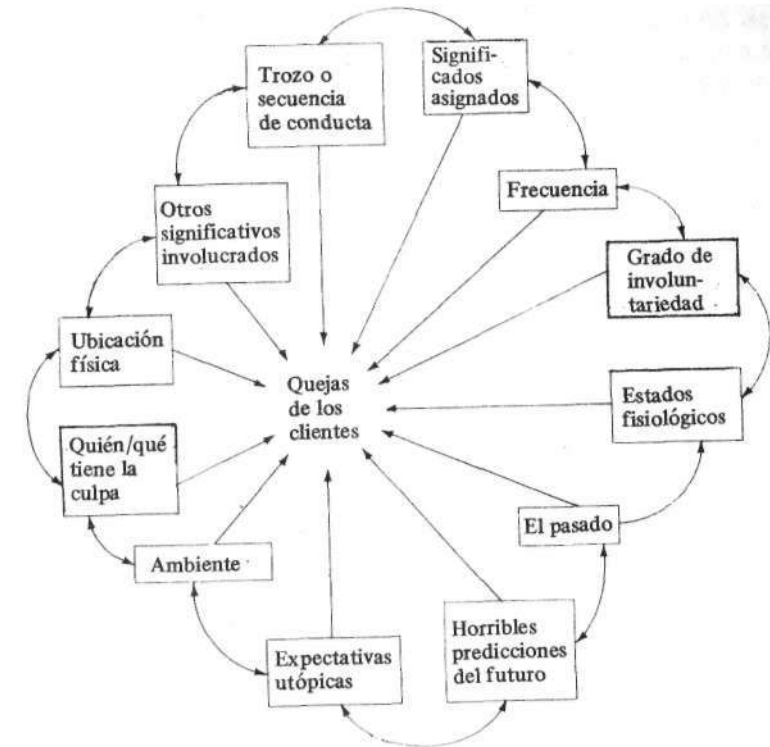


Figura 3 Los bloques constructivos de las quejas

probabilidad de que un cambio de "escenario" impulse una conducta diferente. Tal vez hagan las paces con una buena experiencia sexual. O, si la queja envuelve una relación con una persona que no se encuentra en la habitación de terapia, hay una pregunta importante que ronda: ¿cómo esa otra persona o personas sabrán que se ha producido un cambio?

Una metáfora

Estos doce factores son como doce puertas distintas que llevan a la solución. Cada queja es diferente, y las diversas soluciones

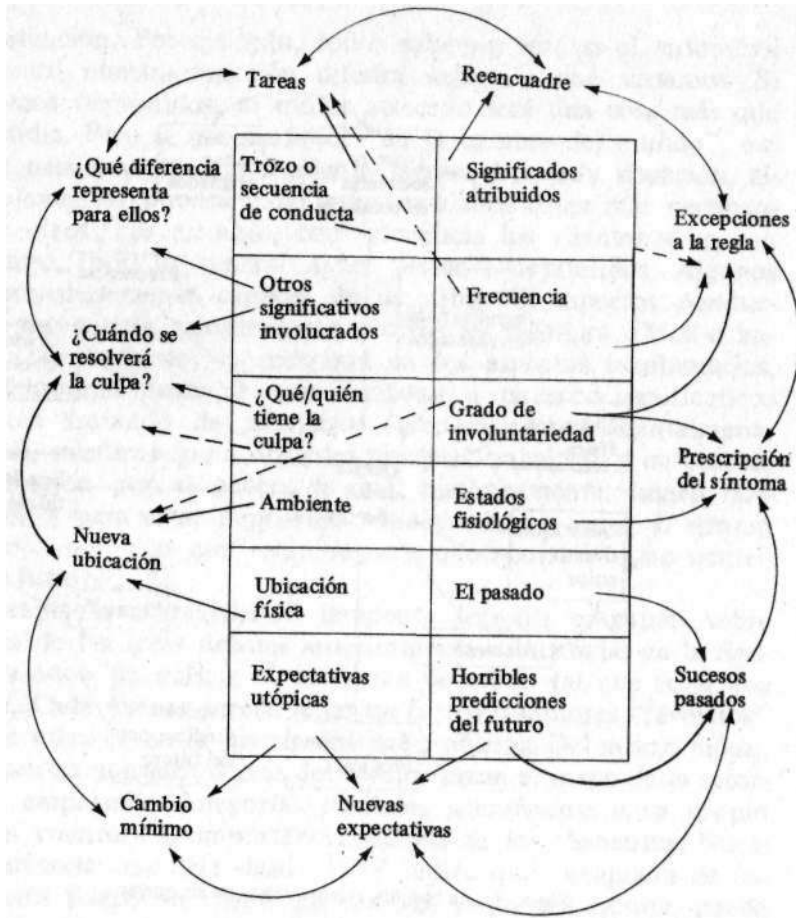


Figura 4 Transformación de las quejas para la solución

potenciales son las puertas que tienen las cerraduras y los goznes mejor lubricados. Distintas puertas pueden conducir a las mismas soluciones o a soluciones diferentes; una puerta única puede llevar a soluciones diversas. Cualquier puerta puede abrirse hacia un callejón sin salida. Terapeuta y cliente deben estimar conjuntamente cuál es la puerta que con más probabilidad resultará más fácil abrir. Puesto que están cerradas con cerraduras diferentes, que exigen llaves también diferentes (de otro modo el cliente habría encontrado la manera de salir), será útil una ganzúa.

Detrás del espejo, cada miembro del equipo traza el mapa de la presentación del cliente de diferente modo. Si el equipo es suficientemente grande o experimentado, cualquiera y cada una de las puertas podrá desempeñar un papel importante en los diversos mapas dibujados por los distintos terapeutas. Por ejemplo, un conductista probablemente querría utilizar la puerta conductual, pero en un cliente determinado tal vez esa puerta sea inamovible y la terapia podría fallar. Si hay un equipo detrás del espejo, el conductista aprende que en ese caso existen otras puertas más fáciles de abrir. Si tenemos un cliente y un equipo de tres terapeutas, contamos con por lo menos cuatro realidades diferentes elaboradas a partir del material de que se trate, y estamos en presencia de una visión poliocular.

Es importante advertir que no se trata de que los miembros del equipo se limiten a ver las cosas desde diferentes ángulos o perspectivas. Cada uno de ellos construye una diferente realidad terapéutica basada en la información proporcionada por el cliente durante la entrevista. Un miembro del equipo puede trazar el mapa de la situación enfocando la queja en tanto ella se relaciona con otra persona, mientras que el mapa de otro subraya las reacciones del cliente a sus propias sensaciones, y un tercero presta atención especial a la naturaleza involuntaria del motivo de la queja. Cada uno de esos mapas apunta hacia particulares soluciones posibles. Con frecuencia surge un nuevo enfoque adicional cuando todo el equipo discute la construcción del problema. Por ejemplo, con la combinación de los puntos de vista individuales que acabamos de mencionar, el equipo puede desarrollar la idea de que el mayor potencial para el cambio reside en la ubicación (en qué lugar aparece el motivo de la queja, y en qué lugar no).

Cada cliente construye la realidad de la queja a partir de estos doce factores, y cada terapeuta construye la realidad terapéutica (queja más soluciones potenciales) a partir de los mismos materiales. Debido a la diferencia de énfasis de la construcción terapéutica, el problema terapéutico será "diferente" de la construcción de la queja. Es esta diferencia lo que conduce a la solución.

En tanto se construye la realidad terapéutica, descuelle la pregunta sobre cuál es la puerta que con mayor probabilidad resultará útil. Esto puede resultar perturbador cuando la puerta que el cliente menos prefiere (por ejemplo, el cambio de conducta) es la que el terapeuta piensa que conducirá más fácilmente a las soluciones. De modo que el terapeuta necesita saber cuáles son las puertas preferidas, y el mejor indicador al respecto es *el modo*

en que el cliente describe la queja. Por ejemplo, si el cliente se queja de sentirse deprimido a causa de su pasado (por lo cual no puede ya hacer nada por sí mismo) las tareas conductuales serían las menos indicadas, incluso aunque fueran lo más fácil de idear para el terapeuta y pudieran conducir a las soluciones más rápidas. En este caso, la descripción del cliente y su lenguaje (Watzlawick y otros, 1974) sugiere que la depresión es involuntaria y que el cliente culpa a sus acciones pasadas o a terceros. Dos tipos de llaves (intervenciones terapéuticas) podrían ser útiles en este caso. Una se denomina "prescripción del síntoma"; en ella el terapeuta propone que el cliente se fuerce a sí mismo a estar más deprimido (la puerta "involuntaria") para que lo esté menos. La otra llave, el "reencuadre", supone atribuir diferentes encuadres o significados a la depresión, de modo tal que para el cliente comenzará a tener más sentido no estar deprimido (ésta es la puerta de los "significados atribuidos"). (La distinción entre estas dos llaves no siempre es neta, y apunta al "aspecto ganzúa" de por lo menos algunas intervenciones.) Aunque estas llaves pueden funcionar bien, la cerradura y los goznes tal vez tengan herrumbre, y por lo tanto las soluciones llegarán lentamente. ¿Qué puerta usar? ¿Qué llave será útil?

En muchos casos, el misterio de la habitación cerrada es enfocado por el terapeuta recogiendo toda la información posible sobre los doce elementos o sobre lo que mantiene al cliente fijado en el motivo de la queja. Razonablemente, los terapeutas (y oíros cazadores de problemas) suelen pensar que contar con mayor cantidad de información es útil, lo cual es cierto en algunas situaciones. Sin embargo, en algún punto el aumento de información puede crear una barrera y la utilidad puede convertirse en confusión. A los fines de hallar una solución, la pregunta pertinente no es "¿cuánta información se necesita?", sino más bien "¿qué tipo de información se necesita?"

LA CONSTRUCCIÓN DE SOLUCIONES

Supuesto tres

Para iniciar la solución de una queja se necesitan cambios mínimos; una vez que el cambio se ha iniciado (como conse-

cuencia de la tarea del terapeuta), el cliente generará cambios adicionales (éste es el "efecto de irradiación" [Spiegel y Linn, 1969]).*

El modo en que el cambio se desarrolla es similar al modo en que un pequeño error puede terminar generando una gran diferencia. Si un piloto que sale de Nueva York con destino a San Francisco comete un error de un grado al establecer la dirección del vuelo, cuando debiera encontrarse en San Francisco estará considerablemente desviado de la rula.

En este punto podemos proponer una regla simple: los clientes con frecuencia presenten su queja en términos de "o esto o aquello", y en tales situaciones puede ser útil para el terapeuta construir el problema en términos de "esto y aquello". El cambio de una descripción a otra da resultados en los niveles del trazado de mapas y de esquematización de leyes; también, desde el punto de vista heurístico, en el nivel de la esquematización de la acción. Las técnicas clínicas no sólo son consecuencia del éxito en la práctica, sino también del más conceptual y filosófico trabajo sobre "sistemas" (Wilden, 1980).

Un modelo de quejas. Parte Tres

Para que los progenitores puedan resolver el problema del niño que moja la cama, deben quebrar el ciclo repetitivo. Pero sus decisiones iniciales han excluido cualquier otra cosa que no sea castigo. En tales respuestas excluidas y prohibidas residen las posibilidades de resolver el problema (haciendo cesar por igual el enfoque de los padres y las camas mojadas). Por ejemplo, en algunas situaciones puede ser eficaz otorgar una recompensa por la cama seca, o ignorar el percance, o enseñar al niño a lavar las sábanas que ha orinado, o colgar en la habitación de la criatura un cartel que diga "Mojar la cama esta noche". La cuestión es que *cualquier* conducta nueva tiene la posibilidad de ser suficientemente distinta, y *todas* ellas han sido prohibidas por la regla de "la misma maldita cosa" después de haberse tomado la decisión "correcta".

Al elegir una nueva respuesta, resulta útil buscar excepciones a la regla. Tal vez parezca demasiado simplista afirmar que nada es

"Ripple effect": literalmente, efecto de agitarse o rizarse la superficie del agua. [T.]

exactamente igual a otra cosa. Si el niño mojó la cama esta noche, anoche y anoche, etcétera, por lo cual la gente dice que "el niño siempre moja la cama", no se presta atención a que la cama esté un poco más seca una noche u otra. Análogamente, el niño podría haberse orinado a diferentes horas en cada oportunidad, y es probable que tampoco las sábanas sean las mismas. Aunque al niño se lo ve como si siempre mojara la cama, probablemente haya, de tanto en tanto, algunas noches "secas": *excepciones a la regla* (un importante concepto desarrollado en conjunto por el autor, Wallace Gingerich y Michele Weiner-Davis para describir lo que el terapeuta persigue durante la primera sesión). No obstante, estas diferencias suelen escapar inadvertidas porque no se las ve como diferencias que hagan la diferencia: son demasiado pequeñas o demasiado lentas.

Estas excepciones a las reglas de la pauta son exactamente el tipo de información que el terapeuta necesita. Es importante para el terapeuta, para el niño, para el padre o los padres conocer el hecho de que el niño de algún modo sabe (¿quizás inconscientemente?) cómo hacer para no mojar la cama. Por lo tanto, hay oportunidades en el seno de esa familia en las que se cumplen las pautas de la cama seca. El terapeuta tiene que hallarlas: ¿cuáles son las diferencias entre la pauta de cama mojada y la pauta de cama seca? A partir de ellas puede ponderar el modo de emplear la pauta de cama seca para dar forma a la base de una intervención que resuelva el problema. ¿Qué diferencias determina en el resto de la familia el hecho de que el niño despierte en una cama seca? ¿Cómo cambian las actitudes de los progenitores hacia él?

Desde luego, cualquier intervención en la pauta de cama húmeda basada en las excepciones a dicha pauta contará con la ventaja de ajustarse, puesto que forma parte de la realidad de la familia (después de todo, ésa es la solución familiar). Esto no puede sino promover cooperación e incrementa las posibilidades de solución del problema.

Caso ejemplo: Camino a ser una madre perfecta¹

La señora Baker solicitó terapia quejándose de su modo de tratar a sus hijos. Pensaba que tenía que dejar *por completo* de gri-

¹Por razones de reserva y confidencialidad, les ponemos títulos a los casos, en particular a los que grabamos en *videotape*. Estos títulos a veces son significativos, y otras veces no.

tarles, porque gritándoles no conseguía nada, excepto quedar frustrada. En procura de establecer una meta mínima, el terapeuta le preguntó: "¿Qué clase de cosas cree que sucederá cuando usted se aplique, y adopte con sus hijos una actitud más calmada y razonable?"² El modo de la formulación refunde la meta convirtiéndola en el comienzo de algo (un trato más calmado y razonable) que reemplaza al objetivo imposible de la señora Baker de dejar de gritar por completo. Este punto de partida puede ser medido y conocido por la señora Baker. Puede suceder algo muy pequeño por cierto que suscite uno que otro episodio de gritoneo, sin que por ello deba pensarse en un retroceso. En realidad, el terapeuta indicó a la señora Baker que decidiera al azar, arrojando una moneda al aire, entre 1) gritar, y 2) un trato calmado; basándose en los resultados obtenidos, después debía ponderar qué conducta le convenía seguir en cada caso. Informó haber descubierto que a veces gritar era lo preferible, y que otras veces lo más eficaz era un enfoque calmado y razonable.

Con una pregunta estructurada de este modo, el terapeuta no sólo refunde la meta convirtiéndola en el comienzo de algo, sino que también transforma el logro de la meta en una sugestión terapéutica. De este modo el cliente ve el cambio como si se hubiera autogenerado, atribuyendo importancia mínima a la interferencia terapéutica.

Cuando la señora Baker concurre a terapia, encuadró la queja en la alternativa de *o* gritar todo el tiempo *o* dejar de gritar com-

Este tipo de estructura inusual de la oración se encontrará en todas partes tomada al pie de la letra de los extractos de los mensajes de intervención y de las preguntas del terapeuta durante la sesión: "¿Qué clase de cosas cree que *sucedarán* cuando usted *se aplique*, Joan adopte con sus hijos una actitud más calmada y razonable?" Son varios los mensajes implícitos: 1) la idea de que Joan debe adoptar una actitud más calmada y razonable (la segunda parte, después de la coma); 2) la expectativa de que Joan adoptará dicha actitud (el "cuando anterior a la coma, que no es obviamente un "si"), y 3) la expectativa de que una actitud más calmada y razonable determinará una diferencia que Joan podrá advertir (cosas que *sucedarán*).

Esta estructura deriva de técnicas de hipnosis desarrolladas por Milton Erickson (Haley, 1967b; Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Erickson y Rossi, 1979). Nuestro modo de ver es que en las sesiones de terapia breve se emplean técnicas de hipnosis, sea que se induzca o no un trance formal (véase el Capítulo 5). Por lo tanto, tendemos a seguir la guía de Erickson en la construcción y empleo de las sugestiones terapéuticas.

pletamente. Ella ya había tratado de dejar de gritar pero sus esfuerzos fueron infructuosos y sólo la condujeron a una mayor frustración. Sin embargo, la expectativa de que podía y debía dejar de gritar por completo era irrealista. Hay momentos en que cualquier madre de niños pequeños habrá de gritarles, y en algunas de esas oportunidades los gritos son lo mejor que se puede hacer. La sugestión terapéutica de que comenzara al azar a adoptar un enfoque más calmado y razonable modificó su encuadre del problema, que dejó de ser "o esto o aquello" para convertirse en "esto y aquello". La señora de Baker podía adoptar un enfoque calmado y razonable y también podía gritar. Era ella quien tenía que decidir cómo conducirse, y se podía tener la esperanza de que elaborara algunos procedimientos para la toma de decisiones que ya no consistieran en arrojar la moneda al aire.

De este enfoque surge un logro adicional. La señora Baker informó sobre un "efecto de irradiación", como resultado de su conducta diferente. Cuando esta madre comenzó a decidir sus actitudes sobre la base del azar, para los niños dejó de ser predecible, y las "causas" de los gritos disminuyeron tanto en frecuencia como en intensidad. En cuestión de unas tres semanas, los gritos tomaron un nuevo significado: la cosa iba muy en serio cuando el tono no era calmado y razonable. Este enfoque para la resolución del problema de la señora Baker le permitió un alto grado de libertad en su respuesta a las intervenciones. Tanto gritar como no gritar eran respuestas aceptables. Desde luego, no gritar incluía muchas conductas encuadrables como "comenzar a adoptar un modo de ver más calmado y razonable". Inclusive la decisión *en un caso* de no gritar cuando ella pensaba que en circunstancias normales hubiera gritado, constituía un cambio mínimo capaz de conducir a la solución del problema.

Este enfoque acepta completamente a la señora Baker tal como ella se presenta (una gritona); no la censura por ello, no le dice que cambie eliminando los gritos, ni considera la continuación del gritoneo como signo de resistencia; se trata de un modo de terapia *cooperativo*.

Caso ejemplo: La llave

Una madre lleva a terapia a sus dos hijos (una mujer de quince años y un varón de nueve) porque la niña, que antes había sido una alumna de cuadro de honor, va en camino de marcar un ré-

cord en materia de ausencias a la escuela. Cada mañana, la madre le decía que fuera a la escuela y ella respondía que ya estaba yendo, y salía de la casa a la hora adecuada. Después, en cuanto la madre se iba a trabajar, la niña volvía al hogar y se quedaba mirando televisión todo el día. Puesto que la madre dedicó mucho tiempo a hablar de los logros anteriores de su hija, el terapeuta se interesó en los éxitos pasados de la propia madre. En un momento dado, la madre le había quitado a la hija las llaves de la casa, y la niña iba a la escuela. Pero la mujer comenzó a preocuparse por la seguridad de ambos niños a la salida de la escuela y hasta que ella volvía del trabajo. En consecuencia, devolvió las llaves.

Puesto que retirar las llaves había dado resultado antes, el equipo pensó que ésa era la más simple intervención posible. La madre había expuesto su razonamiento y el equipo temió que la mujer no aceptara retirar las llaves nuevamente. Por lo tanto se construyó el siguiente mensaje:

"Nosotros no sabemos cuándo Marsha va a volver a la escuela para quedarse allí; no sabemos si usted, la madre, sabe cuándo Marsha va a volver a la escuela; no sabemos si tú, Sam, sabes cuándo Marsha va a volver a la escuela, y no sabemos si tú, Marsha, sabes cuándo vas a volver a la escuela. No sabemos *quién* tiene la llave de este problema".³

Después de la sesión, de retorno al hogar, la madre le quitó las llaves a Marsha; para el día siguiente acordó con un vecino que cuidara a Sam a la vuelta del colegio. Marsha fue a la escuela y, según se nos informó dos semanas después, continuó asistiendo. Al no decirle directamente a la madre que le retirara las llaves a la niña, el equipo permitió que la madre no se sintiera culpable por su error anterior y llegara a la idea por sí misma. De modo que el método indirecto permitió la mínima intervención posible. Los informes de seguimiento indicaron que se produjo el efecto de irradiación: Marsha concurría a la escuela, se quedaba en ella y volvió a obtener buenas notas.

Supuesto cuatro

Las ideas sobre lo que se debe cambiar se basan en ideas sobre aquello a lo que se parecería la visión de la realidad del cliente si no mediara la queja particular que presenta.

Los mensajes de intervención citados en este libro reproducen palabra por palabra los originales, en la medida de lo posible.

Durante la entrevista, en ambos lados del espejo tratamos de construir la escena de la que surja en qué sería diferente la situación del cliente *después* de haberse alcanzado la meta terapéutica. Si, por ejemplo, la cama seca no parece determinar ninguna diferencia real en la forma en que se relacionan entre sí el niño y sus padres, entonces el foco del esfuerzo terapéutico debería centrarse quizá en el modo en que los padres ven al niño y el niño ve a los padres. Si esta solución hipotética parece incluir camas secas, las puertas del "significado atribuido", de la "culpa" o del "ambiente" tal vez resulten más útiles que algunas otras puertas.

Un modelo de quejas. Parte Cuatro

Para decirlo del modo más simple, si los padres piensan que la cama mojada es sólo uno de los muchos signos que indican "éste es un niño malo", el hecho de que la cama comience a aparecer seca no bastará probablemente para modificar el encuadre de la situación de modo tal que pueda constituir la solución. El terapeuta necesita por lo menos crear algunas dudas sobre el significado de la cama mojada o sobre el encuadre "éste es un niño malo" (o sobre ambas cosas). Muchas veces el terapeuta puede inducir esas dudas refiriéndose a la cama mojada como un problema normal en vista de las otras circunstancias de la vida del niño. Es decir, siempre que una criatura demasiado sensible y creativa es confundida con un "niño malo", continuará mojando la cama, hasta que se convenza (o hasta que los padres la convenzan) de que recibirá la misma atención cuando deje de mojarla. (Un niño que siempre hace cosas perturbadoras con frecuencia puede ser efectivamente considerado "creativo", y el hecho de que moje la cama prueba su sensibilidad.) Por supuesto, una cama seca después de este tipo de encuadre debe ser considerada con suma cautela: la familia tiene que ser prevenida en cuanto a que el niño todavía puede crear algunos problemas más hasta que esté realmente convencido.

Con independencia de la situación específica, el terapeuta tiene que conocer qué significado o significados el cliente asigna a la queja. Muchas veces se pueden hallar tales significados preguntando cómo cree el cliente que serán las cosas cuando el problema esté resuelto. Lo que significa una "cama mojada" o una "cama seca" ayuda a determinar el encuadre que el terapeuta puede aplicar para resolver efectivamente el problema. En el caso del "niño malo", la cama seca no basta. Probablemente se seguirá viendo

al niño como responsable de hacer otra cosa igualmente "mala". Cuando el terapeuta conoce estos significados (encuadres) negativos, puede realizar el reencuadre que reemplace, para las mismas conductas, los significados negativos por otros positivos (de Shazer, 1982a).

Supuesto cinco

Sólo es necesario sugerir el encuadre o los encuadres nuevos; la nueva conducta basada en cualquier encuadre nuevo puede promover la resolución del problema por parte del cliente.

Un enfoque experimental de la construcción de encuadres

Duncker (1945) diseñó el experimento siguiente, que ilustra el modo en que los encuadres (definiciones y significados) influyen sobre lo que ocurre. Al Grupo Uno se le entregan tres cajas, una con fósforos, otra con velas y otra con tachuelas. El Grupo Dos recibe los mismos materiales pero los fósforos, velas y tachuelas no se encuentran *dentro* de las cajas. Se pedía montar las velas verticalmente, para usarlas como lámparas. Al Grupo Dos le resultó mucho más fácil resolver el problema. En una repetición, Adamson (1952) halló que solamente el 41 por ciento del Grupo Uno resolvía este problema dentro de los veinte minutos, mientras que el 86 por ciento del Grupo Dos lograba hacerlo dentro del mismo límite de tiempo. Parecería que para el Grupo Uno las cajas estaban encuadradas o definidas como "contenedores", mientras que para el Grupo Dos, en tanto no contenían nada, resultaba más fácil verlas como plataformas potenciales (reencuadre de la caja vacía) para fijar las velas. Es decir que algunos encuadres (por ejemplo, "contenedores") son menos útiles para resolver este problema de la plataforma que otros encuadres (por ejemplo, "cajas vacías"). Esto conduce directamente al "supuesto uno" (véase la pág. 41) y al "supuesto cinco".

Tal como lo sugiere el experimento de Duncker, los encuadres (modos de ver o definir situaciones) y los rótulos asociados con ellos determinan (en mayor o menor medida) lo que podemos ver y *hacer*: nuestro punto de vista decide lo que ocurrirá a continuación. Esto parece claro no sólo en las artes y las ciencias sino

también en la vida cotidiana: los encuadres y sus rótulos afectan a las expectativas paradigmáticas o inducidas-por-el-encuadre, y nos permiten articular y mensurar el mundo. Cualquier "hecho" concreto puede poseer varios diferentes rótulos que implican diferentes encuadres (Watzlawick y otros, 1974).

Un modelo de quejas. Parte Cinco

Es totalmente posible que el encuadre "Este niño sabe cómo hacer para no mojar la cama" baste para iniciar algún cambio en las pautas del problema. Hay una variedad de maneras mediante las cuales el terapeuta puede promover la aceptación y utilización de este encuadre. Podría pedirle a la familia que observe lo que es diferente en las noches o en las mañanas en que la cama no aparece mojada; también puede pedirle a cada miembro que prediga en secreto, para sí mismo, cuando el niño se va a dormir, si se despertará seco o mojado.

Las respuestas a estas tareas, si existe cualquier diferencia observada y observable, pueden constituir las bases para la próxima intervención, que podría consistir en atribuir significados a esas diferencias. O bien podría pedírsele a la familia que observe en busca de los signos de que las camas secas no se interrumpirán y (puesto que las recaídas ocurren) de cualquier signo de que pueda aparecer una cama mojada.

Así llegamos a una premisa esencial. *Una tarea mínima (aunque no fácil ni simple) del terapeuta en la primera sesión por lo menos, y quizá también en otras sesiones, consiste en inducir alguna duda en la mente de los clientes respecto de los encuadres y de las conductas que se siguen de esos encuadres.* Si la familia llega a dudar de su percepción de que el niño *siempre* moja la cama, las conductas alternativas se convierten en una posibilidad real. Del mismo modo, si los miembros de la familia pueden comportarse de modo diferente y *ver* una diferencia (la cama seca), pueden también poner en duda su encuadre original de la situación. Encuadres y conductas interactúan y se definen recíprocamente: ésta no es una situación de "o esto o aquello".

Caso ejemplo: La muleta de aluminio

La fuerza de los rótulos fue claramente señalada por una cliente que comenzó describiendo su situación con las siguientes pala-

bras: "Estoy permitiendo que mi desventaja me paralice". Víctima de la polio en su infancia, llevaba abrazaderas en las piernas y utilizaba una muleta para ayudarse a caminar. Creía haberse adaptado a su discapacidad, desde que no conocía otra vida. Sin embargo, sentía repulsa por el tipo de hombre al que ella podía atraer, y su problema físico le impedía tener la menor probabilidad de iniciar una relación con los hombres que ella encontraba atractivos. Al inicio de la terapia se describió como estando deprimida por su discapacidad, por primera vez en su vida. Al verse a sí misma como pensaba que la veían los otros y al compararse con mujeres atractivas de su edad, se encontraba defectuosa. De modo que empezó a hacer esfuerzos por ocultar su discapacidad, ubicando la muleta fuera de la visión siempre que le resultara posible.

El foco principal de la intervención fueron los esfuerzos de la cliente por ocultar la muleta (de Shazer, 1979a). En cuanto comenzó a *usar* bastones de diseño, color o forma poco común, y a *exhibirlos* abiertamente, proyectó una fuerza inesperada. Esta nueva conducta produjo impresión en las personas, como resultado de lo cual empezaron a tratarla de modo diferente. Ulteriormente pudo también atraer al tipo de hombre que ella deseaba. Tal como lo dijo en la última sesión "Ya no permito que mi desventaja me paralice".

El rótulo de "lisiada", "paralítica", contribuía a determinar su enfoque de personas y situaciones, así como el nuevo rótulo y encuadre de "fuerte" ayudó a promover una conducta nueva y diferente. Puesto que el nuevo encuadre provocaba y promovía respuestas más recompensantes y creaba expectativas de seguir obteniéndolas, ella pudo sostenerlo.

Este ejemplo señala el aspecto interaccional de los encuadres y sus rótulos. Ella veía a otras personas viéndola como lisiada, adoptó el rótulo y comenzó a comportarse como lisiada. Cuanto más se comportaba como lisiada (por ocultar la muleta todo lo posible), tanto más la gente percibía su discapacidad, y el círculo vicioso se alimentaba a sí mismo. Cuando comenzó a hacer algo diferente (exhibiendo abiertamente sus bastones decorativos), los otros la vieron como persona fuerte, y ella comenzó a ver que la veían fuerte (promoviendo expectativas de conductas más vigorosas) y un círculo más meritorio inició su ciclo de automantenimiento. Es importante que el cambio de encuadres y rótulos puede iniciarse en cualquier parte en un sistema interactivo. Si otras personas hubieran empezado a verla comportándose de modo vigo-

roso antes de que ella misma se hubiera percibido haciéndolo, esas personas podrían haber iniciado el encuadre de "fuerza" de la cliente. Desde luego, en terapia, iniciar un nuevo encuadre es parte de la tarea del terapeuta, y es necesario que éste esté razonablemente seguro de que el nuevo encuadre se adecuará y de que la nueva conducta será "reforzada" por los otros.

En este punto debemos trazar una distinción. Aunque la conducta efectiva sea diferente y aparezca al azar, la elección de qué hacer diferenciadamente no es cuestión de casualidad. Un suceso casual puede ser irrelevante. Por ejemplo, si la muleta de nuestra cliente se hubiera roto y ella la hubiera reemplazado por un bastón decorativo, pero también ocultándolo, este cambio probablemente no hubiera determinado ninguna diferencia en la forma en que los otros la percibían ni en la forma en que ella veía que los otros la percibían. De hecho, cuando ya se veía fuerte, la vuelta a su muleta en ciertas circunstancias no habría socavado la solución, porque ya no ocultaba nada: estaba haciendo algo diferente.

Las desventajas pueden paralizar, pero pueden también fortalecer, y la diferencia está lejos de ser trivial. La terapia, a través del reencuadre, proporciona un tipo de espejo que puede ayudar a la gente a ver determinadas situaciones de modo diferente y por lo tanto a comportarse diferentemente. Aunque dos (o más) rótulos puedan aplicarse a una misma situación, no todos los rótulos son iguales. Algunos promueven conductas perjudiciales, mientras que otros parecen alentar comportamientos beneficiosos.

Supuesto seis

El especialista en terapia breve tiende a otorgar una importancia primordial al concepto sistémico de totalismo: un cambio en un elemento de un sistema, o en una de las relaciones entre elementos, afectará a todos los otros elementos y relaciones que conjuntamente componen el sistema.

Puesto que las pautas interactivas pueden verse por igual como hábitos individuales y como hábitos "sistémicos", nos parece más que razonable afirmar que para quebrar un hábito colectivo basta con que una persona se comporte de modo diferente.

Un modelo de quejas. Parte Seis

Si los padres del niño que moja la cama se dividen en el árbol de decisión o de las alternativas porque uno piensa que (a) hay un problema y el otro que (b) la situación es normal, o uno que el niño es (a) malo y el otro (b) que es insano; o uno que (a) el problema es físico y el otro que (b) es psicológico, entonces un cambio en las relaciones entre los progenitores podría servir para detener la conducta perturbante del niño. No necesariamente la lucha entre los padres será de uno u otro modo la "causa" de la enuresis, ni tampoco se trata de ver a la enuresis como "causa" de la lucha. No se trata, por otra parte, de que el terapeuta vea el mojar la cama cómo si cumpliera la función de mantener juntos a los padres, sobre la base de que si no estuvieran disfrutando, se separarían. Antes bien, el caso consiste sencillamente en que el mojar la cama y la lucha de los padres están relacionados recurrentemente. Podemos enumerar la secuencia como sigue: 1) cuanto más el niño moja la cama, más disputan los padres y/o 2) cuanto más disputan los padres, más moja el niño la cama. En todo caso, la secuencia temporal es cama mojada/disputa/cama mojada/disputa, etcétera. El concepto de totalismo sugiere que si se interrumpen las disputas cesará la enuresis o que si cesa la enuresis terminarán las disputas, o ambas cosas a la vez.

Puesto que los encuadres y el ordenamiento de la secuencia están relacionados, el enfoque terapéutico puede diferir consecuentemente. Por ejemplo, supongamos que la familia atribuye a la secuencia el orden "la cama mojada conduce a disputas", y además encuadra la situación como "la cama mojada se debe a malignidad o insania". Entonces, podrá ser eficaz ver a toda la familia en conjunto e interrumpir la secuencia mediante la inserción de algunas conductas nuevas entre el momento en que aparece la cama mojada y el momento de la disputa, o a la inversa. Ver sólo a los padres podría no dar resultado, puesto que ellos tienen por cierto que la culpa es del niño. De hecho, tal vez se deba ver a solas al niño, en particular si éste quiere dejar de mojar la cama por sus propias razones. Si los progenitores han optado por el otro ordenamiento, que implícitamente explica la cama mojada como resultado de la discordia entre ellos, podrá ser eficaz, y conducir a camas secas, el ver a los padres sin el niño (o los niños) e interrumpir las disputas.

En realidad, el concepto de totalismo puede llevarse más lejos. En algunos casos sólo la madre concurre a terapia y describe la

secuencia cama mojada/disputa como un problema de ella. Tal vez diga que su esposo no está interesado en solicitar ayuda porque piensa que esos episodios de cama mojada son normales, y que bastaría que la mujer viera las cosas "del modo correcto" para que cesaran por igual la enuresis y las disputas. Por lo tanto, una y otras son quejas *de la madre*. En esta situación, el terapeuta podría ayudarla a cambiar su conducta en la pauta de las disputas, o a modificar su reacción ante la cama mojada, o ambas cosas. Las metas que la mujer y el terapeuta establezcan habrán de determinar sobre qué se trabajará en primer término. Si ella ordena la secuencia como "las camas mojadas conducen a disputas", la meta inicial tendrá que centrarse en la respuesta materna a las camas mojadas. Si la secuencia que cree percibir es "las disputas conducen a camas mojadas", la meta inicial enfocará su conducta en las disputas. Un cambio en su conducta ante las camas mojadas podría incluso tener, como efecto de irradiación, el resultado de resolver el problema de las disputas.

La creación de expectativas de cambio

A medida que el Centro de Terapia Familiar Breve continuaba con su trabajo conjunto y desarrollaba una filosofía distintiva y singular, se produjo un cambio de interés: se pasó de los "problemas/quejas y cómo resolverlos" a "las soluciones y cómo funcionan". Prestamos atención a lo que está del otro lado de la puerta cerrada y comenzamos a imaginar el modo en que nosotros y los clientes pudiéramos llegar allí.

Contar con un equipo detrás del espejo equivale casi a proporcionar al cliente más de una bola de cristal para construir una solución fructuosa. Cada uno de los diversos miembros del equipo se une al cliente en la construcción de realidades alternativas del problema, y por lo tanto, de soluciones alternativas. Como resultado, mis colegas y yo aprendimos que cada queja puede dar lugar a la construcción de muchos problemas diferentes capaces de suscitar muchas soluciones posibles, y también aprendimos que cualquier intervención puede impulsar con éxito una conducta diferente, que un modo diferente de ver las cosas puede llevar a alguna de las soluciones hipotéticas. A veces los miembros del equipo concuerdan sobre lo que se debe hacer, pero tienen ideas diferentes sobre los posibles resultados.

En cuanto el terapeuta ha creado o contribuido a crear expectativas en el sentido de que las cosas van a ser diferentes, lo que sigue en importancia es lo que el cliente espera que cambie cuando el motivo de queja haya desaparecido. Es decir que lo que nosotros esperamos que ocurra influye sobre lo que hacemos; por lo tanto, si esperamos que suceda algo diferente, tiene sentido hacer algo diferente (quizás para que aquello se produzca). Desde luego, lo que uno específicamente quiere que ocurra podría no suceder, pero puesto que hemos hecho algo diferente, por lo menos también será diferente lo que sucederá, y en consecuencia nos dejará algo más satisfechos. La puerta que el cliente elige está determinada por las cosas que él desea que sean diferentes cuando su motivo de queja haya quedado resuelto.

El trabajo reciente ha impulsado nuestra comprensión de las soluciones y de su modo de funcionar. En algunos pocos casos, una solución puede desarrollarse espontáneamente, incluso aunque la queja esté vagamente definida y falten metas detalladas o ideas específicas sobre lo que será diferente después de solucionada. Lo que parece esencial en este punto es que las soluciones se desarrollan cuando terapeuta y cliente pueden construir la expectativa de un cambio útil y satisfactorio. La expectativa de cambio o la construcción de un futuro diferente que se destaque del presente (Berger, Cohen y Zelditch, 1966; de Shazer, 1978a) parece ser una llave maestra para abrir la puerta de la solución. No se trata, por cierto, de ningún tipo de magia. Se comprende que, si uno sabe a dónde quiere ir, llegar allí le resulte más fácil. Lo que no parece tener tanto sentido común es la idea de que baste la expectativa de alcanzar algo *diferente*, algo más satisfactorio, para facilitar el que se lo obtenga, y de que sólo por ser diferente resulte satisfactorio en sí mismo.

En resumen, el modo más útil de decidir qué puerta puede abrirse para obtener una solución consiste en conseguir que el cliente describa "lo que hará de manera distinta", o el tipo de cosas diferentes que sucederán cuando el problema quede resuelto, creando de este modo la expectativa de un cambio benéfico. El lenguaje del cliente mientras describe algunas alternativas futuras y los detalles de las diferencias posteriores a la solución parecen más importantes que los detalles sobre la habitación cerrada de la queja. Con futuros' alternativos posibles en mente, el cliente puede unirse al terapeuta en la construcción de un conjunto viable de soluciones.

CONCLUSIONES

Los doce bloques constructivos de las quejas y los seis supuestos básicos permiten a los especialistas en terapia breve trazar mapas de las quejas de los clientes de modo tal que las soluciones de los problemas puedan hallarse rápidamente. A los supuestos y a los bloques constructivos les falta en detalles lo que tiene en utilidad. Estas construcciones son sólo generalizaciones de alto nivel y aparentemente carecen del fino detallismo que sugiere la resolución de problemas (Mayer, 1983). Sin embargo, la mayor parte de los modelos para la resolución de problemas parecen intentar una *copia*, una duplicación, en los términos de von Glasersfeld (1984a), entre problema y solución, y no un *ajuste*, pero también las situaciones experimentales demuestran que sólo se necesita un ajuste o adecuación. Por otra parte, las quejas que los terapeutas se plantean para resolver pueden de algún modo ser diferentes de otros tipos de problemas que han sido estudiados experimentalmente.

Capítulo 3

LIGADURAS, LAZOS Y LA NAVAJA DE OCCAM

NIVELES DE DESCRIPCIÓN

Los mapas conceptuales son el fundamento de nuestra comprensión sobre lo que sucede en la situación terapéutica. Estos mapas nos dicen cómo construir problemas y cómo llegar adonde queremos ir (las soluciones); por lo tanto, son necesarios para la práctica, la investigación y la enseñanza. Estos mapas no son el territorio, sino sólo construcciones aproximadas.

En general, al observar el trabajo del terapeuta, podemos describir en términos muy amplios lo que vemos y oímos. Ese nivel descriptivo es el más alto correspondiente a lo que el terapeuta hace. Lo que hay detrás (¿o debajo?) de la conducta del terapeuta está oculto en alguno de otros diversos niveles (entre ellos el de los supuestos, el del conocimiento implícito o explícito, el de la concepción del mundo, el de la teoría, etcétera). Mientras que un nivel (o modo de conocimiento) parece depender más del análisis, del razonamiento lógico, del cálculo y de la descripción explícita, otro se funda principalmente en la síntesis y el reconocimiento de pauta, contexto y forma. La intuición y la racionalidad siempre están involucradas, en mayor o menor medida.

Milton Erickson: una fuente de mapas

El examen o la lectura de la obra de Milton Erickson con frecuencia deja al observador preguntándose qué es lo que trasciende de ella, a causa de los aspectos aparentemente intuitivos o no racionales. Quizás ni siquiera resulte claro que Erickson está haciendo algo terapéutico cuando él o los comentaristas describen

su manejo de algún caso específico. Por ejemplo, Erickson atendió a una joven que tenía separados los dientes incisivos, y que había pensado seriamente en suicidarse; le asignó la tarea de aprender a lanzar chorros de agua a través de la separación, lo cual parece absurdo (en Haley, 1976b, págs. 414-417; de Shazer, 1979a). Puesto que Erickson no proporciona mucha información sobre el pensamiento subyacente en su trabajo, para el lector u observador la prescripción es un misterio. Falta lo que Kuhn (1970) denomina "esquema de leyes" al que puedan adecuarse los ejemplos. Esto es, el observador no cuenta con un mapa adecuado que le permita decir: "Este ejemplo Q es exactamente como la situación R con la cual ya estoy familiarizado". A medida que se continúan leyendo los informes de Erickson, resulta claro que él por cierto tenía algunos mapas o esquemas de leyes; no obstante, su descubrimiento (o quizás incluso su invención) queda a cargo del lector. Hasta que el lector desarrolle sus propios mapas (de los mapas de Erickson), los informes continúan asemejándose a los cuentos de un chamán o de un brujo, puesto que el "esquema de la acción" de Erickson no sigue el paradigma normal ni el modo de pensar normal sobre los problemas y soluciones humanos. Sin mapas (o esquemas de leyes) adecuados, el lector queda sin ninguna norma de comparación.

Esta situación se asemeja a la queja que un hombre le formuló a Picasso, en el sentido de que su retrato de Gertrude Stein no se parecía a ella.

Se dice que Picasso respondió: "No importa, ya se parecerá". En cuanto hayamos aceptado el modo de ver de Picasso, y sus reglas de la proyección de la personalidad en la tela (esos bocetos lineales, por ejemplo, podían emplearse para aludir a cosas tales como sujetos de retratos que antes eran representados mediante líneas curvas: cubismo) nosotros también veremos en parte a Miss Stein tal como Picasso la dibujó; la interpretaremos, si se prefiere, de acuerdo con él. Vemos el mundo según las convenciones existentes (categorías, reglas de proyección) nos permiten verlo. Creer es ver (Foss, 1971, pág. 235).

De modo análogo, el observador podría quejarse de que la terapia de Erickson, tanto como nuestra propia forma de terapia breve, *no se parece* a la terapia, es decir, a la terapia familiar convencional.

A partir de los intentos de Haley y Weakland (Erickson, Haley y Weakland, 1967) el trabajo de Erickson fue relevado en mapas con numerosos detalles por muchos estudiosos, mediante el empleo

de una amplia variedad de herramientas para el trazado. Es tentador pensar que el proceso resulta progresivo y acumulativo, de modo que el mapa 2 mejora al mapa 1 y el mapa 3 los perfecciona a ambos. Sin embargo, tal como Kuhn lo ha señalado (1970), éste no es siempre el caso, en particular durante un cambio de paradigma. El grado de adecuación entre los numerosos mapas puede detenerse en un nivel muy amplio y abstracto: éste es un mapa del trabajo de Erickson. Por ejemplo, una mirada a los mapas de Haley y Weakland (en Haley, 1967b, 1973), a los mapas de Bandler y Grinder (1975) y a los mapas de de Shazer (1979a), podría llevar al lector a preguntarse si realmente estos autores han estado relevando el mismo territorio. Quizás cada uno de aquellos mapas sea sólo parcial: uno abarca el noroeste, otro el sudeste y otro el nordeste. Pero tampoco parece que éste sea el caso. Haley (1973) y de Shazer (1979a) parten de algunos de los mismos casos ejemplos; incluso así, el nivel de adecuación recíproca de los mapas es relativamente bajo.

Este proceso también puede verse en términos de niveles de descripción. En el nivel de superficie (el esquema de la acción) están las conductas descritas por Erickson y los comentaristas. Además de ese nivel, aparecen otros, nivel tras nivel, de descripciones del mismo territorio (esquema de leyes). De algún modo todos estos mapas pueden reunirse, pero sólo en el mismo sentido en que el mapa del subterráneo de Londres puede asociarse con el mapa de los medios de transporte londinenses de superficie y ambos con el mapa de las calles de la ciudad y con el mapa de las cañerías de agua. Cada uno de estos mapas puede, por derecho propio, ayudar al usuario a llegar a donde quiere ir (Wilk, 1983). Todos ellos tratan de entender y describir los procesos de la solución de problemas. No se trata de que un mapa reemplace a otro o lo perfeccione. Todos los mapas tomados en conjunto permiten al usuario aproximarse a la conducta de Erickson o (lo que quizá sea más correcto) al esquema de la acción suyo o de otros que resulte útil y fructuoso.

Mapas múltiples

Bateson (1979) considera que este proceso de descripción múltiple de la misma conducta o secuencia conduce a cierto logro adicional: una idea de una clase diferente de la clase de descripciones (mapas) utilizadas. Por ejemplo, el hecho de reunir el retrato

de Gertrude Stein por Picasso con un retrato tradicional de la misma escritora podría promover la aparición de una adquisición adicional: una idea de lo que es el Arte, o por lo menos una idea sobre la clase de los retratos. Todos los mapas ericksonianos en conjunto podrían impulsar otra adquisición adicional: hacerse una idea sobre en qué consiste el trabajo terapéutico.

El enfoque terapéutico en equipo hace posible alguna comprensión complementaria de las semejanzas entre diversos mapas (esquema de leyes) y su relación con la conducta del terapeuta (esquema de la acción). Puesto que la información es compartida, los distintos mapas del equipo se ajustan entre sí bastante bien; las diferencias entre los mapas de los distintos miembros del equipo pueden resultar más significativas que las semejanzas. Las relaciones entre dos o más (a) relevamientos de mapas, (b) diseños de intervenciones y (c) conductas del terapeuta, quedan desnudadas por la verbalización de los diversos esquemas de leyes, una componente necesaria de la cooperación del equipo. Por lo tanto, un enfoque de equipo proporciona el escenario de campo ideal para explorar la naturaleza del trazado clínico de mapas, que es el fundamento de este capítulo. Además, este tipo de estudio conduce a una comprensión adicional de las soluciones terapéuticas.

TRAZADO COMPARADO DE MAPAS: ESTUDIO DE UN CASO¹

Este caso permite esclarecer el tipo de logro adicional que se deriva de una descripción doble: dos mapas del mismo territorio llevan a un tercer mapa más simple que no invalida a ninguno de los que le sirvieron de fuente. Es importante observar que no se trata de una opción "entre esto o aquello", ni siquiera de optar entre alternativas múltiples; lo que importa es "cuáles mapas son o serán más útiles para hallar soluciones".

Un consejero de drogadependientes me remitió una pareja cuyos problemas matrimoniales hacían a su juicio imposible el tra-

¹Una versión previa de parte del material siguiente apareció en "The Mysterious Affair of Paradoxes and Loops", escrito por de Shazer y Nunnally (1984).

tamiento por abuso de drogas. Ambos cónyuges tomaban cocaína tres o más veces por semana, y esto había ocurrido durante unos dos años. La mujer, "Jane", dijo que la toma de la droga en pareja estaba estropeando el matrimonio y que quería interrumpir esa conducta para salvarlo. Desde su punto de vista, los problemas matrimoniales eran síntomas de la adicción. "Ralph" no veía que el uso de drogas fuera el problema real. Lo preocupaban principalmente las disputas, algunas de las cuales llegaron a la violencia física, y sus motivos (a veces la droga). Pensaba que para salvar el matrimonio tenían que cesar las disputas y sus motivos.

En este punto, la alternativa podía describirse como una contradicción simple. Sin embargo, no había aquí una situación de "o esto o aquello", ni siquiera para la propia pareja. Es interesante que ambos compartieran las ideas de que: 1) usar drogas los salvaba del aburrimiento, que ninguno de ellos manejaba bien, y 2) la interrupción del uso de drogas podía conducir a la quiebra del matrimonio (que ambos valoraban mucho) porque les dejaría menos cosas en común (o quizás *ninguna*).

Este tipo de situación oscilante (entre un "sí" y un "no" en torno del consumo de drogas) ha sido formalmente descrita como "doble vínculo" o "doble articulación" ("*double bind*", Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). Representando gráficamente la situación de esta pareja en un mapa de doble vínculo, vemos que ésta es una relación en la cual:

- (1) el consumo de drogas está estropeando el matrimonio; las disputas y sus motivos (a veces la droga) van en aumento;
- (2) pero el empleo de la droga los salva del tedio, de modo que si abandonaran la droga, el matrimonio podría quebrarse;
- (3) la separación podría permitirles zafarse de este vínculo, pero ésta es la verdadera acción que ambos intentan evitar; además, esta situación continúa sin resolverse;
- (4) el consumo creciente de cocaína les podría proporcionar un modo de zafarse, en cierto sentido, al forzarlos a atravesar hasta el final algunos de los conflictos, pero entonces las disputas y peleas, en particular sobre el uso de la droga, probablemente se incrementarían y originarían también la ruptura de la pareja.

A menos que pudieran encontrar una manera de hacer a un lado su construcción de la realidad, la pareja parecía destinada a permanecer en una oscilación perpetua, que bien podía llegar a ser letal.

El equipo desarrolló el siguiente mensaje de intervención, que yo emití al final de la primera sesión:

Tienen un problema.

Nos parece, Ralph, que sus problemas matrimoniales están siendo exacerbados por la droga, u oscurecidos por la droga, o quizás incluso creados por la droga. Quizá necesiten interrumpir el consumo, sólo para ver qué está pasando. Pero, por otra parte, estamos de acuerdo con usted, Jane, en que si los dos abandonan la droga puede ser que no les quede nada. Y podrían no tener tiempo para crear alguna otra cosa antes de que el matrimonio entre en quiebra. En resumen, no sabemos qué miércoles es lo que van a hacer.

Les sugiero que piensen sobre lo que acabo de decir, y decidan qué acciones van a emprender... primero.²

Relevada en un mapa como un contra-doble vínculo (Watzlawick y otros, 1967) la intervención contiene mensajes según los cuales el equipo ve una relación en la que

- 1) interrumpir el consumo de drogas puede ser necesario para salvar el matrimonio, y
- 2) no interrumpir el consumo puede ser necesario para salvar el matrimonio, y
- 3) cualquiera de los dos caminos puede llevar a la quiebra al matrimonio;
- 4) cualquier alternativa sobre la que hayan pensado plantea grandes riesgos para el matrimonio, y
- 5) deben emprender acciones en las que no hayan pensado.³

²Deseo agradecer a John Weakland, quien, mientras observaba el *videotape* de esta intervención en 1981, fue el primero que oyó la palabra "primero" al final del mensaje, después de una pausa. Weakland señaló que ese "primero" sugería una serie de acciones, y no una sola acción.

Más formalmente, dentro de la tradición del doble vínculo, el mapa puede trazarse como sigue:

- 1) Dentro del contexto de la terapia (que tiene un alto valor de supervivencia para el matrimonio),

Hacia la sesión siguiente, una semana más tarde, Jane y Ralph habían reducido su consumo de droga a la tercera parte, aunque siguiendo el mismo programa temporal. Además, sin hablar sobre ello, iniciaron algunas actividades nuevas, en conjunto y por separado. Esta vez la principal expectación del mensaje de intervención se centró en torno de la preocupación del equipo por una eventual recaída.

Una semana más tarde, Jane y Ralph informaron que habían eliminado la droga, que estaban continuando con nuevas actividades, juntos y por separado, que disfrutaban de ellas y que disputaban mucho menos. En el mensaje de intervención nuevamente manifestamos nuestra preocupación por una recaída, específicamente por el tiempo que podía transcurrir antes de que se produjera.

Los contactos de seguimiento realizados a los seis meses y al año indicaron que no se había producido ninguna recaída (abstinencia de droga y sólo disputas infrecuentes). La pareja también informó que se había producido una mejoría en su vida conjunta, y en la vida de cada miembro separadamente.

Aunque el problema de Jane y Ralph y las intervenciones pueden graficarse *retrospectivamente* en mapas de doble vínculo, tenemos que preguntarnos si este tipo particular de mapa es útil para *generar* intervenciones eficaces, y si otro tipo de mapa no puede cumplir mejor esa función. Durante los seis o siete últimos años el equipo encontró que los mapas de doble vínculo son engorrosos y consumen tiempo; su construcción lleva más de los 10 a 12 minutos asignados en la hora para el diseño de las intervenciones. En consecuencia se han explorado las posibilidades de mapas alternativos y se han desarrollado algunos de nuevo tipo.

UN MAPA DE "EXTRAÑO LAZO"

Cronen, Johnson y Lannamann (1982) han desarrollado una nueva teoría según la cual la reflexividad (oscilación) constituye

- 2) se envía un mensaje que (a) afirma que interrumpir el consumo de la droga es necesario para salvar el matrimonio; (b) afirma que la afirmación anterior es falsa (interrumpir el consumo podría conducir a la quiebra del matrimonio), y (c) estas afirmaciones son recíprocamente excluyentes.
- 3) Se demanda una serie de acciones no específicas (piensen en lo que van a hacer primero [lo cual implica una segunda acción por lo menos] y háganlo), destinadas a promover la salida del encuadre "o esto o aquello".

un rasgo natural y necesario de los sistemas humanos y se rechaza la idea de que reflexividad y paradoja sean coextensivos. La conducta, el contenido, los episodios (interacciones), las relaciones, los resúmenes de vida y las pautas culturales son vistos como elementos relacionados jerárquicamente, que se definen recíprocamente entre sí. Algunos de estos lazos son problemáticos y otros no lo son. Cuando el significado de una situación no puede determinarse desplazándose a lo largo de los niveles jerárquicos, esta situación puede ser descrita como un "extraño lazo" (Hofstadter, 1979, pág. 10). A diferencia del extraño lazo, el "lazo encantado" designa una reflexividad natural, normal, no problemática. Una técnica de trazado de mapas desarrollada por Tomm (1982) es la que emplearemos para ejemplificar la descripción como extraño lazo del caso que acabamos de considerar.

Si la situación de la pareja pudiera calificarse como un lazo encantado, su significado tendría que poder recogerse en alguno de los siguientes niveles jerárquicos, quizás pasando de un nivel a otro:

- 1) interrumpir el consumo de drogas conduce a la salvación del matrimonio, o
- 2) no interrumpir dicho consumo conduce a la quiebra del matrimonio, o
- 3) interrumpir el consumo conduce a la quiebra del matrimonio, o
- 4) no interrumpir el consumo conduce a la salvación del matrimonio.

Pero la situación no es tan simple: no es encantada. Tanto la pareja como los observadores piensan que interrumpir el consumo de la droga puede llevar el matrimonio a la quiebra o salvarlo, y los dos miembros de la pareja y los observadores entienden que continuar con aquel consumo también puede llevar a la ruptura o a la salvación del matrimonio. La situación de la pareja constituye claramente un enigma. Cada posición, que aparentemente sería distinta de la otra, incluye a su opuesta, que desde el punto de vista lógico quedaría excluida: un extraño lazo. Dentro del contexto de este matrimonio, ni interrumpir ni continuar con el consumo de la droga puede "determinar" que sigan juntos o que se separen. La reflexividad de la situación es tal que los significados (y por lo tanto las acciones) no quedan determinadas por el contex-

to en el que aparecen las conductas y los episodios. Un observador puede trazar el mapa de esa situación tal como se ve en la figura 1.

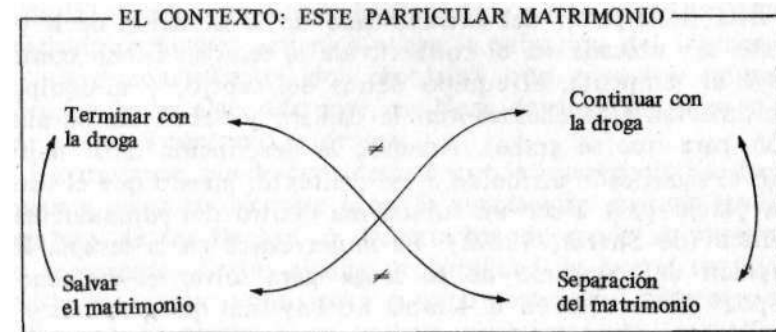


Figura 1 Un mapa de extraño lazo

Este mapa intenta clarificar el callejón sin salida y los efectos pragmáticos de un extraño lazo. (Es importante recordar que los extraños lazos, los lazos encantados y los dobles vínculos, no existen, sino que son simplemente algunas de las herramientas para el trazado de mapas que el observador aplica a la situación observada: un modo de organizar la información. Los lazos son parte del mapa, no del territorio. Como cualquier otra herramienta para el trazado de mapas, los lazos pueden ser útiles o no serlo. La descripción se ajusta o no se ajusta a las observaciones.) Una lectura posible del mapa es la siguiente: si uno quisiera separar al matrimonio, tendría que asegurar la continuidad del consumo de la droga, pero esto mismo podría salvar al matrimonio, y por lo tanto, habría que interrumpir el consumo. Pero la interrupción del consumo podría salvar al matrimonio, de modo que para separarlo sería necesario que el consumo continuara. Otra lectura: si uno quiere salvar el matrimonio, debe hacer que se interrumpa el consumo, pero esto podría separar a la pareja, y por lo tanto sería necesario que el consumo continuara. El mapa de extraño lazo tiene la forma de un ocho horizontal (que recuerda al símbolo matemático de "infinito"), y puede leerse empezando por cualquiera de las cuatro ubicaciones relevadas, siguiendo la dirección de las flechas. Es claro que este mapa *se ajusta o adecúa* a la situación de la pareja descri-

ta y señala que el significado de esta situación no puede determinarse. Por consiguiente, los cónyuges son incapaces de tomar decisiones o emprender acciones, aferrados como lo están en una confusión sistémica. No hay modo alguno de resolver esta situación interaccional desde el interior de su propia construcción.

Esta descripción del extraño lazo de la situación de la pareja debe ser ubicada en el contexto de la terapia. Dicho contexto incluye al terapeuta, al equipo detrás del espejo, y al equipo de videofilmación (los clientes ven la cámara y deben dar su autorización para que se grabe). Además, la descripción debe también incluir el significado atribuido a ese contexto, puesto que el sistema de la pareja pasa a ser un subsistema dentro del suprasistema terapéutico (de Shazer, 1982a). La mujer busca en la terapia la interrupción del consumo de la droga para salvar el matrimonio. El esposo piensa que en la terapia no hay más que palabras y que cualquier consejo será inútil. El terapeuta y el equipo, por definición, piensan que la terapia puede ser útil, pero tienen que matizar y modificar sus puntos de vista basándose en las definiciones y significados aportados por la pareja. Para este caso en particular, ello significa que la terapia, para ser eficaz, tendrá que consistir en algo más que palabras y excluir los consejos inútiles.

El mensaje de intervención (que a continuación repetimos por razones de claridad) intenta asignar nuevos significados a la situación de la pareja.

Tienen un problema.

Nos parece, Ralph, que sus problemas matrimoniales están siendo exacerbados por la droga, u oscurecidos por la droga, o quizás incluso creados por la droga. Quizá necesiten interrumpir el consumo, sólo para ver qué está pasando. Pero, por otra parte, estamos de acuerdo con usted, Jane' en que si los dos abandonan la droga puede ser que no les quede nada. Y podrían no tener tiempo para crear alguna otra cosa antes de que el matrimonio entre en quiebra. En resumen, no sabemos qué miércoles es lo que van a hacer.

Les sugiero que piensen sobre lo que acabo de decir, y decidan qué acciones van a emprender... primero.

El equipo trata de redefinir la situación, señalando que se necesita una serie de acciones no especificadas, pero que no consisten ni en interrumpir el consumo de la droga ni en continuarlo, porque ninguno de ambos cursos puede salvar el matrimonio. (No

obstante, el equipo implícitamente sostiene la necesidad de terminar con la droga, pero no porque esa acción deba o pueda salvar el matrimonio.) El equipo procura que según la nueva definición la pareja necesite "crear algo" y además, deliberadamente, presupone en la última oración que la pareja va a emprender acciones. Sin duda alguna esta intervención puede verse como un intento de introducir nuevos criterios sobre la salvación del matrimonio, una nueva construcción del problema que envuelve emprender acciones o hacer algo diferente, en lugar de disputar sobre si interrumpir o no el consumo de drogas.

En resumen, puede considerarse que la intervención se basa en el mismo mapa de extraño lazo. El reencuadre procura modificar el sentido de las flechas, o descartarlas, de modo de quebrar el ciclo recurrente. Existe alguna probabilidad de que el sentido sea lo bastante evasivo como para suscitar respuestas diferentes en el hombre, en la mujer, o en ambos. La intervención introduce la posibilidad de alguna conducta que genere una diferencia suficientemente amplia.

LA NAVAJA DE OCCAM

Guillermo de Occam, filósofo del siglo XIV, sostenía que "lo que puede hacerse con pocos medios, en vano se hará con muchos", según lo cual conviene buscar las explicaciones más simples que resulten adecuadas. Este consejo es extremadamente pertinente para terapeutas que planifican sus intervenciones. El mapa del extraño lazo no es mejor que el mapa del contra-doble vínculo para el diseño de las intervenciones, aunque ambos son útiles *retrospectivamente*. En la práctica son engorrosos y consumen tiempo. En el mundo cotidiano de la terapia, suele faltar tiempo como para emplear cualquiera de los dos mapas: los criterios son demasiado complejos y ambos son más adecuados para las explicaciones *post hoc*. Pero los dos, no obstante, resultan útiles y valiosos como técnicas de trazado y para la construcción de la teoría.

Si, como lo sostienen Bateson y otros (1956), la fractura de la Teoría de los Tipos es continua e inevitable en la comunicación humana, y si, según afirman Cronen y otros (1982), este tipo de reflexividad es normal y necesaria, es cierto que necesitamos la

navaja de Occam para simplificar la situación clínica, de modo que dentro del ambiente clínico habitual puedan diseñarse intervenciones eficaces.

Imágenes especulares

En las explicaciones por el doble vínculo, el contra-doble vínculo y el extraño lazo está implícita la idea de que la intervención debe estar muy próxima a *una imagen especular del problema*. Los criterios de un doble vínculo terapéutico son simplemente imágenes en espejo de un doble vínculo patógeno; lo semejante se cura con lo semejante. La premisa esencial implícita en las dos explicaciones que estamos considerando consiste en que las intervenciones terapéuticas pueden construirse sobre la misma descripción (o mapa) empleada para graficar en un mapa las interacciones.

Los conceptos especulares de doble vínculo patógeno y de contra-doble vínculo terapéutico fueron presentados por primera vez en "Toward a Theory of Schizophrenia" (Bateson y otros, 1956). Con independencia del papel que el doble vínculo desempeña en la etiología de los problemas, la presentación en términos de "doble vínculo/contra-doble vínculo" es importante a lo menos por tres razones:

- 1) el problema es descrito en tanto se produce *entre* personas, sin referencia alguna a lo que podría estar ocurriendo *dentro* de ellas,
- 2) el problema es descrito en tanto se produce en un *contexto*, que ayuda a definir el significado de la conducta, y
- 3) se propone un diseño de tratamiento (un modo de impulsar la solución) basado en los mismos criterios interaccionales y contextuales, según los interpreta el terapeuta (observador).

A causa de la naturaleza compleja de la descripción por el terapeuta, el diseño de la intervención será también necesariamente complejo. La formulación en términos de "doble vínculo/contra-doble vínculo" da lugar a un mapa para relevar gráficamente el diseño de intervenciones que es casi el prototipo del concepto de *adecuación* o *ajuste*, o por lo menos uno de sus precedentes.

EL CONCEPTO DE AJUSTE⁴

Metafóricamente, el conjunto "doble vínculo/contra-doble vínculo" es como una llave específica diseñada para abrir una cerradura específica: 'existe correspondencia entre los elementos de un mapa y los elementos del otro. Sin embargo, el concepto de ajuste no se refiere a este tipo de correspondencia. Se trata sólo de que la intervención tiene que ajustarse del mismo modo que una ganzúa o una llave maestra, diseñadas para abrir una variedad de cerraduras, sin que importen los detalles del tipo o forma de cada una de ellas.

Un simple mapa basado en el artificio heurístico (o regla práctica) de que una construcción del tipo "esto y aquello" puede sustituir a una construcción del tipo "o esto o aquello" ilustra el modo en que el concepto de ajuste puede aplicarse a este caso ejemplo (véase la figura 2). Para el proceso de iniciación del cambio terapéutico, lo que parece esencial es el *ajuste* entre la descripción por el terapeuta de la pauta y forma de la queja (por una parte), y el mapa de la intervención (por la otra). Es decir que la pareja describe la pauta de la conducta problema dentro de cierto contexto/significado/encuadre, y a continuación la intervención del terapeuta se basa en el ajuste a esa misma pauta, pero con la diferencia debida a que el terapeuta construye el problema teniendo una solución en mente.

La información que surge de dos o más mapas diferentes pero

El ensayo titulado "An Introduction to Radical Constructivism", de Ernst von Glasersfeld (1984a) apareció mientras este libro estaba tomando su forma final. Los conceptos de "ajuste" de von Glasersfeld y del autor son coincidentes. Von Glasersfeld emplea la siguiente metáfora descriptiva:

Una llave se ajusta o adecúa si abre una cerradura. El ajuste describe una aptitud de la llave, no de la cerradura. Gracias a los ladrones profesionales sabemos muy bien que hay muchas llaves de forma muy diferente de la nuestra, capaces sin embargo de abrir la puerta de nuestra casa (pág. 21).

El concepto clínico ha sido descrito por el autor (de Shazer, 1982b) y más formalmente en colaboración con Elam Nunnally (1984) en un artículo escrito por primera vez en 1982. Las formas que el concepto presenta en este libro fueron desarrolladas en 1983, sin que conociéramos el trabajo de von Glasersfeld. Es sumamente interesante, por lo tanto, que el "ajuste" sea definido de modo tan análogo (incluyendo la metáfora de la "llave").

Construcción de la queja:

O droga O no droga
O salvará O no salvará el matrimonio

Construcción de la intervención:

Droga Y no droga
Salvarán Y no salvarán el matrimonio

Ejemplo: El reemplazo de una construcción del tipo "O esto O aquello" por otra del tipo "esto Y aquello" promueve el ajuste y apunta hacia la solución.

Figura 2 Mapa de transformación

similares es de un tipo lógico distinto que la incluida en un solo mapa. El logro o la idea adicionales sólo se alcanzan a través de la información contenida en la diferencia. Por ejemplo, se encuentra más y diversa información en las descripciones de dos diferentes partidas de ajedrez que en la descripción de cualquiera de ellas por separado. La comparación nos informa sobre las diferencias entre dos partidas específicas y sobre las opciones de juego. Esto nos ayuda a hacernos una idea del "juego de ajedrez".

Las complejidades del mapa del doble vínculo y del mapa del extraño lazo empleado para describir el caso ejemplo anterior nos permiten (en realidad nos demandan) la aplicación de la navaja de Occam, porque, según lo diría el propio Guillermo de Occam no hay que hacer uso de esa complejidad si no resulta necesario. Ambas descripciones involucran la graficación en un mapa por parte del terapeuta de la misma pauta de intervención sobre (su versión de) el mapa de la situación según el cliente. Ambas incluyen muchos de los mismos elementos.

Se desarrolla entonces una idea o logro adicional: la intervención (con independencia de los principios de diseño involucrados) simplemente tiene que ajustarse a las pautas del cliente (tal como las graficó el mapa del terapeuta) de modo tal que el mapa señale el camino para salir de la oscilación. Esta es la explicación más simple que justifica el empleo de mapas múltiples y de la navaja de Occam. El resultado es el concepto de ajuste, que es más general y flexible. No hay necesidad alguna de entender el funcionamiento de la cerradura y sobre esa base fabricar una llave eficaz, cuando también puede operar eficazmente una llave maestra. Para emplear la distinción trazada por von Glasersfeld, se trata de una cuestión de *ajuste* y no de *copia*.

En lugar del requerimiento paradójico de que el conocimiento refleje, describa o de algún modo corresponda al mundo tal como éste sería sin el conocedor, el conocimiento puede ahora ser visto como *ajustándose* a las coacciones dentro de las cuales tiene lugar la vida, el funcionamiento y el pensamiento del organismo. Entonces, desde esa perspectiva, el conocimiento "bueno" está constituido por el repertorio de modos de actuar o pensar (o unos y otros) que le permiten al sujeto cognoscente organizar, predecir e incluso controlar el flujo de la experiencia (von Glasersfeld, 1984b).

Puesto que las quejas de los Chentes son construcciones completas, quizá sea inevitable que los terapeutas den por sentado que sus intervenciones deben ser igualmente complejas. Después de todo, si las soluciones fueran simples, los clientes las habrían encontrado. Pero, como dice Erickson, los clientes no saben en qué consiste el problema, lo cual, naturalmente, dificulta la solución. Podría no ser exagerado decir que una gran parte de esta complejidad se debe a no tener una solución en mente. Lo que los clientes han intentado no ha resultado eficaz, de modo que es razonable suponer que las cosas irán de mal en peor, o de lo peor a lo pésimo, puesto que aquellos intentos son considerados lo único "correcto" (por ejemplo, al "niño malo" se lo continúa castigando aunque el castigo haya demostrado ser inútil).

Sin embargo, el terapeuta no se limita a recibir esta información para registrarla al modo de un *videotape*. El interpreta la interpretación del cliente sobre lo que está sucediendo, y construye esa interpretación sobre un fundamento general dirigido hacia la meta: "¿A qué se parecerá la solución?" Es decir que el terapeuta releva en un mapa su percepción de la interpretación del cliente y a continuación gráfica su percepción de su propia interpretación. Las diferencias entre ambos mapas señalan la dirección de las soluciones potenciales y proporcionan el marco para el diseño de la intervención.

A primera vista, parecería razonable, si no necesario, que el mapa del terapeuta se pareciera mucho a (la versión del terapeuta de) el mapa del cliente. Parecería una cuestión de sentido común que el terapeuta necesita conocer en cuanto le sea posible la construcción de la queja por el cliente, para poder ayudarlo con eficacia. Sobre la base de este supuesto, la terapia sería necesariamente un esfuerzo complejo y prolongado. Pero la terapia breve pone seriamente en duda este supuesto. Aparentemente la terapia puede ser limitada en el tiempo y las soluciones pueden seguir a intervenciones pequeñas o mínimas. De hecho, basta con que la interven-

ción se ajuste en la construcción de la queja o en los mapas de esa construcción, para que posea el potencial de conducir a una solución satisfactoria.

Para volver a la metáfora de la habitación cerrada (Capítulo 2, pág. 30), cada una de las puertas (o bloques constructivos) tiene una cerradura, y es tarea del terapeuta encontrar la llave que conduce a la solución. En lugar de tratar de hallar la llave específica para las cerraduras peculiares de cada cliente, los especialistas en terapia breve han desarrollado diversas ganzúas o llaves maestras (intervenciones). Es decir que la misma llave tiene potencial para abrir diversas puertas y una misma puerta puede ser abierta por distintas llaves. Esto significa que no necesitamos saber mucho sobre cerraduras específicas; por lo menos, no en detalle. Quizá lo único que necesitamos conocer es el modo en que la cerradura se abre.

Un modo más formal de describir los principios del diseño de intervenciones puede basarse sobre el concepto de ajuste. El diseño de la intervención tiene que construirse sobre:

- 1) la interpretación o percepción por el terapeuta de la pauta de la queja, y/o
- 2) la percepción que tiene el terapeuta del encuadre de la queja por el cliente, de modo tal que la solución pueda desarrollarse rápidamente. El diseño tiene que *ajustarse* de tal modo que
- 3) sea capaz de adecuación en el mismo mapa empleado para granear el problema y/o
- 4) sea capaz de adecuarse en (el mapa de) la concepción del mundo del cliente, pero con una diferencia que, por lo menos potencialmente, sea importante, esto es, que conduzca a una solución satisfactoria.

Las quejas que los clientes presentan a los terapeutas son construcciones intrincadas que abarcan conductas (partes y secuencias), el contexto de dichas conductas, los significados asignados a aquellas conductas en estos contextos, las metas (específicas y generales), las más amplias maneras de ver el mundo, y otros componentes, incluyendo los intentos propios y de terceros por resolver el problema. En vista de la complejidad potencial de la situación clínica, es notable que a veces tanto los clientes como los terapeutas puedan concordar en cuanto a que sus esfuerzos han sido fructuosos. El fracaso sería la expectativa más razonable. El concepto de

ajuste tiene la finalidad de utilizar esta complejidad y también llevar al mínimo la confusión potencial debida a construcciones demasiado intrincadas.

Watzlawick (1984) proporciona una útil metáfora.

El capitán que en una noche oscura y tormentosa debe navegar a través de un canal desconocido, carente de boyas o de cualquier otra ayuda a la navegación, naufragará en los riscos o saldrá al mar abierto del otro lado del estrecho. Si pierde el barco y la vida, su fracaso demuestra que el curso que siguió no era el correcto. Se podría decir que descubrió dónde *no estaba* el pasaje. Si, por otra parte, atraviesa el estrecho, su éxito sólo prueba que literalmente en ningún punto entró en colisión con la forma y naturaleza de la vía de agua (en otros sentidos desconocida); no nos dice nada sobre cuán a salvo o cuán cerca del desastre estuvo en cada momento. Pasó por el canal como un ciego. Su curso *se ajustó* a la topografía desconocida, pero esto no significa que la haya *copiado*, si por copia entendemos lo mismo que von Glasersfeld, es decir, que el curso seguido reprodujera la configuración real del canal. No sería demasiado difícil imaginar que la forma *real* del estrecho podría ofrecer cierto número de pasajes más seguros y más cortos (pág. 15).

De un modo muy análogo, sólo es necesario que una intervención terapéutica *se ajuste* al problema construido de modo tal que se alcance la meta, es decir, que se desarrolle una solución. Esto no nos dice nada sobre el modo diferente en que otras intervenciones podrían haberse ajustado a la construcción del problema por el cliente, y alcanzado la misma meta. Tampoco nos dice nada sobre otras construcciones terapéuticas del problema que podrían haberse diseñado con los mismos componentes, ni sobre cómo otras intervenciones se habrían ajustado a ese problema, conduciendo quizá a la misma solución o a una solución diferente pero por igual fructuosa. El concepto de ajuste tiene la finalidad de proporcionar al terapeuta opciones satisfactorias para promover la cooperación entre terapeuta y cliente, basada en la idea de que las construcciones útiles de problemas varían de acuerdo con los componentes que intervienen en la construcción terapéutica del problema (conductas, contextos, encuadres, etcétera) y la meta incorporada del esfuerzo. Para que la construcción terapéutica del problema sea útil, debe incluir por lo menos una solución potencial.

Capítulo 4

UN MODO COOPERATIVO DE TERAPIA

En el capítulo 3 utilizamos binocularmente dos teorías concernientes a los problemas clínicos (el doble vínculo y el extraño lazo), para explicar el mismo material, lo cual dio por resultado el concepto de ajuste. En este capítulo utilizaremos de modo análogo dos teorías bien investigadas —la teoría de la cooperación de Axelrod (1984) y la teoría de los estados de expectación de Berger (Berger y otros, 1977)—, para examinar el contexto terapéutico y la posición del terapeuta.

CONSTRUCCIÓN DE UNA REALIDAD TERAPÉUTICA

En un contexto clínico, el cambio puede definirse como

Un proceso terapéutico de iniciación (y promoción) de conductas y/o percepciones (encuadres) observados *nuevos y diferentes*, dentro del contexto del problema que se presenta (y las pautas que lo rodean) y/o la solución de ese problema (de Shazer y Molnar, 1984a) (teniendo en mente que las pautas que rodean al problema y el problema mismo no son dos "cosas" separadas, sino aspectos relacionados recurrentemente de la misma "cosa").

Es decir que el cambio terapéutico es un proceso interaccional que envuelve a cliente y terapeuta. No es algo que el terapeuta le hace al cliente como si este último fuera algún tipo de receptor pasivo. La terapia no es afín a la cirugía ni a la reparación de aparatos de televisión (excepto en el sentido de que después de una reparación se puede esperar que al cabo de cierto tiempo sea nece-

sario realizar otra, lo cual no significa que la primera haya sido insuficiente). Además, los clientes no traen sus problemas en cajas claramente rotuladas "problemas de tipo X". Por el contrario, cuando el cliente presenta su problema al terapeuta, ya está en el proceso de redefinirlos (Emerson y Messinger, 1977).

Se puede considerar que cliente y terapeuta construyen conjuntamente la realidad del problema. Desde esta perspectiva, puede decirse que el cliente inicia el proceso de cambio por el hecho mismo de presentar su problema a un terapeuta, con lo cual lo hace público. De este modo, la definición del problema queda sujeta a cambio. Puesto que el cliente por lo menos de manera implícita declara que él no puede resolver el problema, la nueva definición debe ser tal que haga la solución posible. Cada cliente se aferra a cierta perspectiva del mundo; para algunos, medio vaso de agua está medio vacío y para otros está a medio llenar. Es obvio que el terapeuta no llegará a la solución concordando con unos en que está medio vacío, y con otros en que está a medio llenar. Para que haya una solución, es el cliente el que debe hallarla. Del mismo modo, afirmar que las dos maneras de ver son igualmente erróneas sólo conduce a una rigidización de las opiniones de los Chentes. Parece más útil construir un problema más resoluble; por ejemplo, el terapeuta podría declarar que ambos criterios son correctos, lo que promoverá un ajuste, y a continuación preguntarse cómo es posible que dos posiciones correctas puedan causar tal perturbación.

De acuerdo con Milton Erickson,

...los pacientes que van a consultarlo, lo hacen porque *no saben* exactamente POR QUÉ van. Tienen problemas, y si supieran en qué CONSISTEN *no habrían ido* a verlo a usted. Y puesto que no saben lo que REALMENTE son sus problemas, tampoco pueden decírselo. Sólo pueden proporcionarle una narración más bien confusa de lo que ellos piensan. Usted escucha con SU propia perspectiva y no sabe lo que le están diciendo, pero sabe mejor que no lo sabe. Y entonces tiene que hacer ALGO que induzca *un cambio* en el paciente... cualquier cambio pequeño, porque ese paciente quiere un cambio, aunque sea pequeño, y lo aceptará COMO un cambio. No pretende medir la EXTENSIÓN de ese cambio. Lo aceptará como un cambio y entonces seguirá a ese cambio, y el cambio se desarrollará de acuerdo con sus propias *necesidades*... Esto se parece mucho a echar a rodar una bola de nieve por la ladera de una montaña. Empieza como una pequeña bola, pero a medida que rueda se hace cada vez más grande... y se convierte en una avalancha

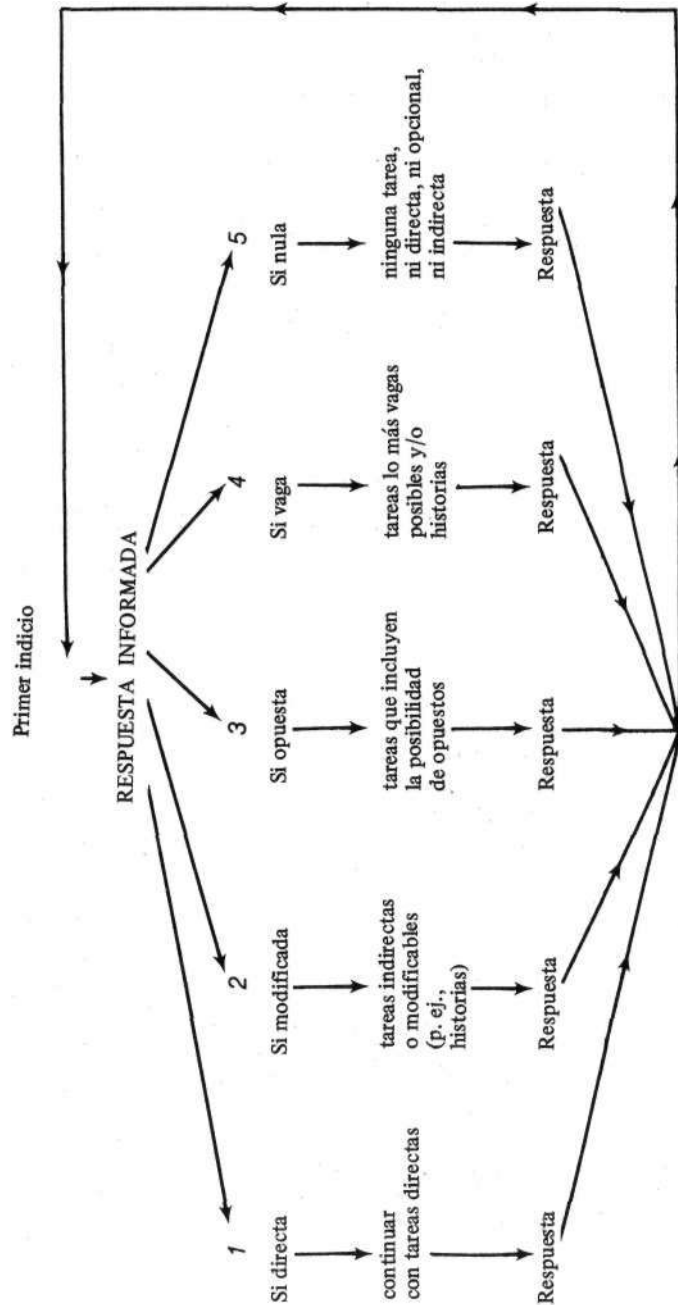


Figura 1

que se ajusta a la forma de la montaña (en Gordon y Meyers-Anderson, 1981, pág. 16-17).

Parece razonable, en consecuencia, que el terapeuta piense en la actividad interaccional de la terapia como en un esfuerzo cooperativo en el cual terapeuta y cliente construyen juntos un problema que puede resolverse.

COOPERACIÓN

Se ha desarrollado un árbol de decisión (de Shazer, 1982a) para graficar en mapa las secuencias de la interacción entre la respuesta informada del cliente a una tarea y la asignación de la tarea por el terapeuta; ese árbol sugiere al terapeuta cómo responder a las respuestas del cliente del modo que mejor promueva la cooperación y por lo tanto las soluciones (véase la figura 1).

Sencillamente, si en la primera sesión el terapeuta asigna una tarea concreta para el hogar y dicha tarea es realizada por el cliente de manera directa (es decir que la intervención logra un ajuste), en esa situación es más útil para el terapeuta volver a asignar una tarea concreta: el terapeuta coopera haciendo lo que hizo el cliente con la tarea previa. Sin embargo, si el cliente informa no haber realizado la tarea, es más útil cooperar y promover ajuste no asignando a ese cliente otra tarea concreta en esa sesión. O bien, si la respuesta del cliente consiste en una modificación de la tarea asignada, parece mejor que el terapeuta proponga una tarea fácilmente modificable o que incluya opciones o alternativas, porque el cliente probablemente hallará que ella se ajusta. Si el informe del cliente es vago o confuso, la tarea del terapeuta, en respuesta a aquél, debe ser análogamente vaga o confusa. Además de ajustarse (es decir que la respuesta del terapeuta puede trazarse dentro del alcance del mapa de la respuesta del cliente), cada una de estas respuestas del terapeuta debe ser lo bastante diferente como para que "haya una diferencia". En principio, esto es similar al TIT FOR TAT (se verá más adelante) en cuanto el terapeuta promueve o logra ajuste respondiendo del mismo modo que el cliente.

Cuando se la ordena de este modo, la primera sesión puede ser vista como "diagnóstica". El terapeuta trata de estimar la manera

de cooperar del cliente y a continuación produce una intervención basada en el "diagnóstico". El informe del cliente en la sesión siguiente le permite al terapeuta conocer cuál es la manera de cooperar del cliente y el grado de ajuste. En respuesta a ellos, si es necesario, modifica el enfoque.

Un cambio en el orden

A lo largo de los años, en el Centro de Terapia Familiar Breve hemos cambiado el orden y el énfasis. En lugar de que el terapeuta simplemente dé por sentado que una particular respuesta cooperativa del cliente requiere un particular tipo de respuesta cooperativa del terapeuta, o en lugar de ver la cooperación como iniciada y definida por las respuestas del cliente (de Shazer, 1982a), los terapeutas del Centro postulan ahora que iniciar y promover la conducta de respuesta es una tarea que les compete. Por lo tanto, en la primera sesión se pone énfasis en establecer una buena relación y desarrollar o promover la cooperación. Es decir que puede considerarse que el terapeuta es quien hace la primera o primeras movidas cooperativas. Desde luego, la respuesta del cliente en la sesión siguiente informa al terapeuta sobre el ajuste que se está desarrollando. Este énfasis es más coherente con nuestra concepción en el sentido de que el cambio es un proceso continuo e inevitable. En vista de este énfasis, lo que el terapeuta necesita hacer es dar forma al proceso de cambio de modo tal que los clientes puedan resolver los problemas que llevan a la terapia.

En la medida en que el terapeuta no puede dejar de influir en el proceso de cambio, porque el observador influye sobre lo observado, parecería que esta influencia, en el contexto terapéutico, debe ser utilizada constructivamente para crear en el cliente la expectativa de un cambio notable, y es para producir ese cambio para lo que se le paga al terapeuta.

Una teoría de la cooperación

Robert Axelrod (1984; Axelrod y Hamilton, 1981) han realizado cierto trabajo pertinente en este contexto. Axelrod organizó dos torneos con computadora en los cuales se puso en práctica el juego del Dilema del Prisionero.

Uno de los jugadores debe elegir en una fila (horizontal) si

coopera o defecciona, mientras simultáneamente el otro jugador opta en una columna por un término de la misma alternativa (cooperar o defeccionar). Hay cuatro resultados posibles: 1) si ambos cooperan, cada uno gana 3 puntos; 2) si el jugador de la fila coopera pero el de la columna defecciona, el primero obtiene 0 puntos y el segundo gana 5; 3) si el jugador de la fila defecciona y el de la columna coopera, el primero gana 5 puntos y el segundo ninguno; 4) si ambos defeccionan, cada uno obtiene 1 punto (véase la figura 2).

		Jugador de las columnas	
		Cooperación	Defección
Jugador de las filas	Cooperación	$r = 3, r = 3$	$s = 0, t = 5$
	Defección	$t = 5, s = 0$	$p = 1, p = 1$

Figura 2 El juego del Dilema del Prisionero

Si este juego se desarrolla una vez o un número finito conocido de veces, la mejor estrategia parece ser la defección, puesto que representa la probabilidad de obtener la recompensa máxima de 5 puntos (Axelrod, 1984, pág. 10). No obstante, cuando los jugadores van a continuar indefinidamente, otra es la estrategia que mejor los recompensa a ambos: la cooperación. Axelrod (pág. 3) utilizó los torneos para estudiar el problema de la cooperación, preguntando "en qué condiciones emergerá la cooperación en un mundo de egoístas sin autoridad central".

El juego "es una elegante corporización del problema de lograr cooperación recíproca, y por lo tanto proporciona las bases para" su análisis (Axelrod y Hamilton, 1981, pág. 1391). Durante el primer torneo un programa desarrollado por Anatole Rapoport, denominado "OJO POR OJO" (TIT FOR TAT), fue el vencedor. OJO POR OJO era el programa más breve (cuatro líneas): "Esta estrategia consiste simplemente en cooperar en la primera movida, y en hacer después lo mismo que el otro jugador en la movida precedente" (Axelrod y Hamilton, 1981, pág. 1391). Si el otro juga-

dor defecciona, esto mismo hace OJO POR OJO en la movida siguiente, y lo propio ocurre cuando el otro jugador coopera. Hofstadter (1983), describiendo este trabajo, piensa que

la lección resumida del primer torneo parece haber sido que es importante ser *simpático* ("No ser el primero en defeccionar") y *perdonar* ("No conservar el rencor después de haber desahogado la rabia"). OJO POR OJO posee ambas cualidades (pág. 22).

Más jugadores fueron invitados para la segunda ronda; todos conocían los resultados de la primera y la estrategia del OJO POR OJO. Pero la mayoría de los participantes del segundo torneo no aprendieron realmente la importancia de estar dispuestos a iniciar y mantener la reciprocidad en la cooperación. OJO POR OJO venció nuevamente. Incluso programas marrulleros y complicados destinados a aventajar al OJO POR OJO fueron derrotados en el largo plazo. OJO POR OJO venció suscitando cooperación o desenlaces recíprocamente recompensadores y no batiendo a los otros jugadores. OJO POR OJO y los otros programas hicieron progresos.

De este segundo torneo emergió otro concepto clave: el de *provocabilidad* (es decir, la idea de que uno debe tomar represalias cuando el otro ha defeccionado). Este tipo de éxito de un programa tan simple exige una explicación. Además de ser simpático, provocable y perdonador, OJO POR OJO es también muy simple y directo. La complicación excesiva puede parecer oscura, caótica, azarosa o simplemente confusa. Así que incluso los programas de computación, que carecen de sentimientos respecto de otros programas, se comportan de modo tal que se suscita una conducta cooperativa (una conducta recíprocamente beneficiosa). Ambos programas, OJO POR OJO y su oponente, progresan en el juego. Como lo señala Axelrod, OJO POR OJO no juega "contra oponentes" sino antes bien con otros jugadores. Esta distinción no es trivial (de Shazer, 1982b). Cuando se juega contra oponentes la idea es que uno "gana" y el otro "pierde", pero cuando se juega con otro, la idea es trabajar por el éxito conjunto. La pauta de respuesta de OJO POR OJO se ajusta a las pautas del otro jugador.

Las interacciones entre programas de computación no son idénticas a las que existen entre seres humanos y dentro de los sistemas humanos, por ejemplo en el sistema terapéutico. Sin embargo, cuando unas y otras pautas pueden ser en alguna medida comparadas con utilidad, nos permiten aprender algo.

Cooperación terapeuta-cliente

La semejanza entre el árbol de decisión y el OJO POR OJO es más bien sorprendente cuando este enfoque terapéutico de respuesta por respuesta se ubica en su contexto, el concepto de cooperación:

Cada familia (individuo o pareja) muestra un modo único de intentar la cooperación, y la tarea del terapeuta se convierte, primero, en describirse a sí mismo esa particular manera que la familia presenta, y después en cooperar con ese modo de la familia, y así promover el cambio (de Shazer, 1982a, págs. 9-10).

En lugar de suponer resistencia (de Shazer, 1979c, 1982a, 1984), es decir que el cliente se opone al terapeuta o el cambio al no cambio, este enfoque da por sentada la cooperación: el terapeuta responde a la respuesta del cliente a la tarea con otra respuesta del mismo tipo (como en el OJO POR OJO). Debe tenerse en mente que la "resistencia" es sólo una metáfora que describe ciertas conductas en el contexto de la terapia, y que otras metáforas pueden ser más útiles. La "resistencia" no es algo concreto.

La relación entre el concepto de resistencia y el concepto de cooperación puede verse como sigue: si un terapeuta *opta* por ver la conducta de su cliente como resistencia, no podrá ver los intentos de cooperar, puesto que ambas perspectivas se excluyen recíprocamente; si el terapeuta busca en cambio una conducta cooperativa, no podrá percibir la resistencia. Es decir que ambos conceptos o niveles de descripción pueden consignar diferentes aspectos de la misma conducta. La mezcla de las dos descripciones da por resultado ese tipo de maraña confusa que típicamente se produce cuando se combinan enfoques basados en clases diferentes.

Tal como ocurre con el OJO POR OJO en los torneos, la conducta cooperativa del terapeuta es vista como suscitando, promoviendo y/o impulsando la conducta cooperativa del cliente, en tanto cliente y terapeuta construyen juntos un problema que puede ser resuelto. Axelrod (1984, pág. 126) sostiene que la "cooperación recíproca puede ser estable si el futuro es suficientemente importante con relación al presente", lo que sin duda ocurre en la situación terapéutica. Desde luego, para el terapeuta la opción no es simplemente defeccionar o cooperar. Antes bien, la respuesta del cliente define, más o menos, lo que va a significar la "coope-

ración", o describe el grado de ajuste en el contexto de esa relación en particular; se trata de OJO POR OJO, hacer lo que el otro haga, y no de una opción entre "esto o aquello". Esto permite al terapeuta obtener algún tipo de ajuste entre su intervención y la queja. La naturaleza interaccional del concepto de cooperación reconoce la "imposibilidad de separar al observador científico de los fenómenos observados" (Capra, 1977, pág. 266). La cooperación es una metáfora descriptiva aplicada a la *relación*, y no a uno u otro de los subsistemas involucrados.

OJO POR OJO *presupone* la cooperación desde el principio. En la primera movida coopera, antes de saber qué es lo que va a hacer el otro jugador, y nunca es el primero en defeccionar. OJO POR OJO puede no conocer las pautas del otro programa, pero "manipula" las cosas de tal modo que la cooperación se hace posible. Esta estrategia podría considerarse como una movida impulsada por la fe ciega del OJO POR OJO en la bondad potencial de los otros programas. No faltará quien lo vea como ingenuo y optimista. (Después de todo, el otro participante puede jugar sucio y defeccionar o resistir al gesto de buena voluntad de OJO POR OJO.) No obstante, otros programas mezquinos, alevosos o marrulleros, e incluso basados en el azar, fracasaron frente al OJO POR OJO durante la interacción prolongada de los torneos. La cooperación demostró ser una estrategia eficaz para ganar las partidas sin defeccionar ante el otro participante.

El cambio de énfasis producido en nuestro Centro también presupone la cooperación. En lugar de aguardar para definir la cooperación sobre la base de lo que el cliente informa que fue su respuesta a la tarea asignada en la sesión anterior, el terapeuta trata de establecer condiciones que promuevan la cooperación desde la primera sesión misma.

EXPECTATIVAS DE CAMBIO

La teoría de los estados de expectación¹ (Berger y otros, 1974) se ocupa del modo en que las situaciones interaccionales

¹El empleo de la teoría de los estados de expectación en este libro no constituye una aplicación en ningún sentido formal; el material presentado

desarrollan y mantienen pautas, y también del modo en que cambian las conductas de mantenimiento de expectativas. Se considera que la teoría se aplica a situaciones que reúnen dos condiciones: 1) están orientadas hacia una tarea, y 2) están orientadas colectivamente. La terapia basada en una relación cooperativa entre terapeuta y cliente, que se centra en el presente y el futuro, exige que este esfuerzo conjunto tenga una meta compartida. En este marco, las sesiones pasan a orientarse hacia una tarea y también a orientarse colectivamente, de modo que se puede considerar que se ajustan al alcance de la teoría. Terapeuta y cliente están comprometidos en una tarea que pueden completar fructuosa o infructuosamente, y para realizar la medición correspondiente sólo puede utilizarse una meta relativamente específica. Juntos están trabajando para resolver algún problema. Por lo tanto, tener una meta o metas significa que como resultado de esos esfuerzos se espera un resultado o resultados útiles. Puesto que el esfuerzo terapéutico es colectivo, cada individuo debe tener en cuenta la opinión de los otros para resolver el problema o completar la tarea.

Parecería razonable que cuando los clientes llevan sus quejas a terapia, entre sus expectativas para el futuro se cuente la idea de que las cosas irán de mal en peor, puesto que repetidamente han intentado soluciones que fracasaron. De cada intento fallido emergen expectativas de continuación del fracaso. Los clientes desarrollan una evaluación de sí mismos como personas que tienen una queja insoluble, y esta evaluación se traslada de cada situación a la similar siguiente. A medida que estas situaciones semejantes no se interrumpen en el tiempo, el cliente recibe información (o evaluaciones de sí mismo y de otros) que puede interpretarse como un signo seguro de que el motivo de queja insoluble no ha cesado. Es decir que cada repetición de la situación de queja ayuda a construir expectativas en cuanto a que la próxima vez que se encare una situación similar el resultado será algo sobre lo que habrá que quejarse: la misma maldita cosa una y otra vez.

El cambio en la estructura de estas expectativas se producirá cuando se modifiquen de algún modo las condiciones, pero el proceso en sí genera conductas que mantienen la expectación. La rea-

tampoco representa una prueba adicional de la teoría. Simplemente, utilizamos la teoría para explicar un modo de construir la realidad terapéutica. La teoría ofrece un punto de vista basado en rigurosos estudios experimentales. La interpretación desarrollada aquí me pertenece, y se basa en el trabajo en colaboración con Joseph Berger.

limentación o evaluación proveniente de una fuente con autoridad (como lo es el terapeuta) puede socavar estas expectativas y de tal modo promover cambios de conducta, diferentes resultados y el desarrollo de nuevas expectativas (Berger y otros, 1977). Desde luego, estas nuevas expectativas también se alimentarán a sí mismas y el cliente tiene la posibilidad de alcanzar una vida más satisfactoria.

Un modelo

Por ejemplo, todos hemos tropezado con parejas que disputan constantemente. Cada vez se prometen recíprocamente y aseguran a padres, parientes, amigos y vecinos que ésa será la última discusión. Pero una y otra vez vuelven a pelearse. Desde esta perspectiva, no es necesario que haya algo que actúe como recompensa o refuerzo de las discusiones y por lo tanto socave los esfuerzos por interrumpirlas. Para minar el éxito de la aventura basta con que los fracasos previos hayan creado la expectativa de que una vez más se fracasará en evitar la discusión (expectativa tanto de la pareja misma, de cada uno de sus miembros y de otras personas que toman parte en su vida).

Cuando el terapeuta ayuda a esta pareja a describir su vida juntos, después de que estas disputas ya no sean motivo de queja, y además expone abiertamente su expectativa de que ese futuro tiene grandes probabilidades, se ha dado el primer paso hacia un nuevo conjunto de expectativas. Cada cambio que la pareja produzca (es decir, cualquier cosa que la pareja haga que sea bueno para ellos, concierna o no al motivo de queja) es evaluado positivamente (en la fase de cumplimentación del mensaje de intervención) por el terapeuta (quien, en tanto experto, es un otro temporariamente significativo en el sistema) como un paso más hacia aquel futuro más satisfactorio. Esta evaluación positiva de cualquier cambio ayuda a crear la expectativa de que ya ha comenzado ese futuro que es importante para la pareja como pareja. Una vez creadas estas expectativas, se hace posible una vida más satisfactoria y son menos probables las disputas que constituyen el problema. Desde luego, cualquier pareja está en desacuerdo y discute de tanto en tanto. El cambio terapéutico podría consistir en tal sentido en que las disputas ulteriores no se consideren problemas, sino que puedan ser vistas por la pareja como una parte normal de la vida. En estas condiciones, la pareja tiene grandes

probabilidades de que sus discusiones sean mucho menos frecuentes.

En este caso, la solución se construye en torno del modo en que los cónyuges describen la vida después de que las disputas ya no constituyan un problema. Desde luego, cada miembro de la pareja puede cambiar individualmente de muchas maneras distintas, y/o cambiar colectivamente, de modo que aquel futuro se convierta en una realidad. Así que la solución es realmente impredecible. Por lo tanto, la meta específica y concreta para esta pareja podría ser pasar un cierto lapso sin una disputa típica y perturbadora, lo que les indicaría que tienen grandes probabilidades de éxito en su esfuerzo por hacer más satisfactoria su vida en común. O bien podría construirse una meta en torno del pasaje a través de un tipo de acontecimiento particularmente perturbador sin que se produzca una pelea. En cualquier caso hay varias rutas, utilizando diversas técnicas, con las que el terapeuta puede ayudar a la pareja a encontrar como solución un futuro más satisfactorio.

El proceso de construir expectativas

Puesto que las soluciones no son predecibles en detalle y que existe más de un modo potencial de comportarse en un futuro libre de la situación de queja, el nuevo conjunto de expectativas puede construirse a partir de cualesquiera cambios benéficos o satisfactorios. Cualquier cambio introduce una probabilidad de iniciar un efecto de irradiación que conducirá a un futuro más satisfactorio. Por lo tanto, el especialista en terapia breve reacciona a cualquier cambio como a una indicación de que las cosas han comenzado a ir bien para el cliente. No parece importar que un cambio en particular sea una conducta nueva o diferente, o bien que constituya una excepción a las reglas de la queja, o que incluso aparentemente no tenga nada que ver con la queja. Cualquier cambio es una diferencia que puede ser lo bastante diferente como para formar parte de la solución. En todo caso, un cambio puede convertirse en parte de la construcción de un nuevo conjunto de expectativas que será parte de la creación de la solución.

Todo cambio espontáneo, generado por el cliente, que no es parte de una directiva terapéutica específica tal como "la próxima vez que ocurra X, usted haga Y", sugiere que se ha logrado algún tipo de ajuste. Además, cualquier cambio espontáneo puede ser incorporado a la solución por el terapeuta. Por supuesto,

dado que todo cambio ayuda a promover la expectativa de cambios adicionales, el ajuste será más fácil de obtener en las intervenciones posteriores.

Aunque un cambio conductual específico puede ser la meta enunciada, la expectativa que está siendo construida involucra no solamente una porción de conducta, sino también a otros miembros de la misma clase de conductas. Cualquier miembro de esa clase de conductas podría iniciar un tipo semejante de efecto de irradiación. Puesto que es casi imposible predecir un cambio específico, lo que el terapeuta persigue es un cambio en el contexto o en los creadores del contexto, lo cual promoverá lo que el cliente espera que sea diferente como resultado de alcanzar o lograr la meta específica. Por supuesto, lograr la meta específica de resolver la queja del cliente es con frecuencia parte del cambio de contexto o del cambio de la clase de la cual la conducta objeto de queja es un miembro. La pareja puede continuar disputando, pero a causa del cambio del contexto o de la significación de esas disputas (que han dejado de pertenecer a una clase problema), la queja ya no aparece.

UNA POSICIÓN PRESENTE Y FUTURA

Puede verse fácilmente que estas teorías contribuyen a explicar el contexto terapéutico. De acuerdo con Erickson,

el propósito de la psicoterapia debería ser ayudar al paciente de la manera más adecuada, disponible y aceptable. Al prestarle auxilio, debería respetarse por completo y utilizarse todo lo que el paciente presenta, sea lo que fuere. Debe prestarse sobre todo atención a lo que el paciente hace en el presente y hará en el futuro, más que a una simple comprensión de las causas de que se produjera algún acontecimiento muy antiguo. *El sine qua non de la psicoterapia debería ser la adaptación presente y futura del paciente* (en Haley, 1967b, pág. 406; bastardillas agregadas).

Haley describe como sigue la aplicación de esta línea de pensamiento:

Erickson parece encarar a cada paciente con la expectativa de que el cambio no sólo es posible sino también *inevitable*. De él trascendía

seguridad, aunque sabía ser inseguro si lo deseaba, y una actitud de confianza, como si pudiera *sorprenderlo que el cambio no ocurriera* (Haley, 1967a, pág. 535, bastardillas agregadas).

Los supuestos que están detrás de la mirada de Erickson centrada en el presente y el futuro de sus pacientes y en la inevitabilidad del cambio son probablemente distintos de los supuestos que sirven de base a la teoría de la cooperación y a la teoría de los estados de expectación. No obstante, la posición terapéutica de Erickson puede ser fácilmente explicada en el marco de estas dos teorías.

Además, esta perspectiva parece relacionada con una idea budista del cambio. Para los budistas (Stcherbatsky, 1962) el cambio es un proceso continuo y la estabilidad sólo una ilusión o el recuerdo de un momento del proceso de cambio. Sin duda, hay diferencias (cambios) que hacen una diferencia, y cambios *que no hacen* una diferencia. En el último caso, algunos cambios no son percibidos como diferencias porque son muy pequeños o tan lentos que no contienen noticia alguna de la diferencia (la ilusión budista de la estabilidad).

La conducta del terapeuta depende de su posición o de cómo encuadra y define la situación clínica. En el Centro de Terapia Familiar Breve es parte de la tarea del terapeuta el ayudar a definir el contexto de la terapia y crear expectativas ciertas de solución del problema. Tales expectativas, una vez que han adquirido forma, contribuyen a determinar lo que uno considera que está ocurriendo, y por lo tanto, lo que *está* ocurriendo (Berger y otros, 1977). En nuestro Centro, la práctica clínica define la terapia como cooperativa, orientada hacia el cambio y las soluciones y centrada en el presente y el futuro.

De los estudios de Axelrod y Berger se desprende que la cooperación y el cambio pueden promoverse vinculando el futuro con el presente. Ambos estudios pueden considerarse verificaciones experimentales de los principios que están detrás de la técnica de la bola de cristal (Erickson, 1954b; de Shazer, 1978a). Cuando el futuro resalta con respecto al presente y se establece una meta sostenida positivamente, los acontecimientos y las conductas comunes de la vida pueden ser reconstruidos como parte del proceso de alcanzar la meta. El pasado, en particular las áreas problemáticas del pasado, pueden entonces verse como potencialmente perjudiciales para la solución. Desde luego que los éxitos pasados, deliberados o accidentales, pueden utilizarse para construir la solución.

La posición adoptada en el Centro de Terapia Familiar Breve trata de definir la situación del cliente estipulando que el terapeuta (y/o el equipo) espera que se produzcan cambios, y que aparezcan rápidamente. Por supuesto, esta presunción con frecuencia se opone directamente a lo que espera el cliente. Dentro de este encuadre, toda intervención, aunque más no sea implícitamente centrada en el cambio en el futuro inmediato, hace saber al cliente que el terapeuta espera un cambio y está seguro de que se producirá. El terapeuta, como el OJO POR OJO, realiza una movida cooperativa antes de que el cliente presente cualquier respuesta a una tarea asignada.

Tal como Erickson lo dijo en 1965,

para suscitar la cooperación del paciente, uno debe ser permisivo si quiere obtener los mejores resultados. Hay que pedir realmente al paciente que coopere para lograr una meta común. El terapeuta debe tener en mente que esa meta común procura el bienestar del paciente, en lo que el paciente coopera, para obtener algo que en primer término lo beneficia a él. Cooperar con el cirujano en primer término para superar su condición, sea la que fuere (Erickson y Rossi, 1983, pág. 166).

LA TÉCNICA DE LA BOLA DE CRISTAL

HACER QUE EL FUTURO SE DESTAQUE RESPECTO DEL PRESENTE

Erickson desarrolló la técnica de la bola de cristal y describió ocasionalmente su empleo en una variedad de problemas (1954b). Desde mediados de 1974, he utilizado mi propia versión de esta técnica con clientes que presentaban quejas sexuales pero no tenían pareja activa, o tenían una pareja que no participaba en la terapia. Durante los últimos años también he utilizado el procedimiento con otro tipo de quejas. La técnica de la bola de cristal se emplea para proyectar al cliente a un futuro en el que tiene éxito: en él, el motivo de queja ha desaparecido. He hallado que basta con que el cliente, en estado de trance, vea su futuro como en una bola de cristal o en una serie de bolas metafóricas, para impulsar una conducta diferente, lo cual lo conduce a una solución (de Shazer, 1978a). La idea que subyace en la técnica puede también aplicarse en situaciones clínicas que no supongan un trance formal. De una u otra manera, el cliente construye su propia solución, que puede entonces utilizarse como guía de la terapia. Tal como yo los veo, los principios que están detrás de esta técnica constituyen los fundamentos de la terapia basada en las soluciones y no en los problemas.

LA TÉCNICA

Según mi desarrollo inicial, el cliente produce varias visiones diferentes del tipo "bola de cristal". En la primera, le pido que experimente en su totalidad uno de sus más antiguos recuerdos, que

sea agradable y que haya olvidado hace ya mucho tiempo. Mientras está en trance, se le pide al cliente que su descripción sea tan detallada como le resulte posible, prestando particular atención a lo que están haciendo otras personas. A continuación se devuelve el recuerdo "al lugar donde estuvo todos estos años", y se saca al cliente del trance.

El primer paso tiene la finalidad de enseñar al cliente a (a) desarrollar visiones como en una bola de cristal, (b) prestar atención a su propia conducta y a la conducta de otros, y (c) alentar la idea de que las cosas olvidadas pueden recordarse y las cosas recordadas, olvidarse. Se pueden demandar cuantas visiones resulten necesarias para entrenar al cliente en la observación de su propia conducta y de la conducta de respuesta de otros. Las personas se evalúan a sí mismas y a sus realizaciones basándose en gran parte en el modo en que ellas ven que los otros las ven (Mead, 1934; Shibutani, 1961; Webster y Sobieszek, 1974). Una parte importante de la técnica de la bola de cristal se construye sobre la predicción de las reacciones que una diferencia produciría en otras personas involucradas en la vida del cliente. Las reacciones predichas ayudan al cliente a cambiar sus propias expectativas y de este modo cambia sus conductas. Una vez que estoy satisfecho con el aprendizaje del cliente, interrumpo el trance. Para alentar la amnesia de la experiencia, conduzco de nuevo la conversación al tema que estábamos considerando antes. En el desarrollo inicial del procedimiento, hacía que esta conversación se prolongara durante cierto tiempo, antes de formular alguna pregunta sobre la experiencia del trance. Mi idea era poner a prueba la amnesia, que en ese entonces consideraba un elemento importante para el resultado. En el presente, sin embargo, creo que la amnesia carece de importancia para el éxito de la técnica.

Originalmente, el segundo paso suponía el restablecimiento del trance, de modo que el cliente pudiera dedicar otra visión "en bola de cristal" a recordar un acontecimiento reciente pero *sorprendentemente* olvidado, algún hecho que el cliente quisiera recordar con más claridad. Ahora empleamos la segunda visión para que el cliente recuerde *algún éxito* de su vida, que en particular constituya una excepción a las reglas que rodean a la queja. En uno u otro caso, le pido al cliente que describa su propia conducta y la conducta de las otras personas abarcadas por la situación. Después vuelvo al tema de conversación empleado antes del primer trance como un modo de reorientar al cliente antes de que la sesión concluya.

En el primero y el segundo paso, las visiones en bola de cristal son empleadas para mirar al pasado y experimentar el recuerdo, el olvido y la observación de las reacciones de otras personas, y también para despertar la sensación de éxito. Estos primeros dos pasos constituyen asimismo un entrenamiento para los pasos tercero y cuarto, en los cuales las visiones apuntan al futuro.

El tercer paso parece el más importante. Durante él se orienta al cliente hacia el futuro. Al principio el paso del tiempo se describe algo detalladamente, y después se va haciendo cada vez más vago. Cuando le digo al cliente que mire en la bola de cristal, no le proporciono ningún indicio sobre una fecha u hora específicas. A continuación le pido que *recuerde* y retorne para hablarme sobre la resolución fructuosa del problema.

En el cuarto paso, le pido al cliente que utilice otra visión en bola de cristal para *recordar* la manera en que fue solucionado el problema, sus reacciones a ese proceso y las reacciones de las otras personas involucradas. Después reoriento al cliente hacia el presente y elijo algún tema de conversación que no tenga nada que ver con las visiones o el problema presentado. Cuando concluye la sesión, no me queda más que esperar, a veces durante meses, para saber qué es lo que ha ocurrido. Con suma frecuencia el cliente informa haber puesto en práctica un proceso de resolución del problema *diferente* del imaginado en la cuarta bola de cristal.

La aptitud de las distintas personas para servirse del trance es variable, y con algunas el entrenamiento necesario puede tomar unas cuantas sesiones. Aunque algunos de mis clientes prevén el empleo de la hipnosis y el trance, otros tienen expectativas distintas. Para algunos, el trance y la hipnosis son magia. En consecuencia, he desarrollado una técnica de la bola de cristal que no supone la inducción de trance ni la mención de la hipnosis.

A medida que la utilidad del tercero y el cuarto pasos iba resultando clara para nosotros, mis colegas y yo comenzamos a preguntar a nuestros clientes "cómo serán las cosas para usted y para otros cuando el problema quede resuelto". Esta pregunta se ha convertido en un tema normalizado de nuestra entrevista inicial. Muchos clientes pueden atisbar en la bola de cristal *sin* estar en trance y son capaces de construir expectativas similares para un futuro libre del motivo de la queja. Lo que parece importar es que una vez que el cliente tiene una visión del éxito (la vida después de que el motivo de la queja haya desaparecido) puede hacer espontáneamente algo distinto, de modo que aquel cuadro del futuro (o algún otro futuro igualmente satisfactorio) pueda

convertirse en realidad. Puesto que predecir con éxito es algo muy difícil tratándose de asuntos humanos, resulta con frecuencia preferible que el terapeuta y el cliente construyan varios caminos alternativos en los que el cliente reconocerá la aparición de la solución del problema.

Caso ejemplo: Miedo, ¿de qué?

La señora Hart quería ser tratada con hipnosis, porque la hipnosis había ayudado a su madre a dejar de fumar después de hacerlo durante 35 años. Joven madre de tres niños de menos de seis años, concurría a terapia porque su madre ya no quería acompañarla al almacén de comestibles para protegerla de sus ataques de pánico. Desde su divorcio, acaecido tres años antes, para salir de compras la señora Hart se hacía acompañar por su madre, algún vecino o algún amigo. Tenía miedo de perder a sus amigos y de que sus vecinos se apartaran de ella, porque su temor a los ataques de pánico crecía día tras día. Ya no temía solamente al almacén, sino también a cualquier otro lugar donde hubiera una cierta cantidad de gente.

Sus miedos obstaculizaban cada vez más su vida, y estaba comenzando a sentirse sola. Pero no podía salir a encontrarse con hombres porque temía a las situaciones en las cuales dicho encuentro resultaba posible. En realidad, después de los dos ataques de pánico inmediatos al divorcio, nunca se había colocado en cualquier situación en que el ataque resultara posible: siempre había alguien que la acompañaba o la reemplazaba.

Los pasos uno y dos ocuparon casi la totalidad de tres sesiones. Al principio sus visiones eran como películas que alguien le hubiese tomado. Incluso después de haber aprendido a ver a otras personas, le resultaba difícil describir lo que sucedía, durante el trance o fuera de él. Cuando quedé conforme porque estaba experimentando situaciones de éxito sociales e interactivas, no le pedí descripciones adicionales.

En la quinta sesión, continué con los pasos tres y cuatro. Experimentó alguna dificultad con el paso cuarto y espontáneamente salió del trance pero reingresó por sí misma. Al final de la sesión sonrió y me agradeció, añadiendo: "Usted sabe cuándo será la próxima sesión". A la semana siguiente llamó e informó que había ido al almacén; sentía que el pánico trataba continuamente de desarrollarse, pero ella no se lo permitió. Seis semanas después

me visitó para hablarme sobre su éxito ininterrumpido. En la tercera visita al almacén ya no sintió ningún miedo. Encontraba más bien divertido que no hubiera sido el almacén lo que vio en la bola de cristal y que la solución hubiera sido más fácil de lo que ella había imaginado.

Caso ejemplo: ¿Batear!

Un joven profesional, el señor Reilly, concurre a terapia porque no ha podido lograr una erección durante casi cinco años. Dos años antes se había divorciado, cuando su mujer se mudó a la Costa Este para proseguir con su carrera. Culpaba en parte al divorcio por su disfunción sexual, y en parte a la evolución de la carrera de la esposa mientras todavía estaban casados. Su expectativa había sido que después del divorcio, al comenzar a llevar una vida social más activa, iban a desaparecer sus problemas. Eso no ocurrió. Durante la mayor parte de ese período de cinco años había estado en terapia, individual o con su ex esposa. Aunque ya no se sentía deprimido, subsistía su dificultad, lo que lo llevó a solicitar hipnosis.

Antes de ese lapso de cinco años, el señor Reilly nunca había experimentado dificultad alguna para lograr o sostener sus erecciones. De hecho, hasta el tercer año de matrimonio, la vida sexual con su pareja había sido satisfactoria. Cada vez pensaba más sobre su problema, lo consideraba frecuentemente con su terapeuta, y habló sobre él con las dos mujeres con cada una de las cuales había salido durante cierto tiempo. Todos llegaron a la conclusión de que estaba resentido por la carrera de su ex mujer y de que quizás incluso odiara a las mujeres. Esta conclusión no le gustaba y estaba decidido a resolver el problema para demostrar que estaban equivocados.

El señor Reilly puso tanto empeño en lograr el trance, que se entorpeció a sí mismo, y hasta la tercera sesión no llegamos a una aproximación útil. Era miembro de un equipo de *softball* que se tomaba el juego en serio. Había sido primer bateador en temporadas anteriores, pero descendió del tercero al octavo lugar en el orden de bateo, a causa de su abrupto y sostenido fracaso en la temporada. Tenía *videotapes* de su desempeño, que observaba para detectar lo que estaba haciendo mal. Le dije que me parecía que estaban procediendo de un modo incorrecto: lo que él necesitaba era observarse acertándole a la pelota. Pero no tenía *videotapes* de sus actuaciones de éxito.

La inducción se inició haciéndole cerrar los ojos e imaginar que estaba en una base de bateo. Le sugerí entonces que experimentara cada vez más la vista, los sonidos y los olores asociados con aquella situación. A medida que el proceso continuaba, sugerí la experiencia de todas las sensaciones físicas correspondientes. La sesión concluyó después de que pudo reexperimentar el bateo de un doble.

Durante el fin de semana su juego volvió al nivel normal, y en la sesión siguiente entró en trance con facilidad. De nuevo indujimos el recuerdo de un bateo logrado y de la sensación de éxito. Empleamos de nuevo la técnica de la bola de cristal para hacerle recordar una experiencia sexual bien realizada. Al final de la sesión observó: "Si esta vez la bola de cristal funciona como la anterior, ¡esta noche resuelvo el problema!" Le sugerí que era preferible pensar en probabilidades, porque "por cierto no era una cosa segura".

Lamentablemente, la cita que tenía no pudo realizarse y antes de la sesión siguiente no tuvo la oportunidad de ponerse a prueba. En esa sesión utilizamos la visión "en bola de cristal" para predecir el éxito en un momento indeterminado del futuro. Volvimos a emplear el método para pasar revista a los éxitos y fracasos que había tenido, para acercarnos al modo de reconocer la resolución del problema cuando se produjera. Puesto que el señor Reilly ponía tanto empeño, temí que interpretara cualquier fracaso en el curso del proceso como un signo de derrota, de modo que resultaba particularmente importante prever los fracasos como parte normal de la ruta hacia el éxito.

Un mes más tarde llamó para informar sobre su primer éxito, que había seguido a dos fracasos más. Después de un año, él y su futura esposa vinieron a consultar respecto de algunas dificultades que tenían con sus niños. En ese momento informaron sobre su éxito sexual ininterrumpido.

Caso ejemplo: La mujer de Jake¹

Jake envió a Polly a terapia para que pudiera elaborar sus celos. Después de haber verificado que ella también consideraba que

Adele y Lyman Wynne fueron miembros invitados del equipo durante la primera sesión de este caso.

los celos eran un problema, le pregunté: "¿Cómo sabrá Jake que el problema está resuelto?" Resultó que Jake era una persona muy tranquila, capaz de estar en un grupo durante horas sin pronunciar una palabra. Esto no le molestaba a Polly, pero no le gustaba nada que cuando finalmente decía alguna cosa, se dirigiera a otra mujer. Entonces Polly perdía el control de sí misma, provocaba una escena y se iba a su casa. Por lo tanto, Jake sabría que el problema estaba resuelto cuando pudiera hablar con otra mujer, frente a Polly, sin que ésta estallara. Me pregunté si ella necesitaba modificar lo que sentía o si a Jake le bastaba que ella no exhibiera tanto sus celos. Polly pensaba que él no notaría la diferencia, y que demostrar menos celos podría ser suficiente.

En ese momento Polly estaba en la ciudad, precisamente para someterse a terapia, y su único contacto con Jake era telefónico. Ellos creían que la terapia iba a salvar sus relaciones y hacían planes para su retorno, ya curada de los celos. Puesto que no iban a verse en lo inmediato, yo estaba perplejo en cuanto a cómo podría saber cualquiera de los dos que había llegado el momento de volver. Polly pensaba que el mejor signo sería que ella pudiera hacer una llamada imprevista a Jake y no quedara trastornada si él no estaba allí para responder. Era interesante que Jake nunca le había dado a Polly el menor motivo para sentirse celosa, salvo hablar a otras mujeres en presencia de ella. Indagando sobre el resto de la pauta, hallé que Jake no le prestaba a Polly toda la atención que ella quería. Ella estaba segura de que en su profunda interioridad, él la amaba, pero que por alguna razón era incapaz de demostrárselo. Después de la pausa, le hice llegar el siguiente mensaje del equipo, basado en los primeros pasos de la técnica de la bola de cristal:

En primer lugar, tenemos la impresión de que usted y Jake se cuidan lo bastante uno al otro como para acordar tomarse este tiempo y trabajar para el cambio de la manera de demostrar lo que ustedes llaman celos. Nosotros pensamos que estos "celos" son en realidad uno de los modos en que usted demuestra su amor y afecto por Jake. De hecho, creemos que usted sola está demostrando el afecto de los dos.

Cuando pensamos sobre lo que había dicho, comenzamos a preguntarnos: si usted deja de demostrar todo ese afecto en público, ¿cómo sabrán las otras personas que ustedes dos se pertenecen?

A partir de ahora y hasta la próxima visita, queremos que usted *recuerde* y piense sobre los diversos modos que tiene Jake de demostrar el afecto que guarda dentro de sí, y cuándo y dónde él se siente lo suficientemente cómodo demostrándose.

Tres días más tarde, después de un fin de semana, Polly concurrió a la segunda sesión y describió con numerosos detalles los raros casos en que Jake le demostró afecto. Los recordaba con cariño y estaba contenta de que le hubiéramos asignado esa tarea porque había olvidado varios acontecimientos. Además, pensó que la confianza que Jake tenía en ella como socia comercial era un signo adicional que él valoraba. El trabajar juntos les resultaba tan recompensador, que ella hubiera estado dispuesta a renunciar a la relación amorosa, si era necesario, para conservar la relación comercial. Pensando sobre esto durante el fin de semana, había decidido que nosotros estábamos en lo cierto: el problema real consistía en que Jake no demostraba su afecto y ella había tratado de utilizar los celos para llevarlo a hacerlo. Ella sabía ahora qué el problema quedaría resuelto cuando el hombre demostrara espontáneamente algún cariño o le dijera "te amo". Exploramos entonces algunas de las herramientas que podría emplear para hacer emerger los sentimientos que ella sabía que Jake albergaba en su interior. Después de la pausa le hice llegar el siguiente mensaje, que una vez más requería visiones del tipo bola de cristal:

En primer lugar, nos preguntamos qué ocurriría si usted dejara de demostrar "celos", para proteger la relación comercial. Jake podría responder. No obstante, nosotros pensamos que no basta una actitud pasiva, porque tememos que Jake piense que ella es un signo de que usted ha perdido interés.

En segundo lugar, quizás convenga que actúe de un modo suficientemente misterioso como para provocar los celos *de él*, sin que en realidad haga nada.

En tercer término, quizás usted deba ser *pasiva* y *seductora*, lo que podría hacer emerger los sentimientos de Jake.

Desde ahora y hasta la próxima sesión, queremos que piense sobre qué diferencias determinará cada uno de estos cambios en el modo en que usted y Jake continúan con la relación. Imagínese cómo reaccionará cuando usted haga algo diferente.

Volvió tres días más tarde. Después de tres experiencias del tipo bola de cristal, la tarde posterior a la segunda sesión y de imaginar cómo reaccionaría Jake, Polly encontró en otra experiencia análoga un futuro que no incluía a Jake. Al principio la idea le resultó chocante, pero cuanto más pensó en torno de ella, más aliviada se sintió: si él no la amaba, ella no tenía que quedarse con el hombre. Después de pensarlo con más detenimiento, decidió que no iba a decirle "te amo" durante su próxima llamada

telefónica, y vería si él notaba la diferencia. Además, decidió que después de esa sesión volvería al hogar. Si Jake no demostraba afecto espontáneamente, ella sabría que se había equivocado en cuanto a los sentimientos que él le profesaba. Polly por cierto no iba a demostrarle afecto, ni tampoco a ser seductora o misteriosa. Si él no sentía la necesidad de exteriorizar su cariño, ella ya no iba a tratar de forzar esa demostración. Estaba claro que tampoco se iba a manifestar celosa ni en lo mínimo.

El día posterior a esas decisiones, cambió su conducta al realizar la llamada telefónica cotidiana. No le dijo "te amo" y Jake tampoco lo hizo. Dos días más tarde, le comunicó que volvía, y Jake dijo: "Eso es bueno. Te he echado de menos". Esto llevó a Polly a la persuasión de que había tomado una decisión correcta y que podría sobrellevar lo que siguiera, aunque la relación se interrumpiera por completo. Después de la pausa, le hice llegar el siguiente mensaje:

Nos han impresionado sus decisiones y el hecho de que las llevara a la práctica tan rápidamente. Lo que ha dicho hoy condujo al equipo a la idea de que Jake podría no ser digno de usted y de su afecto.

Yo no estoy tan seguro de concordar con ellos, porque puede ser que lo que usted ve en lo profundo de Jake se encuentre realmente allí. Pero si usted no puede sacarlo a luz pasivamente, el equipo podría estar en lo cierto. Me pregunto si usted está dispuesta a esperar los años que podría tomar.

"Estoy dispuesta a esperar semanas, quizás un par de meses. Pero si no lo conseguí para entonces, no quiero esperar años". De acuerdo con nuestra fuente de información, la cuñada de Polly, cuatro meses más tarde la pareja seguía viviendo en común.

EXAMEN

Con y sin el empleo formal del trance, las sesiones de terapia en el Centro de Terapia Familiar Breve poseen un deliberado carácter hipnótico, alterando las

actitudes y modos de funcionamiento habituales, de modo tal que sugerencias hipnóticas cuidadosamente formuladas puedan evocar y utilizar

otras pautas de asociación y potenciales interiores del paciente para instrumentar ciertas metas terapéuticas (Erickson, Rossi y Rossi, 1976, pág. 20).

Hercule Poirot, el personaje de Agatha Christie, sostiene que su método consiste en escuchar a los testigos y sospechosos hasta que ellos le dicen lo que él quiere saber. A partir de lo que ha escuchado, Poirot construye una realidad que conduce a la solución del crimen que está investigando. Análogamente, durante la fase de entrevista de la sesión, el terapeuta necesita *escuchar* al cliente, porque él o ella le proporcionará los indicios necesarios para resolver el problema. Cada cliente lleva consigo las claves de su solución; el terapeuta tiene que saber dónde mirar. Cuando el cliente habla, el terapeuta y el equipo escuchan para percibir:

- 1) cuánto énfasis pone el cliente en cada una de las doce puertas (véase el Capítulo 2);
- 2) cuál de las doce puertas *no es* mencionada;
- 3) sucesos pasados que el cliente menciona;
- 4) cosas que el cliente hace que son beneficiosas para él;
- 5) descripciones del modo en que el cliente trata con otras personas, y
- 6) descripciones de cómo será la vida una vez que haya sido resuelto el motivo de la queja.

Desde luego, el terapeuta tiene que ayudar al cliente a centrarse en estas áreas y es su tarea impulsar o suscitar los indicios necesarios para construir una realidad terapéutica que conduzca a una solución.

Mientras el terapeuta introduce una pausa para construir el mensaje terapéutico de cierre, el paciente queda aguardando en la habitación de terapia. Durante ese tiempo, se pregunta qué es lo que el terapeuta va a decir cuando vuelva. El propósito hipnótico de la pausa es promover la construcción de una "atentividad de respuesta" (*response attentiveness*), que indica que el cliente realmente espera que el terapeuta le señale una dirección. Ese es el momento para introducir una sugestión terapéutica o un reencuadre (Erickson y Rossi, 1979).

Para facilitar y promover la introducción de la sugestión terapéutica, el mensaje comienza con cumplimientos o felicitaciones, por lo que, en opinión del terapeuta, el cliente está haciendo de beneficioso para él. Estos comentarios pueden tener o no algo que ver con la queja. El propósito de la felicitación es construir

una "tendencia al sí" (*yes set*) (Erickson y otros, 1976; Erickson y Rossi, 1979; de Shazer, 1972a) que contribuya a colocar al cliente en un encuadre mental que lo lleve a aceptar algo nuevo (la tarea o indicación terapéutica). Estas indicaciones, tareas y sugerencias tienen la finalidad de convertirse en sugerencias posthipnóticas y frecuentemente están asociadas con acontecimientos inevitables que actúan como "disparadores" que ayudan al cliente a hacer algo diferente.

Aunque la "tendencia al sí" de Erickson ha sido nuestra metáfora descriptiva para hacer que el cliente acepte el mensaje de intervención o, en términos más generales, la sugestión terapéutica, me sorprende lo poco que ha sido estudiada, tanto por hipnoterapeutas como por terapeutas familiares. Durante mucho tiempo nos hemos preguntado: "¿Qué signos nos proporcionan los clientes en cuanto a que nuestro mensaje de intervención ha logrado por lo menos un ajuste mínimo?" La forma más simple que pudimos imaginar para esta pregunta fue: "Si asignamos una tarea concreta, ¿de qué signos podemos servirnos para predecir si el cliente la realizará o no?" Puesto que muchos clientes no verbalizan la aceptación o no aceptación, decidimos estudiar los signos no verbales.

Supusimos que los movimientos de cabeza serían los indicadores primarios, pero de nuestro trabajo y un estudio² surge que los movimientos de cabeza *por sí solos* son insuficientes como predictores del cumplimiento de la tarea. No obstante, si el cliente también cambia activamente de posición durante o después de la asignación de la tarea, es altamente probable que la realice.

² A tres grupos (alumnos graduados en trabajo social clínico del primer semestre, alumnos graduados del cuarto semestre, terapeutas experimentados) se les exhibieron *videotapes* sin sonido" tomados durante el segmento de comunicación de la intervención de cada una de un grupo de sesiones en las cuales se asignaron tareas. En primer lugar se les pidió que predijeran si el cliente realizaría o no la tarea de que se trataba, y en segundo término se solicitaron listas de las conductas no verbales en las que se fundaron aquellas predicciones. Tal como se esperaba, los terapeutas fueron más precisos. No obstante, los tres grupos asociaron los conjuntos de signos con predicciones precisas, pero ningún signo aislado resultó por sí mismo de más utilidad que cualquier otro.

Agradecemos a Jim Derks, ex miembro del Centro de Terapia Familiar Breve, a Dave Pakenham y a Laurie Ingraham, en ese entonces (1981) alumnos graduados, por su colaboración en el proyecto.

La probabilidad se incrementa adicionalmente si se ha mantenido el contacto visual.

También hallamos que si el cliente parece abatido o apartado, elude el contacto visual, y se sienta con los brazos cruzados, se puede predecir con suma exactitud el no cumplimiento. En términos simples, no se ha establecido una relación sensible y receptiva, y resulta improbable que se logre una respuesta terapéutica.

En los capítulos siguientes, la técnica de la bola de cristal y los principios subyacentes (véase el Capítulo 4) son empleados como indicios principales sobre el modo en que se desarrollan las soluciones.

LA CONSTRUCCIÓN DE PROBLEMAS

PROBLEMAS DE ESTRUCTURA DE METAS

Una vez que se ha recurrido a la ayuda ajena, la naturaleza del problema, tanto como sus remedios potenciales, se convierten en susceptibles de redefinición por alguna otra persona, como por ejemplo el terapeuta. Cualquier "intervención (ajena) puede dar una forma fundamental a aquello en que se convertirá la perturbación" (Emerson y Messinger, 1977, pág. 128). Por lo tanto, las metas son "el nombre del juego" en un enfoque terapéutico orientado hacia la solución. Sin metas, terapeutas y clientes tienden a derivar en los mismos círculos que los clientes recorren solos en su esfuerzo infructuoso por resolver sus quejas. Enunciaremos una regla simple: *los terapeutas tienen que saber lo que no deben hacer, y lo que los clientes han estado haciendo es por lo general la ilustración más clara de lo que no hay que hacer*. Sin embargo, puesto que los clientes con frecuencia tienen dificultades para enunciar una meta, los terapeutas tienen que construir los problemas de modo tal que surja una meta o visión del futuro.

Los principios en la técnica de la bola de cristal (Erickson, 1954a; de Shazer, 1978a) permiten al cliente saber a qué se parecería su mundo si el problema quedara resuelto. Lo que uno espera que ocurra colorea o "determina" lo que está ocurriendo y lo que va a ocurrir. En la medida en que uno aguarda que suceda la misma cosa una y otra vez, es probable que esa expectativa resulte satisfecha. La expectativa de que una pauta repetitiva se repita contribuye a desarrollar expectativas de repeticiones continuadas (Berger, Cohen y Zelditch, 1966). El cambio se producirá cuando las condiciones se modifiquen de algún modo, pero el proceso en sí genera conductas de mantenimiento de la expecta-

tiva. Puesto que las expectativas contribuyen a determinar la naturaleza de los acontecimientos que se produzcan, parece claro que la conducta cambiará cuando cambien las expectativas.

Cuando se define una meta, comienza a desarrollarse la expectativa de un futuro diferente, más satisfactorio, y los cambios presentes en la conducta se convierten en algo posible. El futuro cobra relieve respecto del presente, y de tal modo la meta y las consecuencias de su logro pueden "determinar" o dar forma a lo que suceda a continuación. Por lo tanto, la pregunta "¿Cómo va a saber usted que el problema ha quedado resuelto?" es esencial para el despliegue de una solución fructuosa.

Tal como lo ilustra la técnica de la bola de cristal, el ajuste puede lograrse con absoluta facilidad cuando la meta y las consecuencias de su logro son generadas por el cliente, antes bien que por el terapeuta. Sin duda es tarea del terapeuta ayudar a generar y clarificar aquellas expectativas, que no surgen cuando se genera la queja.

Caso ejemplo: Sacudir una cama¹

Un ejemplo breve ilustrará la vinculación entre las quejas, la construcción de problemas, las metas y soluciones potenciales, y las tareas diseñadas para alcanzar la solución.

En la cuarta sesión, Jan, una joven profesional desocupada, informó que se estaba sintiendo un ciento por ciento mejor que antes de la primera sesión. Había construido su queja como un malestar general: en su vida todo era gris, no había ni negros ni blancos. El terapeuta, que había estado preguntándose qué dirección tomaría la terapia al no haberse establecido ninguna meta concreta en las primeras tres sesiones, le preguntó a Jan cómo sabía ella que las cosas habían mejorado lo bastante, y cuánto habían mejorado en ese punto. Jan respondió que no esperaba una mejoría superior al 35 por ciento en tanto no consiguiera empleo. El terapeuta preguntó entonces qué es lo que haría Jan de diferente cuando se sintiera un 35 por ciento mejor.

Jan describió lo que venían siendo sus hábitos matinales, entre los cuales se contaba el quedarse en cama hasta unas dos horas después de que sonara el despertador, a las 8 ó 9. Pensaba

¹El terapeuta de este caso fue Carol Michalski, mientras era alumno graduado del Centro de Terapia Familiar Breve.

que cuando se sintiera un 35 por ciento mejor se parecería más a las "personas normales" y 1) se levantaría entre las 6 y las 8. También pensaba que podría 2) organizar mejor la casa y realizar las tareas del hogar diariamente, en lugar de posponerlas todo lo posible, lo que significaba que hacía la limpieza una vez por mes. Creía que le faltaba fuerza de voluntad para estas cosas que quería hacer, pero que tales actividades la podrían hacer sentir lo suficientemente mejor como para que 3) reiniciara sus sesiones diarias de natación.

El terapeuta había recogido información suficiente como para bosquejar una asignación de tareas, construida en torno de las metas siguientes: 1) levantarse entre las 6 y las 8, y 2) organizar la casa y realizar el trabajo hogareño. De hecho, ambas metas eran cosas que Jan veía como "buenas para ella" porque le permitirían reanudar la práctica de la natación. Después de recibir una promesa de cooperación, el terapeuta le habló a Jan sobre la "solución". Esta consistía simplemente en entrelazar todas las metas. En primer lugar, el terapeuta le dijo abiertamente a Jan que a ella le gustaba la idea de quedarse en la cama durante dos horas después de que sonara el despertador, y no sugería cambiar esa conducta. Pero sí sugería que pusiera la alarma para las 6. Si todavía estaba en cama a las 8 y un minuto, tenía que realizar dos horas de trabajo hogareño inmediatamente después de levantarse, aunque tuviera que inventarlo. Lo que Jan esperaba era que se le dijera que debía tomar una ducha fría, de modo que esta asignación le resultó un alivio y le pareció grata.

La estructura de esta tarea era más bien simple. Si Jan se levantaba a las 8, hacía algo que quería y necesitaba hacer pero no estaba haciendo, y si se quedaba en la cama hasta después de las 8, se "castigaba" haciendo algo que quería y necesitaba hacer pero tampoco estaba haciendo. Ambos caminos la llevan a hacer algo que era bueno para ella. Podía incluso obtenerse un logro adicional: al levantarse más temprano, tendría más tiempo y podría realizar el trabajo hogareño de todos modos. En cualquier caso, podía emplear el tiempo extra para ir a nadar.

Caso ejemplo: La seudobulímica²

Para desplegar soluciones, a veces son útiles las metas múltiples o alternativas. En el siguiente caso, por ejemplo, la conducta de

John Weakland fue miembro invitado del equipo en la segunda sesión de este caso.

Maxine fue originalmente definida como "extraña" por los miembros de su familia. Cuando dicha conducta persistió a pesar de los esfuerzos de Maxine por interrumpirla, pasaron a considerarla un problema físico o médico, sin ningún beneficio visible. Entonces un terapeuta la redefinió como "problema emocional", sin que tampoco se llegara a una solución. Otro terapeuta la consideró "un problema familiar" (o más bien "el problema de la jovencita" dentro de un "problema familiar"). Al no lograrse solucionar el "problema familiar" ni tampoco "el problema de la jovencita", la familia fue remitida una vez más a la consulta con otro profesional. Por lo tanto, la queja y el remedio fueron objeto de múltiples renegociaciones, redefiniciones y (finalmente) de solución.

Maxine, de 16 años, Sally, de 17, y sus padres concurren a terapia porque Maxine vomitaba después de cada comida. Maxine y el resto de la familia pensaban que para que esa perturbación cesara, era preciso que la joven entendiera "por qué" vomitaba. Al principio los vómitos habían sido deliberados y forzados, pero cuando dejaron de serlo, Maxine descubrió, para sorpresa suya, que continuaba vomitando automática o involuntariamente. El terapeuta le preguntó qué haría ella de modo diferente cuando dejara de vomitar, y Maxine contestó que entonces podría comer lo que quisiera en lugar de limitarse a lo que pensaba que no le caía mal. También pensaba que su hermana dejaría de hostigarla, o por lo menos no la molestaría tanto. Continuó describiendo (y exhibiendo durante la sesión) otros conflictos entre ella y su hermana (a quien la familia veía como si tuviera una aureola en la cabeza). Toda la familia concordó en que Maxine era "de alguna manera diferente" del resto, y en que para ella misma era importante ser vista como diferente, aunque a los otros miembros de la familia no les gustara.

En los vómitos había algo de secreto, en tanto ni los padres ni Sally sabían con seguridad cuándo y si tenían lugar. Hasta donde fue posible determinarlo, no los rodeaba ninguna pauta interaccional activa (no se informó que hubiera una pauta según la cual primero se producía el episodio A, después el B, después el vómito, después el C, después el D). La madre y el padre controlaban aproximadamente una vez por semana el curso del problema, averiguando si continuaba y si la hermana la seguía fastidiando por esa causa (o por cualquier otra). Los padres parecían actuar bien como un equipo y estaban haciendo cuanto se les ocurría para obtener ayuda para la joven. Les preocupaba lo que ocurría, pero se veían desvalidos para enfrentar esa desviación. El terapeuta

les pidió a los miembros de la familia que se listaran a sí mismos en el orden que mejor respondiera a la pregunta: "¿Quién es el más perturbado por este problema?" Cada uno de los cuatro presentó un ordenamiento diferente. Para el padre, la más preocupada era la madre; para la madre y Maxine, lo era Maxine; para la hermana, el más perturbado era el padre.

El equipo consideró que estos ordenamientos eran coherentes con su perspectiva: en la familia todos parecían igualmente involucrados y no involucrados. Estas observaciones reglaron ciertas construcciones del problema:

- 1) Puesto que existía tan poca interacción en torno de la queja, resultaba difícil diseñar el problema sobre la base de la noción de que vomitar era "mantener a la familia unida" o que el vómito fuera el sacrificio de Maxine por la familia.
- 2) Puesto que los padres no eran un grupo ni sub ni superinvolucrado, el problema no podía diseñarse como para que los subinvolucrados se comprometieran en mayor medida a fin de impulsar la solución.
- 3) Puesto que era claro que los padres parecían funcionar bien como equipo, y que las dos jovencitas se estaban comportando del modo más o menos adecuado a sus edades y tenían éxito en la escuela, diseñar el problema en torno de la necesidad de que los padres asumieran la responsabilidad en tanto padres no se "ajustaría" para la familia, porque las hermanas habían alcanzado la edad de crecer con independencia y autosuficiencia.

Un terapeuta podría aceptar la definición de Maxine (vómitos automáticos) y la solución sugerida (encontrar "el porqué") si él también lo considerara una solución (es decir, si compartía el mismo mapa). ¡Pero la familia y los terapeutas anteriores ya habían intentado ese camino! Sin embargo, el terapeuta perdió algún tiempo inútilmente tratando de hallar el porqué con Maxine y su familia, puesto que ellos parecían persuadidos de que éste era un paso necesario (o, por lo menos, consideraban que le interesaría al terapeuta). Pero para llegar a una solución el problema tenía que ser definido de un modo diferente.

La queja era definida como una aberración que estaba más allá del control de la familia y de Maxine y como si solamente residiera en Maxine. En consecuencia, el equipo decidió ver a Maxine a solas. El resto de la familia no volvió a concurrir. (Si la ma-

dre hubiera sido considerada por la familia como la más perturbada, podría haberse construido un problema diferente, cuya solución involucrara ver a solas a la madre.) El equipo tenía algunos modos de definir el problema y, por lo tanto, algunas soluciones potenciales que podrían interrumpir los vómitos, sin la precondición de Maxine de entender "por qué" vomitaba. Las sesiones habían confirmado que la joven estaba haciendo las cosas bien dentro de lo normal para su edad: iba a la escuela, tenía citas, trabajaba parte del día, participaba en deportes, etcétera. Durante dos sesiones, el terapeuta y el equipo trataron de resolver el problema empleando el encuadre de que "ella era diferente" pero de un modo que no le resultaba beneficioso. Concordaron con la joven en que ser diferente era algo valioso y en que ella debía continuar siendo diferente. En lo inmediato tal vez necesitara continuar vomitando hasta que encontrara otro modo de ser diferente, un modo que por lo menos no fuera malo para ella.

Pero este enfoque no la impulsó a inventar una nueva manera de ser diferente que solucionara el problema. No se ajustó porque Maxine se había definido como "víctima desvalida de los vómitos". Los vómitos eran "espontáneos" y la "cura" también tenía que serlo en cuanto a ella concernía. Por lo tanto, había que reconstruir el problema. Por fortuna, Maxine había proporcionado al equipo algunas otras metas, una de las cuales incluía el cambio del tipo de relación que mantenía con su hermana.

En la tercera sesión con Maxine, el terapeuta le preguntó si ella haría lo que él le dijera para detener los vómitos, incluso aunque no supiera por qué vomitaba ni por qué se le pedía que hiciera lo que se le iba a pedir. Se le dieron seguridades de que la solución sería buena para ella y no inmoral, ilegal, peligrosa ni difícil, si bien era posible que engordara al dejar de vomitar. Como Maxine quería concluir con su problema (se atribuía a sí misma un puntaje de 9 sobre 10 puntos posibles respecto de su deseo de liberarse), estuvo de acuerdo.

El equipo decidió que podría lograrse un ajuste si Maxine se convertía en víctima desvalida de una intervención. Para incrementar ese ajuste, el terapeuta se convirtió en víctima desvalida del equipo ubicado detrás del espejo. Esto sólo constituye un cambio menor en la rutina normal; por lo general el equipo está a cargo de diseñar las intervenciones y el terapeuta que encara al cliente tiene sólo un limitado poder de "veto".

Maxine había dicho que un modo de saber si el problema estaba resuelto consistiría en que se produjera un cambio en sus

relaciones con la hermana. En consecuencia, el terapeuta y el equipo reconstruyeron el problema dándole una estructura que las abarcara a las dos: una hostilizando y molestando, la otra reaccionando involuntariamente con un repliegue y con una actitud defensiva; este problema podría solucionarse mediante una conducta diferente.

El terapeuta le dijo a Maxine que estaba seguro de que no le iba a gustar la "cura", pero ella había estado de acuerdo en obedecer órdenes. Se sentía sumamente renuente a decirle en qué consistía dicha "cura", porque pensaba que era horrible, pero puesto que la regla era que él hiciera lo que le decía el equipo, iba a comunicarle las instrucciones de todas maneras. También se sentía obligado a hacerlo porque el sistema daría resultado. Maxine se preguntaba si la iba a poner en un aprieto. El terapeuta temía que eso iba a ocurrir. ¿Impediría esto que cumpliera con lo que habían acordado? Maxine le dio seguridades de que no. Entonces el terapeuta le explicó en qué consistiría la "cura": a partir de ese momento, cada vez que vomitara tendría que darle a su hermana cinco billetes de un dólar dentro de las veinticuatro horas, sin ninguna explicación, pidiéndole un recibo por el dinero. Maxine pareció confusa y pensó que esa conducta haría que su hermana realmente la tomara por loca. Con todo, había prometido hacer lo que se le dijera que hiciera.

Por medio de esta tarea y del acuerdo a fe ciega, los vómitos involuntarios volvieron a ser voluntarios. Cuando esto se produjo, se logró el *ajuste* ligando el problema y el diseño de la intervención con el encuadre de víctima desvalida, y vinculando la tarea con una meta secundaria. En la sesión siguiente, Maxine trajo dos recibos, obtenidos en 14 días. Sabía por qué había dejado de vomitar (le resultaba caro) y por qué el terapeuta le había asignado esa tarea específica. Cambió su conducta de vomitar (ya voluntariamente) para modificar su relación con la hermana (involuntaria y costosa). Dejó de preocuparle el "porqué" de sus vómitos; sólo le interesaba saber cómo hacer para asegurarse que no tendría que volver a pagarle a su hermana por el "privilegio".

El terapeuta sugirió que puesto que no sabía "por qué" vomitaba antes, podía ser que volviera a vomitar en las semanas siguientes. Maxine rechazó la posibilidad y ulteriormente demostró que el terapeuta estaba equivocado. En la sesión final, cinco semanas más tarde, informó que no había tenido que pagarle nada a su hermana, y que ésta la fastidiaba menos y había menos

conflictos entre ellas. Las antiguas conductas involuntarias habían sido reemplazadas por conductas nuevas y voluntarias que no constituían un repliegue.

Caso ejemplo: Tres veces no son casualidad³

A veces, cuando el cliente describe su meta pobremente o con demasiada generalidad, el terapeuta puede ayudar a promover la solución ofreciendo claramente algunas medidas mínimas de cambio.

El señor Able, de 49 años, concurre a terapia porque ha tenido dificultades de erección durante un año. Viene a verme por haber leído en el artículo de un periódico que mi trabajo es "fantástico y eficaz". Desde luego, mediando esta expectativa de algo no ortodoxo, el terapeuta puede ser intensamente presionado para aparecer con una intervención tan fantástica como la que el cliente espera. Este pensaba que la terapia le daría la "patada en el trasero" que necesitaba para impulsarse. Describía la relación conyugal como sólida pero algo erosionada a causa de la prolongada ausencia de intercambio sexual. Aunque el sexo nunca había sido frecuente en el matrimonio (una vez al mes de promedio), el intervalo de abstención resultaba muy largo, tanto para él como para su mujer. De hecho, el último intento había tenido lugar tres meses antes y finalizó con su mujer llorando.

Después de intentar una directa definición mensurable de la meta de la terapia, le pregunté: "¿Cómo va a saber, cuando usted y su mujer hayan tenido un intercambio sexual satisfactorio tres, cuatro o cinco veces, que no ha sido por casualidad?" El señor Able no pudo contestar esta pregunta de manera concreta; dijo solamente que él y su mujer se llevarían mejor. La entrevista continuó. Mi pregunta se basaba en el presupuesto de que el cambio deseado se produciría; no planteaba *si* llegarían a relaciones sexuales satisfactorias, sino *cuándo* llegarían. Además, la pregunta inducía la sugestión de que tres, cuatro o cinco éxitos significarían que el problema estaba resuelto, que no era casualidad, estableciendo de tal modo una meta mensurable.

El señor Able continuó describiendo una preocupación que tenía respecto de su concentración en el trabajo. Se descubría

Scott Fraser fue miembro invitado del equipo en la primera sesión de este caso.

a sí mismo perdido en fantaseos y demoras, interfiriendo los proyectos inmediatos con proyectos para el futuro, con lo cual no trabajaba ni en unos ni en otros. De alguna manera, veía que las dos quejas estaban vinculadas. La relación exacta no era clara para él, ni pudo aclarársela al terapeuta y el equipo, a pesar de sus grandes esfuerzos.

Como parte del mensaje de intervención subrayé que el equipo y yo tampoco estábamos seguros del vínculo entre la falta de concentración y la falta de sexo; en realidad, el equipo "no estaba seguro de cuál solución resolvería cuál problema". En el encuadre del cliente había una relación entre las dos preocupaciones; por lo tanto, el equipo inició un reencuadre en el cual las soluciones podrían también estar de algún modo vinculadas. Con respecto a la queja sexual, le dije: "La mayor parte de los terapeutas sexuales le sugerirían que no trate de mantener relaciones". Este modo de expresarse le permite al terapeuta evitar la indicación de que no se tengan relaciones o el mensaje de no intentarlas siquiera. En este punto está implícito que se tiene éxito en una relación sexual no por cierto cuando se la *intenta*, sino cuando se la *logra*. Como consecuencia de este tipo de preguntas y de sus mensajes implícitos sobre el cambio y la solución, entre el cliente y el terapeuta se desarrolla un cierto foco o comunicación.

La pregunta "¿Cómo sabría que no es por casualidad?" introduce el supuesto de que el cliente responderá con una conducta cooperativa. Por supuesto, cualquier respuesta que el cliente dé ayuda a definir su modo de ser "cooperativo", y así el terapeuta tiene a su disposición una gama amplia de posibilidades para ajustar sus respuestas a la respuesta del cliente. Esto se asemeja al modo en que Erickson encaraba la levitación del brazo. Sencillemente, Erickson no demandaba que el sujeto "inconscientemente levantara su brazo izquierdo", porque si el cliente no lo hacía no se promovía la receptividad y el trance perdía algo, si no la mayor parte, de su eficacia. En cambio, Erickson podía decir: "No sé si su brazo derecho o su brazo izquierdo van a levantarse hacia su rostro, o si su brazo derecho o su brazo izquierdo van a presionar hacia abajo, o si ambos brazos permanecerán sin cambios; que se eleven, o que empujen hacia abajo o que sigan igual es algo que no tiene importancia; lo importante es que usted preste atención a las sensaciones que experimente en cada brazo". Si el brazo derecho se elevaba, Erickson podía definir el hecho como cooperación y continuar a partir de allí, alentando la levitación. Si ninguno de los dos brazos se elevaba ni presionaba hacia abajo,

también a esto Erickson podía definirlo como cooperación y continuaba con la inducción.

En el caso del señor Able se abarcaron las posibilidades de que a) intentara, b) no intentara y c) tuviera éxito, lo mismo que d) intentara y fracasara. En esta última alternativa, la posición del "cuándo" sostenida por el terapeuta seguía siendo válida. Lo mismo ocurriría si no realizara ningún intento. En este punto podríamos proponer una regla simple: puesto que el cliente que consulta al terapeuta quiere cambiar, la posición más útil en el terapeuta consiste en dar por sentado que el cambio es inevitable. En consecuencia, el terapeuta puede encuadrar sus preguntas sobre el cambio de modo tal que propongan un "cuándo" y no un "si".

En la segunda sesión, antes de que hubiera terminado mi pregunta de apertura, el señor Able manifestó: "Hemos tenido relaciones sexuales tres veces, como para demostrar que no fue casualidad". Parecía no tener una conciencia directa de la relación entre este enunciado y la pregunta de la semana anterior. Por mi parte no le hice ninguna otra pregunta sobre el punto, prefiriendo mantener intacta la posible amnesia. De este modo el cliente puede legítimamente atribuirse todo el mérito por el cambio. Después de la sesión anterior había hablado algo extensamente con su mujer sobre el hecho de que había concurrido a terapia y sobre su renovado optimismo en cuanto a la solución del problema. Esta fue una conversación muy diferente de las que solían mantener sobre la frustración de su vida sexual. Podemos especular que la primera sesión permitió o impulsó esta conversación diferente porque los esposos Able dejaron de sentir la presión de hacer cualquier cosa para resolver el problema. Después de todo, un "experto" le había dicho que no intentara. Por primera vez, también le habló a la esposa sobre sus demoras en el trabajo. La tarde posterior a esa conversación, el primero de los episodios sexuales "se produjo sin preparación". Ni él ni su mujer iniciaron ni éste ni ninguno de los otros dos episodios (lo cual significaba, quizás, que no habían intentado). Mi respuesta consistió en investigar cómo habían llegado al intercambio sexual sin que ninguno de los dos empezara, y no me centré en el cambio.

El señor Able también informó sobre algún incremento en su capacidad para concentrarse. Había terminado con planificación de proyectos a largo plazo, de modo que no tenía ninguna excusa para no trabajar en los proyectos inmediatos. El equipo le pidió que observara cómo había puesto punto final a las demoras y posposiciones, para volver a poner mano en el trabajo co-

tidiano. Puesto que los clientes tienden a informar más y a demostrar mayor interés sobre el principio de las cosas, y no sobre el modo en que terminan, este mensaje intentaba cambiarle el foco. Desde luego, en dicho mensaje había también una sugestión global en el sentido de que las posposiciones habían cesado, es decir, que el problema estaba resuelto.

Dos semanas más tarde, el cliente informó que continuó logrando relaciones sexuales con éxito, siete veces en un período de dos semanas. Esta era la frecuencia más alta en todo su matrimonio, hasta donde podía recordar. No me sorprendió que siguieran llegando al intercambio sexual sin que ninguno de los dos empezara. El señor Able no estaba seguro sobre el modo en que había terminado con el fantaseo durante el trabajo, pero comprendió que el problema en esa área se debía al aburrimiento. Después de haber alcanzado esa comprensión, el fantaseo cesó. El terapeuta y el equipo manifestaron su preocupación por eventuales "recaídas" en cualquiera de las dos áreas.

En este caso, como en muchos otros, el "nuevo encuadre" es solamente sugerido de diversos modos. La perspectiva del mundo del señor Able incluía la idea de que ocurrían "problemas" y de que la persona tenía que *hacer* algo para resolverlos. De hecho, concurrió a terapia (según sus propias palabras) para que le dieran "una patada en el trasero" que lo empujara a hacer algo con el fin de resolver el problema sexual. La pregunta sobre la "casualidad" y los acontecimientos que siguieron abrieron un nuevo encuadre en el cual las cosas buenas simplemente "ocurrían" y los problemas podían solucionarse "no haciendo", y no como resultado de un esfuerzo.

CONCLUSIÓN

La construcción de problemas de modo tal que conduzcan a la solución potencial es algo esencial. Sin ello, el terapeuta puede fácilmente unirse al cliente en una senda circular que lleva de problema a problema, y no a la solución. Cuando el cliente no puede definir su meta de manera que permita el despliegue de una solución, ésta será la tarea del terapeuta. Desde luego, el cliente tiene que estar de acuerdo con las metas definidas, y al alcanzarlas es preciso que realmente se llegue a la solución de la queja.

Capítulo 7

NO LO COMPLIQUE

TOTALISMO

En la búsqueda de soluciones para los problemas clínicos, el concepto de totalismo (*wholism*) representa una lente útil en la observación de las complejidades involucradas. En términos simples, la "teoría de los sistemas" aplicada a los sistemas humanos y a sus dificultades sugiere que las familias (o cualquier grupo de personas con una historia y un futuro) no son sólo agregados de individuos. Un sistema humano es más que la suma de sus partes. La descripción no incluye solamente a los individuos sino también a las relaciones entre ellos. Así, una perspectiva sistémica exige cierta complejidad. Sin embargo, puesto que un sistema es un todo, "cada parte de un sistema está relacionada de tal modo con las otras partes que el cambio de una parte provocará un cambio en todas las otras partes y en el sistema total" (Watzlawick y otros, 1967, pág. 123). Esto nos permite, por una parte, llevar a una expresión mínima la complejidad, y por otra, utilizar dicha complejidad para hallar las soluciones. Sólo se necesita ajuste; de otro modo, las soluciones, para ser eficaces, tendrían que duplicar o copiar una realidad tan compleja como la de un sistema humano más la del problema sistémico.

Para nuestros fines, los "problemas" pueden definirse como aquellas cosas de las que los clientes se quejan al terapeuta, y respecto de las cuales los terapeutas y los clientes pueden hacer algo. Si la queja es de tal naturaleza que ellos no pueden hacer nada para remediarla, no se trata de un problema, por más penosa y severa que sea. Desde luego, a los terapeutas algunas de las cosas de las que se quejan los clientes pueden parecerles triviales y de alcance limitado en la vida; a la recíproca, hay otras cosas dignas

de queja que a los clientes parecen no crearles ninguna perturbación. De todos modos, la "queja" es un problema en la medida en que terapeuta y cliente pueden hacer algo al respecto.

El "sistema" en consideración puede definirse como "cliente-más-queja-más-terapeuta". Así como el "cliente" puede ser una familia, una pareja o un individuo, el "terapeuta" puede también incluir a un equipo detrás del espejo y una cámara de video, etcétera. Cuando el trabajo se hace en equipo, el "sistema" incluye: 1) el cliente; 2) la queja; 3) el terapeuta; 4) el escenario (espejo y cámara videofilmadora); 5) el equipo detrás del espejo, y 6) las relaciones interactivas entre todos estos elementos. De acuerdo con el concepto de totalismo, el cambio se inicia en cualquier parte del sistema (de Shazer y Molnar, 1984a). Por ejemplo, pudo ser necesario que el equipo cambiara de miembros, o modificara su manera de ver (o ambas cosas), para que se hallara la solución; tal vez se necesite cambiar la relación entre el terapeuta y el resto del equipo, o reemplazar al profesional que cubre el rol de terapeuta en la habitación de terapia, etcétera. Aunque el sistema terapéutico con un equipo es más complejo que la versión cliente-queja-terapeuta, la variedad de opciones disponibles para iniciar el cambio y de tal modo solucionar problemas es más importante que las potenciales confusiones.

Entre los casos posibles, un esposo o una esposa pueden quejarse de su matrimonio, o un padre, o ambos padres, pueden quejarse de su hijo o hijos. A veces, durante el curso de la terapia, solamente una persona se presenta a la cita, cuando el terapeuta esperaba a más. Si no fuera por el concepto de totalismo, tener sólo una parte del sistema cliente podría considerarse una desventaja. Sin embargo, la persona que concurre a la cita es con frecuencia la que tiene la queja más apremiante y, por lo tanto, la que quiere trabajar con el terapeuta para lograr que ocurra algo diferente en el área de la perturbación. Tal como lo ha dicho Weakland (1983):

En los términos más simples, [la perspectiva interaccional] propone que, si la interacción entre los miembros de un sistema social determina y da forma primordialmente a la conducta en desarrollo, se sigue que la alteración de la conducta de cualquier miembro de un sistema de interacción —en particular de una familia, como el tipo de sistema más ubicuo, abarcador y perdurable— debe conducir a una alteración relacionada en la conducta de los otros miembros del sistema (pág. 2).

La idea de que un sistema es más que la suma de sus partes puede ser problemática para los terapeutas sistémicos (y otros "terapeutas familiares"), puesto que su unidad de descripción es el grupo familiar. Por ejemplo, Ferrier (1984) descubrió que "no ha sido claro si el enfoque sistémico desarrollado por el grupo de Milán es susceptible de adaptación a estas familias abreviadas" (es decir, a familias con un solo progenitor, en particular aquellas con niños muy pequeños). Por fortuna, Ferrier encuentra que "no sólo es posible realizar esta adaptación, sino que [la técnica y los métodos] pueden ser eficaces en lapsos bastante breves". Ferrier concluye que si bien es "más fácil" y tal vez más eficaz trabajar con el grupo que vive en conjunto, "en aquellos casos en que sólo uno o unos pocos miembros están a nuestro alcance directo, puede dar mejor resultado a largo plazo aceptar a la unidad que concurre como información sobre el sistema, y proceder a partir de ese punto". Esto está muy próximo a lo que proponemos aquí: la tarea clínica es solucionar el problema.

Szapocznik, Kurtines, Foote, Pérez-Vidal y Hervis (1983) compararon la terapia familiar "conjunta" con la terapia familiar de "una persona" (sesiones sólo con el "paciente identificado") empleando un enfoque estructuralista. Encontraron que "ambas condiciones son igualmente eficaces para mejorar el funcionamiento de la familia y reducir finalmente la sintomatología del paciente identificado" (pág. 898). Es interesante que haya resultado que la terapia familiar de una sola persona es "algo más eficaz" en cuanto a mantener sin interrupciones la mejoría de los síntomas del paciente identificado. Puesto que la población de este estudio sólo incluyó drogadependientes y sus familias, podríamos especular que el sistema *más comúnmente importante* en este caso es el de la red de pares orientados hacia el abuso de drogas. Es posible que el formato de una persona sea más eficaz para promover cambios en el sistema de pares.

La idea de que es preciso que toda la familia queda abarcada en la terapia proviene de la opinión de algunos terapeutas en cuanto a que la familia es el paciente y, por lo tanto, no es terapéutico ver sólo a algunos miembros de aquélla. Sin embargo, tal como lo demostraron Szapocznik y otros, el supuesto subyacente en esta perspectiva es cuestionable.

La resolución de las quejas de los clientes no necesita involucrar y frecuentemente no involucra que se vea a toda la familia. Watzlawick y Coyne (1980) describen un caso en el cual los participantes en la sesión se quejaron de que no se estuviera tratando

bien el estado del padre (que se recuperaba de un ataque). Los autores dicen que esta terapia "trata al paciente deprimido sólo a través del contacto con su familia" (pág. 17). Pero el "problema" no era la depresión del señor B., sino las quejas de los otros miembros de la familia. La terapia creó una solución para esas quejas. Los efectos sobre el señor B. proporcionan un buen ejemplo sobre cómo una parte de un sistema cambia como resultado de cambios en otras partes del sistema, sugiriendo una vez más que el paciente es *el problema*, y no la familia o el individuo.

De hecho, Coyne (1984) va más lejos y sostiene que hay "buenas razones para no entrevistar juntos a ambos miembros de una pareja cuando uno de ellos padece depresión, por lo menos inicialmente" (pág. 55). Por ejemplo, la esposa no deprimida puede estar en camino de terminar con el matrimonio y sólo aguarda que el marido deprimido mejore lo suficiente para iniciar los trámites del divorcio. O bien cada cónyuge puede albergar algunas ideas mágicas sobre aquello a lo que se parecerá o deberá parecerse el matrimonio cuando el miembro deprimido mejore. Además, puede ser más fácil "obtener información clara sobre incidentes claves en ausencia de uno de los miembros de la pareja. Al estar juntos, ellos tienden a caer en una pauta de inhibición y repliegue o, alternativamente, en estallidos emocionales, críticas al carácter y acusaciones" (pág. 56). Desde luego, este tipo de datos pueden ser importantes, pero un informe individual de cada miembro por separado es igualmente útil para hallar una solución al problema.

Caso ejemplo: Ojo por ojo¹

Este caso ilustra la aplicación del concepto sistémico de totalismo a la solución de una dificultad marital expuesta por la mujer cuando concurrió a terapia. La terapia no incluyó en ningún momento al esposo; en realidad, él no fue invitado. Los cambios en la conducta del esposo pueden ser vistos como resultados de las diferencias en la conducta de la mujer y en el modo en que ella encuadró la situación.

La señora Johns experimentaba desesperación y pánico respecto de su matrimonio. Se quejó de que el esposo con frecuen-

¹ Explicaciones adicionales del material de este caso aparecen en de Sha-zer y Berg, 1984.

cia salía por la noche sin ella, que volvía hacia las 4:30 de la madrugada o directamente no regresaba al hogar. El le decía que lo pasaba con un amigo soltero, y ella le creía. Siempre que expresaba su molestia, el esposo la confortaba, le daba seguridades sobre la relación matrimonial y afirmaba que no había nada por lo que debiera preocuparse. En consecuencia, la mujer continuó aceptando esas salidas, e incluso le daba un beso de despedida y le deseaba "que lo pasara bien", porque ella sentía que saldría de todas maneras, sin importarle lo que dijera o hiciera.

Mientras tanto, ella permanecía en el hogar y sufría dolores de estómago, diarrea, depresión, crisis de llanto, dolores de cabeza y recientemente ideas suicidas, que rechazaba porque tenía dos hijos, de cuatro y seis años. Pero sus prioridades eran claras: quería salvar ese matrimonio y estaba dispuesta a hacer casi cualquier cosa para lograr que funcionara.

Ella había tratado de hablar con el hombre sobre el problema; trató de aceptar la situación pasivamente; después le volvió a hablar algo más. Puesto que con regaños y sufrimiento no había logrado retenerlo en la casa, quería saber qué hacer para que las cosas cambiaran. Veía con claridad que cualquier cambio tendría que ser suyo, puesto que para el marido todo estaba perfecto. Si no podía impedir que saliera por las noches, quería poder aceptarlo sin sentirse emocionalmente trastornada. Veía la situación como parte de su trabajo de "esposa" y como el precio que debía pagar por ese matrimonio. La señora Johns había modificado repetidamente su conducta con la esperanza de cambiar la del marido, lo que indicaba que probablemente estaba dispuesta a probar con más conductas nuevas, a hacer algo diferente.

El señor Johns era detective, y a los detectives por lo general les gustan los misterios. Este hecho, y el de que no sabía que su mujer estaba asistiendo a terapia, impulsó el diseño total para resolver el problema.

El terapeuta felicitó a la señora Johns por su honestidad y su paciencia en esa situación de prueba, y también la felicitó por haber intentado todo lo que pudo imaginar para resolver el problema. Pero parecía que no había sido lo suficientemente misteriosa. Todo matrimonio necesita de algún misterio, y puesto que la señora Johns se describía a sí misma como un libro abierto, el terapeuta sospechaba que su esposo detective, que necesitaba más que la cantidad promedio de misterio, se sentía desocupado.

El terapeuta preparó entonces una lista con una variedad de cosas que la señora Johns podría hacer para ganar en misterio,

como por ejemplo vestirse y salir antes de que él se fuera, sin explicaciones, o no estar en la casa cuando él volviera a las 4:30 de la madrugada, y no aclarar nada.

Se le previno que no hiciera demasiadas cosas muy rápidamente, pero podría pensar sobre ese tipo de procedimientos para poner a punto un plan. La señora Johns pensaba que las sugerencias eran buenas y reconocía también que eran lo opuesto a lo que había estado haciendo.

Al comienzo de la segunda sesión, la señora Johns dijo: "Supongo que en cierto sentido he logrado mi objetivo. ¡Mi marido no salió esta semana!" Por primera vez en dos años, había transcurrido una semana sin que el hombre saliera solo de noche. Puesto que tenía un plan, sentía que controlaba la situación. En la tercera noche posterior a la sesión previa, la señora Johns salió sola (ojo por ojo), y volvió a la 1. El la estaba esperando, pero no hablaron sobre el punto.

Aunque la conducta de ella podría no haber interrumpido las salidas del esposo, tuvo tal efecto esa semana (por lo menos según ella lo narraba). De modo que en todo caso se hacía la ilusión de controlar la conducta del hombre mediante un mayor control de la suya. Este cambio fructuoso bastó para generar una mayor confianza, que impulsó cambios adicionales y la consecuente solución del problema.

El terapeuta la congratuló por lo que había hecho de diferente y por lo que había planeado hacer en futuras noches si el señor Johns salía solo y ella no quería que lo hiciera. El terapeuta también sugirió que ella misma lo urgiera a salir una noche, y que insistiera en que no regresara hasta la 1 o las 2. A la señora Johns le gustó particularmente esa idea, puesto que le parecía que lo iba a sorprender a él como la había sorprendido a ella.

En la sesión final, la señora Johns informó que todo iba muy bien. Ella había puesto en práctica las ideas del terapeuta, que dieron resultado. En la primera semana posterior a la sesión previa, el señor Johns había salido, pero ella supo que iba a hacerlo con la suficiente antelación como para preparar un plan. Llamó a una *baby-sitter*, salió de compras y alquiló una habitación de motel para pasar la noche. Cuando volvió a las 5 de la madrugada, él ya estaba en la casa. Había regresado a las 2. No le preguntó a dónde había ido o qué había estado haciendo, y ella no tomó la iniciativa de decirle nada. El no volvió a salir.

Cuatro semanas más tarde, el señor Johns le pidió permiso para salir. (Nunca lo había hecho antes.) Ella respondió: "Tienes

que hacer lo que sientes que quieres hacer". El decidió salir e invitarla a pasar la velada con su amigo y la novia. "Consideré que no era deseable, porque entonces sabría exactamente dónde estaba yo y qué estaba haciendo, de modo que le dije: 'No, ya hice planes para salir' ". Unas horas más tarde él le propuso: "Cancelemos los dos nuestros planes y pasemos la noche juntos". Eso fue lo que hicieron. El cambio en la conducta del esposo fue exactamente el que la mujer deseaba que se produjera, y por lo tanto se había alcanzado la meta de la terapia.

Caso ejemplo: Creando una sed de cambio

Este caso ejemplo ilustra también un tratamiento influido por el principio del totalismo. El terapeuta decidió que no serviría a ningún buen propósito el que la madre trajera a la fuerza a su hija renuente o a su esposo desinteresado.

La señora Webster concurrió a terapia quejándose de que no hubieran querido acompañarla ni su esposo ni su hija Colleen, de 16 años, la que, después de todo, era la que constituía el problema. Durante años, ambos progenitores habían estado en desacuerdo sobre el modo de conducir a Colleen. En ese punto habían perdido el control de las cosas, y el señor Webster todavía no podía ver la necesidad de requerir ayuda, porque pensaba "ya se le pasará". La señora Webster decidió solicitar terapia después de haber leído una nota sobre nuestro enfoque "radical" en el periódico local. Ella quería realmente traer a su hija, pero sabía que no vendría porque el señor Webster se pondría de su parte.

La perturbadora conducta de Colleen, tal como la describía la señora Webster, incluía: no concurrir a clases, levantarse tarde y perder el transporte escolar; obtener notas de pobres a horribles; dejar prendas de vestir y deshechos repartidos en toda la casa; no realizar las tareas domésticas que se le asignaban; hostigar a los cuatro hermanos menores; ser desagradable; irse cuando se le había prohibido salir, mentir, robar y fumar en su habitación. La madre informó que por su parte para Colleen lo único que estaba mal consistía en que ella (la señora Webster) era injusta y le exigía demasiado. La señora Webster entendía que Colleen necesitaba comprender que tenía estos problemas y también que la joven necesitaba terapia para resolverlos.

El equipo le hizo llegar a la señora Webster el siguiente mensaje:

Nos ha impresionado su preocupación por el hecho de que Colleen está yendo al infierno en una cesta, y su decisión de actuar antes de que las cosas lleguen a ser tan críticas que la cesta se desfonde. A veces es difícil saber cuándo actuar, cuándo hacer algo diferente, si hay caos y confusión. A pesar de esto, usted pudo describir claramente su situación, y por lo tanto tenemos el principio de una imagen o un punto de partida para llegar al manejo del problema.

Lamentamos no tener esta noche nada "radical" para sugerirle, aunque podríamos tenerlo en el futuro. Sugerimos sin embargo que mantenga en secreto el hecho de que ha venido aquí, si su hija todavía no lo sabe.

Para poder ayudarla a que se enderece, usted necesita conducirla a una situación en la que tenga tanta sed que, cuando usted la lleve hacia el agua, ella no pueda dejar de beber.

Le sugerimos que piense seriamente en el modo de devolverle la pelota y conseguir que esté sedienta.

La señora Webster comprendió que no pretendíamos que arrastrara a Colleen trayéndola a terapia con ella, pero quedamos de acuerdo en que si la joven creaba algún problema, ella podría venir.

En la época de esa primera sesión, la señora Webster tenía tantas quejas que no podía centrarse en una que mereciera nuestra atención inicial. De modo que aunque las quejas eran más bien específicas, ninguna de ellas conducía a una meta suficientemente específica como para que resultara útil. Quería que Colleen se corrigiera por completo y no aceptaba que un cambio pequeño fuera signo de progreso. En consecuencia, el equipo optó por una "tarea de pensamiento" que podría ayudar a la señora Webster a centrarse en algo específico en la segunda sesión. El equipo también trató de redefinir la situación en términos tales que la propia cliente pudiera *hacer algo además de quejarse*.

En la segunda sesión, la madre informó que la conducta de Colleen había ido de mal en peor. Esto indujo a la señora Webster a pensar en abandonar el *college* por el momento para "cuidar" a Colleen. Esta fue la única alternativa que pudo imaginar. Pero no era eso lo que quería hacer, y confiaba en que nosotros tendríamos alguna otra cosa en mente. El terapeuta le aseguró que teníamos en mente algo mucho más pequeño.

El terapeuta concordó en que si la señora Webster abandonaba el *college* bien podría lograr que Colleen se levantara y saliera a horario para la escuela, pero ése era el tipo de sacrificio que la

joven había visto realizar antes a su madre. Presentamos el siguiente enunciado:

Pensamos que, puesto que usted nunca sabe qué puede esperar de Colleen, pero ella sabe qué esperar de usted, es necesario que esto cambie. Creemos que usted tiene que hacer cosas que Colleen no puede esperar que usted haga, y produzcan en ella una sed de cambio.

El terapeuta contó una historia sobre una madre que resolvió un análogo problema mañanero. Lo que hizo fue entrar a hurtadillas en la habitación de su hija después de que ella se hubiera dormido y adelantó en dos horas la alarma del despertador. Al día siguiente la hija se deshizo en maldiciones, pero la madre guardó silencio. Por la noche, puso la alarma con un retraso de tres horas. Otra vez la hija se levantó maldiciendo. La tercera noche la madre dejó la alarma en su lugar, y la hija se levantó a horario al día siguiente y la mayor parte de los días de allí en adelante.

El terapeuta contó otra historia sobre una madre que estaba irritada con su hija porque ésta no recogía su ropa sucia, etcétera. Un día, cuando la hija había salido, la madre le robó algunos elementos de maquillaje. No habló para nada de recoger la ropa sucia. La hija se quejó mucho por el maquillaje perdido. La ropa sucia seguía sin ser recogida, y unos días más tarde la madre ocultó todos los zapatos del pie izquierdo del calzado de su hija. Cuando ésta se quejó, la madre le dijo sencillamente que ella sabía lo que tenía que hacer para que le devolvieran los zapatos. La hija no sólo recogió la ropa sucia, sino que también realizó algunas otras tareas domésticas. La madre, sabiendo que la joven tenía una "cita importante", le devolvió el zapato izquierdo del peor juego. La hija no se quejó y las tareas domésticas nunca volvieron a ser un problema.

La señora Webster se reía entre dientes mientras escuchaba estas historias verdaderas e imaginaba claramente el tipo de cosas que le estábamos sugiriendo. En las semanas siguientes, empleó algunas de estas técnicas e inventó otras por cuenta propia.

En la sesión final, la señora Webster informó que los cambios en la conducta de Colleen se habían extendido desde el hogar a la escuela. Por primera vez en dos años, se llevó tarea para realizar en el hogar. Asistía a las clases regularmente y cumplía a tiempo con las tareas domésticas. Hasta el señor Webster había subrayado esos cambios, diciendo: "¿Has visto? Te dije que se le iba a pasar". La señora Webster no le dijo nada sobre la terapia y sobre el modo en que había conseguido que su hija estuviera sedienta.

Caso ejemplo: El veterano retirado²

Este caso ilustra el modo en que los cambios deliberados realizados por una persona pueden afectar no solamente al sistema marital, sino también al sistema circundante más amplio. El esposo no fue invitado porque las quejas parecían más fácilmente resolubles trabajando solamente con la mujer.

Dos meses antes de la sesión inicial, el señor C, de 72 años, residente en una clínica, había sufrido una inexplicable caída que lo dejó muy asustado y con algunos dolores ininterrumpidos. Según los médicos, no existía ninguna razón fisiológica para que no recobrar su anterior nivel de salud. Pero su estado empeoraba progresivamente, perdió nueve kilogramos y medio de peso, se negaba a abandonar el lecho, dejó de interesarse en sus anteriores actividades, se convirtió en irritable, rechazaba la atención del personal de la clínica y, en particular, exigía la presencia constante de su esposa.

Antes de esto, la señora C, que todavía trabajaba en jornada completa, visitaba a su esposo al caer la tarde y los fines de semana. En raras ocasiones en que no había podido ir a la clínica, él lo había aceptado, en la medida en que lo sabía de antemano.

Cuando al principio, después de su caída, el señor C. empezó a demandar su presencia, la esposa satisfizo sus deseos, pensando que ello aceleraría la recuperación del hombre. Pero éste parecía estar cada vez peor. Cuando más trataba de agraderle, más exigente e irritable se volvía. En ese punto se sintió totalmente atrapada. Si no lo visitaba diariamente y hacía todas las cosas que el señor C. pedía, él no sólo se enojaba con ella sino que también le creaba problemas al personal de la clínica. Este, a su vez, se quejaba a ella y la hacía sentirse culpable. Puesto que estaba por jubilarse y temía que su esposo exigiera su presencia durante todo el día, concordó en concurrir a terapia.

El señor y la señora C. concurren a la primera sesión en el Centro de Terapia Familiar Breve. El señor C. fue llevado en un transporte de la clínica puesto que se movilizaba en una silla de ruedas. Desde el momento en que entró, pareció extremadamente irritado. Negó que se le hubiera dicho cuál era el propósito de la reunión, y cuando se le informó al respecto preguntó:

²Explicaciones adicionales del material de este caso aparecen en de Shazer y Lipchik, 1984.

"¿Tan mal están las cosas?" Rechazó todos los intentos del terapeuta por establecer una buena comunicación, y se quitaba el audífono o alejaba del grupo la silla de ruedas cuando no le gustaba lo que estaba escuchando.

Detrás de la pantalla, parecía claro que el señor C. era un rudo veterano desalentado e irritado por su desvalimiento y dependencia. El terapeuta recogió esta idea por el teléfono, y cuando se la comunicó al hombre, éste se animó más que en ningún otro momento en la sesión. Afirmó que ya no era un rudo veterano, se sacó el audífono y alejó la silla de ruedas. Sin embargo, la señora C. concordó en que, antes de la caída, ella lo veía como un rudo veterano. El equipo especuló entonces que aunque el señor C. formulaba exigencias, la anuencia de la señora le resultaba enojosa y confirmaba sus temores de ser un enfermo terminal. El equipo le hizo llegar a la pareja el siguiente mensaje:

Jonathan, nos ha impresionado lo difícil que debe de ser para usted soportar todo esto, y no estar con Judith todo el tiempo pero, a pesar de ello, usted demuestra tener mucho espíritu. Todavía parece un hombre que sabe lo que quiere y que no se ha rendido. Todavía tiene mucho espíritu.

También nos ha impresionado que después de 42 años de matrimonio tenga tanto cariño por su esposa.

Judith, también nos han resultado tocantes sus esfuerzos por lograr que Jonathan sea feliz, mientras usted tiene además una vida propia. La mayor parte de las esposas no serían ni de lejos tan afectuosas y leales como lo es usted.

Pensamos que ambos están en una situación difícil, y el hecho de que usted, Judith, esté tratando de hacer lo mejor que pueda para los dos, no sólo para usted misma, es muy impresionante. Muchas mujeres no serían tan generosas.

Se fijó una nueva cita, sólo con la señora C. El equipo pensó que sería más útil trabajar con ella sola y construir con su colaboración un problema acerca del cual se pudiera hacer algo.

La actitud de la señora C. había cambiado un tanto cuando retornó a la semana siguiente. Pareció menos desvalida y habló de "endurecerse", aunque comentó: "Esa no es mi naturaleza". Temía que el cambio de conducta y la constante declinación del señor C. indicaran que los médicos no estaban viendo algo y él estuviera más enfermo de lo que ellos pensaban, o bien que su esposo se había dado por vencido. Dijo que visitarlo la aterraba, no sólo

porque se hubiera vuelto tan exigente, sino también porque el personal de la clínica estaba muy irritado con ella porque no lograba que el hombre se comportara mejor.

El terapeuta sugirió que para que el señor C. pudiera dejarla más libre, tendría que sentirse mejor él mismo y pasar a ser más independiente. El señor C. necesitaba un desafío, como por ejemplo el de demostrar que todavía podía hacer por su esposa algo como lo que solía hacer antes. Se sugirió que la señora Webster sacrificara algunas de sus actitudes serviciales e incluso que fingiera estar enferma, sentirse desamparada o dependiente, para lograr que el señor C. la ayudara.

Una semana más tarde, la señora C. informó que su esposo había tenido una semana muy buena. Por primera vez en meses demostró tener apetito y tomó nuevamente alimento sólido. Asimismo se manifestó de acuerdo en volver a su terapia física y estaba trabajando con empeño para recuperar su movilidad. Ella no sabía realmente cómo explicar esos cambios. Pero describió un hecho nuevo en su propia actitud y conducta. Informó que había dejado de ceder tanto a lo que él reclamaba. Cuando él no quiso acompañarla en el comedor mientras ella tomaba una taza de café, le dijo que volviera a su habitación solo, y que ella se le reuniría allí más tarde. El lo hizo. Ella decidió que era tiempo de dejar de tratarlo como si estuviera enfermo sin esperanza y llegado el caso volver a enfrentarlo, como en el pasado. Su esposo pareció algo sorprendido por esa conducta durante la semana, pero no se quejó demasiado de ella.

En lo esencial, las dos sesiones siguientes se dedicaron a promover esos cambios y a manifestar preocupación por una eventual recaída, que nunca se produjo.

Después de la caída del señor C, la señora C. y el personal de la clínica habían actuado con un encuadre según el cual ceder a la demandas de aquél resultaba "útil", lo que implicaba que el señor C. era "inútil", que ya no tenía fuerzas y que por lo tanto ya no era independiente. Cuanto más trataban de ser útiles, tanto más el señor C. se rotulaba a sí mismo como "inútil", puesto que se confirmaba su encuadre, construido a partir de sus temores y de su estado físico temporariamente debilitado. Así, dejó de comer y se confinó en el lecho para morir. Cuanto menos comía menos se movía, más se debilitaba; cuanto más "útil" se volvía la gente, más acabadamente confirmaba sus peores miedos.

Este es un ejemplo de cómo dos rótulos, "útil" e "inútil", pueden interactuar en perjuicio de todos. Las conductas que caen'

bajo cada uno de esos rótulos tienden a confirmar al otro rótulo y a contribuir al desarrollo de pautas de impulsión recíproca.

CONCLUSIÓN

En estos tres casos, el enfoque se funda en el empleo del principio del totalismo sistémico. En cada uno de ellos, una persona de la familia introduce deliberadamente algunos cambios en su conducta, los cuales impulsan cambios en los otros miembros de la familia e incluso en sistemas más amplios. A este enfoque se le ha dado el nombre abreviado o codificado de "ojo por ojo", puesto que de eso exactamente se trata. Los clientes comienzan a responder con la misma moneda a las conductas de terceros que generan las quejas, en lugar de continuar desempeñando el papel de víctimas. Puesto que los otros ya no pueden predecir lo que va a ocurrir a continuación, comienzan a comportarse como para eliminar o llevar a una expresión mínima la acción de represalia del individuo que se queja.

En cada caso se logró el ajuste porque el terapeuta y el cliente construyeron el problema de modo tal que el individuo podía hacer algo para resolverlo en los sistemas interaccionales más amplios. El encuadre de la situación se ajustaba a la visión del mundo de los clientes y de este modo se alcanzaron las soluciones.

LLAVES MAESTRAS

La mayor parte de los escritos sobre terapia breve, terapia sistémica y terapia estratégica se han centrado en intervenciones "a medida", diseñadas para situaciones peculiares. Pero este capítulo y el Capítulo 9 describen intervenciones que han resultado útiles en una amplia variedad de situaciones difíciles. Coincidentemente con nuestro trabajo, Selvini Palazzoli y Prata (1980) inventaron una prescripción invariante frente a ciertas familias ("casos desesperados"). Ellos sostienen que en esa prescripción "encontraron el trampolín para alcanzar el corazón del problema. Además, esto se logró *sin* tomar en cuenta una gran cantidad de detalles que podían hacernos perder la línea" (bastardillas agregadas). Tanto su prescripción (que sigue una fórmula) como nuestras "tareas de fórmula" (cada una de las cuales está estandarizada) sugieren algo sobre la naturaleza de la intervención terapéutica y el cambio, que no ha sido descrito claramente antes: las intervenciones pueden iniciar el cambio sin que medie una primera comprensión detallada del terapeuta en cuanto a lo que ha estado sucediendo.

Pero, ¿qué es lo que ha estado sucediendo? Tanto el equipo del Centro de Terapia Familiar Breve como el equipo de Milán parecen pensar que el terapeuta no necesita conocer muchos detalles de la queja a fin de por lo menos iniciar la solución del problema. En consecuencia, las intervenciones sólo tienen que impulsar la iniciación de algunas *nuevas* pautas de conducta. La naturaleza exacta de la perturbación no parece importante para la generación efectiva de soluciones, porque la intervención sólo necesita ajustarse. Solamente se necesita una ganzúa o llave maestra, y no la llave única diseñada para copiar específicamente el perfil de una cerradura específica.

ESCRIBIR, LEER Y QUEMAR

Yo desarrollé la primera de las que ahora denominamos "intervenciones de fórmula" para un caso específico en 1969. Una joven había roto con su novio, en gran medida contra su voluntad. Durante meses después de esa ruptura quedó obsesionada por el episodio, soñaba con él y se culpaba a sí misma, tratando de descubrir qué era lo que había hecho mal. Recordaba las cosas buenas que habían sucedido, y también las malas, principalmente el fin inesperado e insensato de una relación que ella consideraba encaminada al matrimonio. En la época de la primera sesión, estos pensamientos habían llegado al límite de la pesadilla. Pensaba sobre el muchacho todo el día... y toda la noche también.

Después de explicarle que era normal que hubiera pensado mucho sobre esas cosas, y que ella necesitaba hacerlo para superar el daño y el dolor, le asigné las tareas siguientes como una manera de concentrar sus esfuerzos a fin de que pudiera continuar con su vida:

- 1) Tenía que encontrar un lugar cómodo en el que pudiera pasar a solas un rato tranquilo por día, siempre a la misma hora. El lapso no debía ser menor de una hora, ni mayor de una hora y media; todos los días tenía que concentrar sus esfuerzos en:
- 2) en los días impares, debía poner por escrito todos sus buenos y malos recuerdos sobre el ex novio. Tenía que escribir durante todo el período, aunque no más de una hora y media, incluso aunque ello significara repetir una y otra vez las mismas oraciones.
- 3) En los días pares, debía leer las notas del día anterior y después quemarlas.
- 4) Si estos pensamientos indeseados volvían a ella en otros momentos, fuera de horario, ella debía decirse a sí misma: "Ahora tengo otras cosas sobre las que pensar; pensaré sobre esto en el horario que corresponde", o bien tomaría una nota para recordar esos pensamientos y volver sobre ellos en el horario asignado.

Al cabo de tres días cesaron las pesadillas, y los "pensamientos obsesivos" concluyeron el quinto día. Entonces la joven aban-

donó la tarea de escribir, leer y quemar porque tenía cosas más interesantes que hacer.

El ritual de escribir, leer y quemar debe ser transmitido con fe por el terapeuta, porque a algunos clientes les parece improbable que pasar de pensar algo a escribirlo y quemarlo pueda constituir una solución. A lo largo de los años, los clientes han explicado cómo opera este ritual.

- 1) Objetiva sus preocupaciones o les da un carácter más concreto.
- 2) No caer en los pensamientos perturbadores es más fácil porque hay un tiempo previsto para ellos.
- 3) Puesto que los pensamientos "malos" ya no están prohibidos, resulta más fácil pensar sobre otras cosas.
- 4) Las perturbaciones se van literalmente con el humo.
- 5) El cliente comprende que tiene "cosas más interesantes que hacer".

Esta fórmula es útil cuando el cliente se queja de "pensamientos obsesivos" o "depresivos". Lo más frecuente es que los clientes no escriban más de tres veces antes de descubrir cosas más interesantes que hacer, y que los pensamientos perturbadores hayan desaparecido. A veces, las personas convierten estas notas en diarios. El terapeuta podría sugerir que si no van a quemar esas notas, tendrían que empezar un nuevo diario cuando los pensamientos indeseados hayan desaparecido por una semana o dos. En realidad, la tarea puede ser drásticamente modificada y seguir siendo eficaz. Recientemente, un hombre que tuvo que pasar por un divorcio indeseado se quejó de pensar tanto sobre el tema que no podía trabajar adecuadamente. Se le asignó la tarea de escribir, leer y quemar. En la sesión siguiente, tres semanas más tarde, informó que sus pensamientos estaban bajo control, cosa que había logrado siguiendo solamente el cuarto paso del ritual: posponer el tiempo de concentración para el día siguiente. Al día siguiente se mantenía tan ocupado que no tenía tiempo para pensar. Después de cinco o seis días ni siquiera esto le resultó necesario.

LA TAREA DE LA PELEA ESTRUCTURADA

En 1974 inventé la tarea de la "pelea estructurada" con la finalidad de que se ajustara a una peculiar situación problemática de la pareja, con algunos resultados sorprendentes (de Shazer, 1977). Esta fórmula ha demostrado ser útil en el proceso de promover la solución cuando ambos miembros de la pareja se quejan de sus disputas o peleas. El ritual comprende cuatro pasos.

- 1) Arrojar una moneda al aire para ver quién comienza.
- 2) El vencedor se dedica a echar pestes durante diez minutos ininterrumpidos.
- 3) Es el turno del otro miembro de la pareja, que también se toma diez minutos.
- 4) Deben pasar diez minutos de silencio antes de que se inicie otra vuelta arrojando de nuevo la moneda.

Esta intervención está específicamente diseñada para ajustarse a situaciones en las cuales ambos miembros de la pareja se quejan simultáneamente de peleas o disputas que no parecen conducir a ninguna parte. No es útil para solucionar la gama más amplia de queja que los clientes llevan al terapeuta, por ejemplo, cuando sólo uno de los esposos se queja de las disputas. Sin embargo, la transferibilidad de estas dos "tareas de fórmula" nos da la idea de que ciertas tareas construidas adecuadamente pueden emplearse una y otra vez, con ligeras modificaciones, en una variedad de casos semejantes. La misma solución se puede emplear reiteradamente sin tener en cuenta los detalles específicos de la queja.

"HAGA ALGO DIFERENTE"

La tarea "haga algo diferente" fue creada en 1978 para ajustarse a un caso específico. Los resultados que la familia informó haber obtenido nos impulsaron a desarrollar una versión con forma de fórmula para aplicarla a otros casos similares. Los criterios para el empleo de esta fórmula fueron rápidamente reconocidos: una persona se queja sobre la conducta de otra y, habiéndolo intentado "todo", queda fijada a la misma reacción reiterada, mientras

la conducta perturbadora continúa. El enunciado de la tarea ha sido completamente normalizado. En este caso el mensaje se dirige a los padres de una adolescente.

Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, nos gustaría que cada uno de ustedes, una vez, cuando sorprenda a Mary mirando televisión en lugar de hacer lo que debe, haga algo diferente, por más extraño, fantástico o disparatado que pueda parecerle. Lo único importante es que sea lo que fuere lo que se decida hacer, es necesario que sea algo diferente.

La tarea "haga algo diferente" es fácilmente transferible a una amplia variedad de casos, en parte porque el enunciado no es específico. Puesto que no se prescribe una acción en particular, los clientes pueden optar entre una muy amplia gama de modos posibles de cooperar. Además, el enunciado puede ser fácilmente adaptado por el terapeuta para que se ajuste a los rasgos específicos de un caso. Otra clara ventaja consiste en que, para emplear estas fórmulas, el terapeuta no necesita saber específicamente qué es lo que los clientes ya han hecho; es decir que la queja puede estar construida con vaguedad. Esto es afortunado, puesto que a algunos clientes les resulta muy difícil ser concretos al describir sus propias conductas en las sesiones de terapia.

La llave maestra "haga algo diferente" se ajusta a situaciones particulares y sin embargo es tan general que puede ser transferida de situación a situación sin grandes variaciones. Las quejas parecen tener una estructura muy similar en situaciones múltiples. Un pequeño cambio "espontáneo" en respuesta a una indicación generalizada ("haga algo diferente") puede impulsar las soluciones. Es muy frecuente que el terapeuta no pueda predecir qué respuestas diferentes desplegarán espontáneamente los clientes.

En términos simples, las soluciones involucran hacer algo diferente de lo que se ha hecho antes y que no dio resultado. Un ejemplo tomado de una situación no terapéutica ilustra el punto perfectamente bien.

Policía inspira miedo a un muchachito

Wichita, Kan. AP. Un niño de 10 años dijo a la policía que había forzado la entrada a su escuela para recuperar su cuaderno y hacer de-

beres que le faltaban, pero la confesión sólo se logró después de que un oficial amenazó con dejar de respirar hasta que el muchachito hablara, informó la policía.

Oficiales alertados sobre la presencia de un merodeador en la escuela elemental de Wichita el domingo por la mañana encontraron al niño de 10 años rondando el edificio. El niño se negó a hablar, de modo que los oficiales se lo llevaron para interrogarlo, según el informe policial.

"Los oficiales no pudieron convencerlo de que confesara su intento, y comenzó una batalla de fintas entre el sospechoso y el teniente David Warry", dice el informe policial.

El jovencito se mantuvo firme frente al insistente interrogatorio, declarando poco más que su nombre, según el informe.

"Exasperado, el teniente amenazó con dejar de respirar hasta que confesara", continúa el informe.

"Esto ya era demasiado, y el jovencito espetó a los policías que había entrado en la escuela para recuperar una tarea para el hogar, con el fin de que no le pusieran un cero cuando la escuela abriera sus puertas el lunes" (*Milwaukee Journal*, enero 31 de 1984).

La queja o el tipo de queja particulares no parecen importar mucho, y tampoco parece ser importante cuál es la cosa diferente que se haga; basta con que sea lo bastante diferente y eficaz y que se ajuste.

Cuando los clientes describen lo que los está perturbando, por lo general refieren todas las cosas "diferentes" que han resultado inútiles. No obstante, un examen más estrecho de esas cosas con frecuencia revela que todas ellas pertenecen a la misma clase lógica: por lo tanto, no eran suficientemente diferentes. El castigo es castigo, ya sea reconvención, restricción o gritos. Decirse a uno mismo que debe perder peso, ponerse a dieta, escuchar al médico que nos dice que debemos perder peso: todas éstas son conductas del mismo tipo si no producen los resultados deseados. (En cambio podría ser útil decirnos o que nos digan que empecemos a ser personas delgadas.) Puesto que los clientes no parecen encontrar la cosa diferente que deben hacer, o la cosa que deben hacer de modo diferente, continúan quejándose.

En realidad se desconoce el modo en que las quejas se desarrollan en la mayor parte de los casos. Pero podríamos (reconstruir una historia como si involucrara un árbol completo de decisiones del tipo "o esto o aquello": 1) si el hecho de que el marido llegue tarde al hogar es visto como normal, la rama termina; si se lo ve como anormal, la rama continúa y se divide en 2) es malo o no es cuerdo; 3) si es malo corresponde una consecuencia negati-

va; si no es cuerdo, se requiere un tratamiento. Sin embargo, esto es demasiado simple, porque cada división representa los encuadres de dos personas (marido y mujer), y la causa de la disputa es la interpretación que se da a la situación. Cuando, por su falta de resultados, se cuestiona la decisión de que "es un mal esposo y por lo tanto tiene que ser castigado", no por ello se considera que su conducta sea normal ni se pone fin a los intentos de acabar con las llegadas tarde; lo que se hace es cambiar el rótulo "malo" por el rótulo "no cuerdo" y se solicita tratamiento, porque subsiste el rótulo de "problema".

Con frecuencia, la tarea "haga algo diferente" es más útil cuando los clientes se quejan de la ineficacia de su reacción a algunas secuencias reiteradas de acontecimientos (por ejemplo, cuando un niño tiene berrinches, ante los cuales los padres reaccionan de la misma manera ineficaz). Esta intervención directa pero específica ofrece al cliente una amplia gama de nuevas conductas posibles y asegura que la conducta elegida se ajustará a ellos y no irá más allá de sus posibilidades.

Caso ejemplo: Bizcochos

Un niño de ocho años de edad tenía berrinches tanto en el hogar como en la escuela. Como procedimientos típicos se lo había retenido después de hora, se lo había sermoneado, y algunas veces se le dieron unas nalgadas. Pero de este modo no se interrumpieron los berrinches. Tanto en el hogar como en la escuela se probó recompensarlo en los intervalos entre estallidos, pero resultó inútil. Cuando se producían los accesos, los padres se encontraban frecuentemente tratando al niño a los gritos. Al final de una sesión a solas con los padres, el terapeuta les dijo que hicieran "algo diferente la próxima vez que Josh tenga un berrinche, por más extraña, fantástica o disparatada que la cosa pueda parecer. Lo único importante es que, sea lo que fuere lo que decidan hacer, tiene que ser algo diferente".

Durante el siguiente berrinche, el padre le dio a Josh un bizcocho sin decirle una palabra. El berrinche se detuvo. Cuando la madre fue testigo del acceso siguiente, comenzó a danzar en círculos alrededor del niño mientras él daba puntapiés y chillaba. También se interrumpió esa conducta. Después, ni los padres ni la escuela informaron que se hubiera producido otro berrinche. Tanto el hecho de dar un bizcocho como el de danzar eran comporta-

mientos previamente excluidos de la pauta de los accesos, y su empleo demostró ser lo bastante diferente como para impulsar la solución.

A primera vista, esta solución parece ir contra lo intuible. ¿Por qué el bizcocho no habría de actuar como recompensa o refuerzo, en lugar de ser la solución para el episodio? Podría parecer que la conducta del padre promovía los ataques en lugar de detenerlos, pero no lo hizo, porque la secuencia berrinche-bizcocho daba forma a un nuevo contexto en el cual el niño no sabía qué esperar del padre, salvo que no se repetirían los castigos, sermones o penitencias habituales. Es posible que si el niño hubiera tenido otro berrinche y el padre hubiera vuelto a darle un bizcocho, en lugar de hacer algo diferente, ese bizcocho se habría convertido en un refuerzo. Pero tal como habían sido las cosas, la reacción singular demostró que era una solución.

Caso ejemplo: Miedo a lo desconocido

Otra pareja, que enfrentaba accesos semejantes y a la que se asignó la misma tarea, informó que habían sido incapaces de imaginar qué podían hacer de modo diferente. No había surgido la necesidad, puesto que el hijo no había tenido berrinches durante el intervalo de dos semanas. A diferencia de lo que ocurrió en el Caso anterior, el niño había estado presente cuando se asignó la tarea "hacer algo diferente". El terapeuta interrogó al jovencito respecto de la ausencia de ataques, y el niño respondió: "Yo estaba acostumbrado a saber exactamente qué iban a hacer, pero ahora no lo sé". Decidió que en lugar de averiguar qué podrían hacer sus padres de diferente, dejaría de tener berrinches. En este caso, los padres no tuvieron que imaginar algo diferente que hacer, porque el que hizo algo diferente fue el niño, y los berrinches cesaron por completo.

Caso ejemplo: Excremento de toro¹

Después de un año y medio de terapia que "no iba a ningún lado", los padres trajeron sus quejas sobre el hijo de 16 años a

Steve Hunter y Arnold Woodruff, del Youth Service Bureau, McHenry County, Illinois, informaron sobre esta terapia realizada por su equipo.

los nuevos terapeutas. Se quejaron de lo "estúpidas" y "vulgares" que eran las mentiras de Wayne; no obstante lo cual las encontraban difíciles de soportar. No podían entender *por qué* Wayne necesitaba mentir tanto. Les parecía que lo habían intentado todo: sermones, bofetadas, prohibición de salir, otro tipo de restricciones. Pero "nada le hacía efecto".

Después de felicitar a los padres por su persistencia, el terapeuta comentó que estaba seguro de que el equipo había visto solamente "la punta del témpano". Les sugirió que por el momento no cambiaran nada, porque las cosas podrían empeorar. El equipo también le pidió a la familia que observara entre sesiones qué estaba ocurriendo entre ellos que desearan que no dejara de ocurrir. (Véase en el Capítulo 9 un estudio detallado de esta "tarea de la primera sesión".)

En la segunda sesión la familia habló durante media hora sobre todas las cosas que querían que continuaran ocurriendo. Cuando el terapeuta intentó una vez más establecer un objetivo concreto, la familia lo encontró imposible. Ellos "sólo querían saber", con lo cual Wayne "se sentiría mejor acerca de sí mismo".

El equipo fue impresionado por el sentido del humor de la familia, y así se lo hizo saber; también les comunicó cuánto los había impresionado la cantidad de cosas que querían que continuaran. Siguieron con el mensaje siguiente:

El equipo está dividido y confundido acerca de las dificultades que ustedes describen y del mejor modo de superarlas.

1) Un miembro del equipo dice que debe de haber algún profundo problema subyacente que está motivando las mentiras y tonterías, y habló (vagamente) sobre algún tipo de complejo que yo no comprendo. Le parece que para que podamos descubrir esto, Wayne tendrá que decir la más obvia y desafortunada mentira de su vida a todos los miembros de la familia, y con todos los indicios descubriéndolo. Y que el absurdo de la situación creará las condiciones en las cuales cada uno podrá comprender "por qué" Wayne miente.

2) Un segundo miembro del equipo piensa que ustedes están básicamente en la buena senda, y que deben seguir haciendo lo que están haciendo al mantenerse juntos como un equipo. En realidad, este terapeuta siente que la conducta de Wayne puede mantenerlos juntos como equipo. Y que ustedes tienen que continuar deliberando y que, la próxima vez que Wayne mienta, deben hacer algo diferente, algo que Wayne no espere.

3) Un tercer miembro de nuestro equipo cree que están yendo demasiado lejos demasiado pronto, que deben avanzar con algo más

de lentitud y ser cautelosos con la introducción de cambios adicionales mientras no sepan "por qué" Wayne miente.

4) Yo estoy absolutamente confundido y exhausto por todo esto, pero creo que ustedes tienen que volver a su casa y pensar o aclarar cuándo y cómo sabrán que Wayne ha mejorado.

Tres semanas más tarde, la familia informó que había tenido un buen intervalo, con la única excepción de que una noche Wayne llegó a la casa con un atraso de tres horas y dijo la mentira más desaforada. Esto convenció al padre de que la próxima vez tenía que hacer algo atrozmente distinto. Decidió comprar a un vecino una cantidad de excremento de ganado y refregarlo en la cara de Wayne la próxima vez que lo sorprendieran mintiendo. Comprensiblemente, la mujer no le permitió hacerlo, de modo que fue a un negocio de novedades y compró un envase de *spray* rotulado como "repelente excremento de toro", que conservó a su alcance. La vez siguiente que Wayne mintió, el padre lo roció con el líquido maloliente. Después de la sorpresa inicial, todos percibieron el aspecto humorístico de la situación. Durante el resto del intervalo entre sesiones (aproximadamente dos semanas) los padres no sorprendieron a Wayne en ninguna mentira (un lapso récord).

El terapeuta felicitó a Wayne por su desempeño en la tarea de la "mentira desaforada", y al padre por su realización de la tarea "desaforadamente diferente", y a la madre por las dos cosas, por su buen sentido y su habilidad para mantenerse al margen de estas cosas entre padre e hijo (que era algo que ella estaba haciendo de modo diferente). El equipo previno a la familia en cuanto a que el proceso de cambio da tres pasos adelante y dos hacia atrás, y sugirió que no desatendieran la posibilidad de que hubiera más mentiras desaforadas. El padre dijo que estaba preparado.

La cuarta sesión, tres semanas más tarde, se abrió con la siguiente pregunta: "¿Cuántas veces tuvo que usar el repelente con Wayne?" El padre respondió que no había necesitado recurrir al repelente y que había hallado algunos modos "directos" para tratar con el muchacho cuando una o dos veces pensó que estaba mintiendo. No obstante, en ambos casos resultó que Wayne estaba diciendo la verdad.

Después de felicitar a la familia por los cambios y de manifestar preocupación por eventuales recaídas, el equipo programó una "sesión de seguimiento" al cabo de dos meses, sugiriendo que la familia podría cancelarla si en ese momento ya no la necesitaba.

Caso ejemplo: Un toque vale por muchas palabras

Una madre se presentó quejándose de los berrinches de su hijo sordo de 14 años de edad. Cuando el jovencito dejaba la escuela en la que estaba internado y volvía a su casa por no más de un fin de semana, las cosas marchaban muy bien. Pero cuando permanecía en el hogar por un período más largo, después de unos pocos días comenzaba a pelearse con Andy, su hermano de 11 años, se negaba a hacer lo que se le decía, ponía mala cara, golpeaba las puertas y se iba de la casa. Este tipo de conducta también se produjo en la escuela cuando no volvió a su casa un fin de semana. En una oportunidad, inmediatamente antes de programarse la primera sesión, el conflicto entre madre e hijo se había dado en el plano físico.

Durante la primera sesión resultó inmediatamente claro el profundo cuidado que los tres sujetos se dispensaban recíprocamente. Aunque Jimmy dijo "Están bromeando", los signos de la madre y de Andy eran perfectamente claros para Jimmy y el intérprete. La madre describió sus esfuerzos por atender al niño y la difícil decisión de enviarlo a un internado por su propio bien. Jimmy estuvo de acuerdo en que esa escuela era lo mejor para él. Ambos hablaron de las cosas agradables que podían suceder en los fines de semana, pero expresaron mucho temor respecto de las próximas vacaciones de tres semanas.

Durante la pausa, el intérprete pensó que a Jimmy podría resultarle difícil entender qué queríamos decir al pedirle que "hiciera algo diferente". Recordando que la madre había hecho referencia a oportunidades en que se habían dado sorpresas uno a otro, la tarea fue modificada.

El terapeuta sugirió que durante la semana siguiente, si uno de ellos pensaba que las cosas estaban acercándose a otro berrinche, ambos tendrían que sorprenderse grata y recíprocamente de algún modo. De hecho, aunque no se llegara a un "casi berrinche", tendrían que encontrar la manera de darse sorpresas agradables. Ninguno de los dos iba a conocer previamente la sorpresa, ni a preguntar: "¿Cuál es tu sorpresa?" Cada uno tendría que tratar de descubrir cómo iba a ser sorprendido. Al hermano menor se le asignó la tarea de observar e informar cómo se habían sorprendido recíprocamente.

En la sesión siguiente, Andy pudo hablarnos sobre las diversas sorpresas que había observado. Había sido una semana libre de problemas, y los hermanos encontraron modos de cooperar

en lugar de pelearse. Durante esta sesión resultó claro que por lo menos algunos de los berrinches de Jimmy formaban parte de un "juego" deliberado de exageración. A veces el hecho de que ni la madre ni Andy lo comprendieran, los llevaba al caos. Ni la madre ni el hermano habían tenido conciencia de esto.

El terapeuta le pidió a Jimmy que fingiera un berrinche o que jugara de ese modo por lo menos una vez en el siguiente período de dos semanas. La madre y el hermano tendrían que adivinar cuándo fingía y cuándo estaba encolerizado en realidad. Si pensaban que estaba fingiendo, la madre tenía que abrazar a Jimmy y Andy apretarle fraternalmente el brazo. La idea subyacente, que no les fue explicada, era llevar a la madre y al hermano a comunicarse de modo no verbal con el niño sordo, lo cual podría tener para él un carácter más real. Esto demostró dar resultado. En la sesión siguiente, la madre y Andy informaron haber cumplido, pero como no habían podido descubrir si los "berrinches" eran reales o fingidos, habían tenido contacto físico "por las dudas". Jimmy dijo que fingió en todos los casos. En una ulterior conversación telefónica, la madre informó que no podía diferenciar los berrinches reales de los fingidos, y que había decidido tratarlos a todos como fingidos. "Un abrazo es siempre lo mejor". Esto parece haber eliminado tanto las quejas en el hogar como en la escuela.

Caso ejemplo: Anticipación

Una mujer joven estaba muy preocupada por la depresión de su esposo cuando retornó después de haber estado unos días fuera de la ciudad. Dos o tres días por semana los pasaba siempre fuera de la ciudad en viaje de negocios. Cuando llegaba a la puerta de su casa, siempre parecía vencido y arruinado. El primer par de meses ella trataba de hacerlo cobrar ánimo, pero era inútil. Lo único que quería era retirarse a su taller. La mujer trató de hablar con él sobre lo que estaba sintiendo en diversas oportunidades, pero el hombre siempre respondía: "Nada anda mal". Ella temía que su marido no experimentara el deseo de volver al hogar. Trató de hacer cosas especialmente alentadoras, como por ejemplo invitar a sus mejores amigos para que lo esperaran en la casa al regreso o preparar su comida favorita. Todo resultó igualmente inútil, acrecentando la preocupación de la mujer. Pidió consejo a sus padres y a sus parientes políticos, los cuales se limitaron a

decirle que continuara con una conducta alentadora frente a la depresión de él y a sus propios miedos.

Después de oír esta descripción, el terapeuta le dijo a la mujer que, mientras su esposo estaba afuera, dedicara algún tiempo a imaginar qué era lo que el esposo esperaba que ella hiciera, después de lo cual tenía que "hacer algo diferente". Cualquier cosa podía determinar la diferencia y romper el hábito.

Mientras su esposo estaba fuera de la ciudad, ella decidió que lo que él menos esperaría sería no encontrarla en la casa al regresar. Le dejó una nota en la puerta de la cocina diciéndole que volvería tarde. En tanto la esperaba, él se preparó su propia comida. No estaba deprimido en absoluto cuando ella regresó. La semana siguiente, al llegar el marido ella estaba todavía pintando el baño; él preparó la comida para los dos sin dar signos de sentirse deprimido. La joven pensó que él había estado sintiéndose mal porque ella parecía echarlo de menos, haciendo que se sintiera culpable por estar tanto tiempo fuera de la ciudad. Decidió que ya no le permitiría advertir que el hecho de que se fuera la molestaba tanto.

La tarea "haga algo diferente" parece promover en el cliente cierta conducta fortuita, o aparentemente fortuita, permitiéndole alterar las secuencias conductuales que son parte de las quejas presentadas en terapia. En parte, esta tarea parece eficaz porque reafirma en el cliente la expectativa de que el cambio puede producirse y se producirá, y de que el propio cliente puede cambiar y resolver el problema.

Esta tarea parece más útil cuando la queja es interaccional, es decir, cuando los padres se quejan de la conducta del hijo y/o también de sus propias reacciones a ella, o cuando una esposa se queja de la conducta de su pareja y/o sus reacciones a ella. La misma idea de que es necesario "hacer algo diferente" se aplica asimismo cuando la persona se queja de su propia conducta, pero hay una tarea distinta que parece más útil en este último caso.

"PRESTE ATENCIÓN A LO QUE HACE CUANDO SUPERA EL IMPULSO DE..."

La principal variante de la tarea "haga algo diferente" es "preste atención a lo que hace cuando supera la tentación o el impulso de..." (por ejemplo, deprimirse, comer en exceso, gritarle a su espo-

sa, embriagarse). Está destinada a emplearse cuando una persona se queja de *su propia* conducta, o, de algún modo, de sí misma.

Toda queja puede verse como si involucrara una regla, o un conjunto de reglas, que determinan la conducta. No obstante, también hay excepciones a la regla. Es decir que aunque los clientes tienden a afirmar que la conducta perturbadora se produce *siempre*, hay condiciones más o menos similares en las cuales aquella conducta no aparece. Estas excepciones constituyen frecuentemente el mejor modelo para construir intervenciones, porque la conducta involucrada ya forma parte del repertorio del cliente, y en consecuencia la intervención se ajustará automáticamente. También será diferente, porque la excepción se aplica a la situación ligada a la regla, y sirve como algo nuevo o fortuito y en consecuencia respalda cierta probabilidad de impulsar respuestas nuevas o diferentes. Desde luego, señalar esta excepción a los clientes puede no ser muy útil, a causa del "siempre" con el que rotulan a la conducta o conductas. No pueden ver la excepción como excepción; la ven como algo accidental y desvinculado. Parece más útil para el terapeuta ayudar a crear un contexto en el cual los Chentes puedan descubrir por sí mismos que algunas excepciones son posibles y pueden aprovecharse fructíferamente. La tarea "preste atención a lo que hace cuando supera la tentación de..." tiene la finalidad específica de ayudar a clientes y terapeutas por igual para que descubran (y utilicen) las excepciones a la regla.

Caso ejemplo: Racconto

Una mujer joven solicita terapia preocupada por el temor a recaer en el consumo de drogas fuertes. Dos años antes había logrado abandonar la heroína, la cocaína e incluso los cigarrillos de marihuana. Recientemente se había sentido cada vez más tentada a retornar a los antiguos hábitos. A medida que crecía el impulso comenzó a apartarse de personas y actividades. En la primera sesión se le pidió que "prestara atención a lo que hacía cuando superaba el impulso de volver a las antiguas pautas que incluían drogas".

Una semana más tarde informó estar desempeñando más actividades, tener más contactos sociales y haber superado en todos los casos los impulsos peligrosos. Se le volvió a asignar la misma tarea, y durante la sesión siguiente (dos semanas después de la segunda) informó experimentar muchos menos impulsos y desarrollar más actividades. Sin que mediara sugerencia alguna del terapeuta,

ella pidió la repetición de esta tarea, y el terapeuta concorrió de buena gana. En la sesión final, dos semanas más tarde, informó que no sentía tentaciones y que podía dedicar tiempo al descanso y a no hacer nada sin que volvieran los impulsos que había temido.

El encuadre sugerido por esta tarea presupone que el cliente (los clientes en general) *superará* los impulsos o tentaciones (según el encuadre de esta cliente, las tentaciones se volverían muy difíciles de resistir) por lo menos durante parte del tiempo, y que el cliente quizá realizará algo diferente para vencer los impulsos. La construcción de la tarea también se propone que el cliente preste atención a lo que hace, es decir a su conducta, antes que a algún estado interior. En la sesión siguiente a la asignación de la tarea, el terapeuta suele comenzar con una pregunta como la siguiente: "Bien, ¿qué hizo usted cuando superó las tentaciones durante esta semana?" Esta pregunta presupone que el cambio se produjo y que el cliente hizo algo para vencer por lo menos algunas de las tentaciones. Con independencia de su respuesta, se lo alienta a percibir y emplear herramientas con las cuales ya ha derrotado la tentación de "volver a las antiguas costumbres". Una vez que el pensamiento en términos de "esto o aquello" ha sido reencuadrado para abarcar las clases de conducta excluidas, el cliente puede hacer algo diferente que se ajusta a él, puesto que es una idea suya y no del terapeuta.

Caso ejemplo: ¿Quién será el primero?

Una madre y su hijo de 15 años concurren a terapia porque ambos querían dejar de fumar. Después de explorar todas las razones para dejar de fumar o seguir fumando, el equipo asignó la siguiente variación de esta tarea para el hogar:²

Desde ahora y hasta la próxima sesión, presten atención a lo que hacen cuando vencen la tentación de fumar; presten también atención

²Se utilizó esta tarea, en lugar de la de "haga algo diferente", porque tanto la madre como el hijo se estaban quejando esencialmente de sus propias conductas, y no de que el otro o la otra fumaran. Si cada uno de ellos se hubiera quejado del otro, habría resultado más útil la tarea "haga algo diferente".

a lo que hizo el otro cada vez que superó esa tentación. La mitad del equipo piensa que será la madre la primera en dejar de fumar, mientras que la otra mitad piensa que será el hijo. No sabemos cuándo dejarán de hacerlo los dos.

El mensaje del equipo presupone que tanto la madre como el hijo vencerán el hábito, de modo que lo único que queda en duda es quién lo hará primero, y cuándo. Una semana más tarde tanto la madre como el hijo informaron que estaban fumando mucho menos y describieron en detalle las diversas actividades alternativas que hallaron por sí mismos, juntos y por separado. El equipo volvió a preguntarse quién llegaría primero a su objetivo. Finalmente (después de un total de cinco sesiones, todas las cuales incluían el mismo mensaje del equipo) ambos dejaron de fumar el mismo día, pero cada uno pretendió haberlo hecho primero.

Ocho meses más tarde ninguno de los dos fumaba.

Caso ejemplo: La crítica callada

Una mujer mayor concurre a terapia porque quería conservar su trabajo cinco años más, hasta jubilarse. Pero en ese punto se había convertido en crítica de su jefe. Cada vez que había ocurrido lo mismo en el pasado, había hablado y perdido su empleo. A su edad temía no poder encontrar otro trabajo. Se cuidaba del jefe y tenía miedo de que la contabilidad negligente del hombre condujera a problemas. Cada día la presión resultaba peor, a medida que tropezaba con dificultad tras dificultad. El día anterior a la primera sesión, se sintió tan apremiada por su impulso a ayudar que tuvo que salir antes de hora para no hablar.

El terapeuta, después de congratularla por haber resistido la presión, le pidió que contara el número de veces que se sentía impulsada a hablar durante cada día y que prestara atención a lo que hacía para superar esos impulsos. Informó que se sentía impulsada de 15 a 20 veces por día. Vencía la tentación cambiando de tarea, llamando por teléfono a un amigo, mascando goma, regando las plantas, y una vez corrigiendo el error sin decir nada, aunque ése no era su trabajo. El jefe advirtió la corrección y le agradó la iniciativa. Pero la mujer seguía temiendo que él la despediría si ella se ponía a señalar o corregir errores.

Después de felicitarla por los modos que había encontrado para vencer los impulsos y por haber tomado la iniciativa, el tera-

peuta subrayó que el jefe era afortunado por tener a alguien tan sensible trabajando para él y se preguntó si él se daba cuenta de la suerte que tenía. Volvió a asignar la misma tarea.

La mujer de nuevo encontró cosas que hacer en lugar de ponerse en crítica. Esto resultó ser bueno para ella, cuando el jefe la felicitó por "no cuidarlo como si fuese la mamá", y reforzó su decisión de no ponerse en crítica. Pero sentía que la presión se incrementaba. Para vencer las tentaciones, asumió responsabilidades crecientes por diversas tareas de la oficina, incluso corrigiendo errores sin que se le pidiera.

Seis meses más tarde tuvo un aumento sustancial por ser tan consciente con su trabajo y capaz de realizarlo sin demasiadas instrucciones.

CONCLUSIÓN

Las intervenciones de fórmula y el material de casos ilustran la creatividad de los clientes y los recursos que ya tienen antes de solicitar terapia. En cierto sentido, la terapia no añade realmente nada (la técnica del Mago de Oz): el terapeuta no le dice al cliente qué es lo que debe hacer diferente ni le enseña ninguna técnica nueva. Estas intervenciones son mínimamente intrusivas pero sus efectos parecen sumamente amplios. El efecto de irradiación o el concepto de totalismo nos proporcionan algunas ideas sobre el modo en que una pequeña diferencia puede convertirse en una diferencia lo suficientemente grande.

Capítulo 9

EL CAMBIO NO SOLO ES POSIBLE, ES INEVITABLE

TAREA DE FORMULA DE LA PRIMERA SESIÓN

"Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, a nosotros nos la mi me] gustaría qué observe, de modo que pueda describirnos [describirme] la próxima vez lo que ocurre en su [elija: familia, vida, matrimonio, relación] que usted quiere que continúe ocurriendo" (de Shazer, 1984; de Shazer y Molnar, 1984b).

El empleo continuado de la técnica de la bola de cristal (Capítulo 5) y de las tareas de fórmula (Capítulo 8) condujo a esta intervención de fórmula, que fue desarrollada a mediados de 1982 por de Shazer y Nunnally. La tarea de la primera sesión tiene la finalidad de cambiar el foco del cliente, llevándolo de acontecimientos pasados a sucesos presentes y futuros, e implícitamente se propone también promover expectativas de cambio. Con frecuencia los clientes tienen la expectativa de que los progresos serán pobres, y este mensaje sugiere con energía que el terapeuta y el equipo esperan otra cosa: va a ocurrir algo que vale la pena que continúe ocurriendo; de hecho, las cosas que valen la pena ya están sucediendo, y hay que observarlas. El mensaje no deja ninguna duda al respecto. El enunciado no incluye un "si" condicional ni siquiera implícito. Si bien las expectativas del terapeuta son considerablemente diferentes de las del cliente, la tarea continúa permitiendo al terapeuta ajustarse a las metas del cliente y a su vaguedad. Los resultados de la técnica de la bola de cristal sugieren que es esta diferencia de expectativas la que parece determinar una diferencia en las respuestas del cliente en la sesión siguiente.

Lo mismo que las otras tareas de fórmula, ésta fue en primer término diseñada y empleada con vistas a un caso específico. El foco concreto y conductual de la respuesta alarmó al equipo. Una

familia que aparecía desvalida y describió su situación en términos muy vagos invirtió esta situación entre las sesiones primera y segunda. No sólo observaron cosas que valían la pena, sino que algunas de ellas eran conductas *nuevas* en el área de la queja. Esto nos impulsó a comenzar a emplear la intervención de fórmula con otros casos en los cuales los clientes describían metas y quejas con vaguedad. Caso tras caso, se nos iba informando sobre cambios concretos y específicos producidos en el intervalo semanal entre la primera y segunda sesiones. Esto nos indujo a desplegar un estudio más organizado, que describimos en este mismo capítulo.

A causa del enunciado de la fórmula y de la expectativa incorporada relacionada por lo menos con un cambio en la percepción, muchos clientes encuentran fácilmente un modo de cooperar con esta tarea. Desde luego, no todos los clientes responden a ella con soluciones, pero la mayor parte sí describe algunos sucesos específicos que valen la pena. Entre estos últimos hay continuaciones de hechos que estaban produciéndose antes de que comenzara la terapia, pero muchos clientes los describen como "nuevos" o "diferentes". Esto sólo bastaría para justificar el empleo continuado de la tarea. A diferencia de la tarea de la "pelea estructurada" y de las tareas "haga algo diferente" descritas en el Capítulo 8, la tarea de la primera sesión no intenta impulsar soluciones cuando los clientes describen tipos particulares de pautas perturbadoras.

Esta tarea se *ajusta* al encuadre frecuentemente descrito por los clientes: *las cosas suceden*, lo que implica, por supuesto, que los clientes no tienen el control de lo que sucede. Los clientes se ven a sí mismos simplemente como víctimas. Tradicionalmente, este tipo de definición se aplicaba a los "síntomas", cosas que "les ocurren" a los clientes y que son negativas. La tarea puede verse como un intento de promover la sustitución por un síntoma más benéfico, que el cliente quiere que continúe apareciendo. Esta noción deriva de "Special Techniques of Brief Hypnotherapy" (1951a; en Haley, 1967b, págs. 390-409) de Erickson, artículo en el cual el autor describe su versión singular de la "sustitución de síntomas" para resolver problemas.

Además, la tarea está diseñada para crear una profecía de autocumplimiento sobre el curso futuro de los acontecimientos. Se trata de un intento de promover el efecto Rosenthal (1966), en el que los prejuicios de los maestros afectan los puntajes de los tests administrados a sus alumnos. Si el maestro espera que el alumno florezca de pronto, existe la probabilidad de que el alumno florezca. En este caso la profecía dice que algo que vale la pena

será *advertido* entre la primera y segunda sesiones, y por cierto existe la probabilidad de que ello ocurra.

Caso ejemplo: Tres pistolas

Una familia vino a terapia presa de pánico. Los padres descubrieron que de su habitación había desaparecido una pistola. Después de buscarla en la casa, encontraron la pistola cargada envuelta en un gorro de esquiar en la habitación de su hijo de 19 años. No sabían cómo tomarlo. Cuando lo encararon, Mickey dijo que iba a usarla para practicar tiro al blanco. Sin embargo, el gorro de esquiar sugería otra cosa. La madre se preguntaba si la pistola cargada estaba destinada a un suicidio o al asesinato de los dos padres, mientras que el padre pensaba en un asalto.

El día anterior a este episodio, Mickey se había anotado para el semestre siguiente en el *college* y había abonado los aranceles. Pero después del suceso empezó a hablar de irse al Canadá en lugar de regresar a la escuela. A los padres no les gustaba la idea, pero tampoco les gustaba el posible significado de la pistola cargada. Que Mickey se fuera al Canadá era mejor que continuar con esa situación crítica, pero lo que ellos realmente querían era que el joven volviera a la escuela (y que le gustara), y resolver el problema que hubiera. De hecho, la madre le planteó un ultimátum: iba a la escuela e iniciaba una terapia, o se marchaba ese mismo día a la hora del almuerzo. Si él se negaba tanto a marcharse como a ir a la escuela, la que se marcharía sería *ella*. Sin embargo no pudieron concordar en cuál sería la ventaja de que alguien se fuera. Pero algo había que hacer. Naturalmente, ninguno podía describir una meta concreta y específica para la terapia sobre la cual hubiera unanimidad: el padre quería que el joven volviera a la escuela, la madre quería entender el "problema", y Mickey no veía nada que no pudiera solucionar yéndose de la casa.

Después de la pausa, el terapeuta los felicitó por la voluntad para sacrificarse con el fin de resolver el problema y por el apoyo que se prestaban recíprocamente. También propuso que por el momento no se tomara ninguna decisión, puesto que las crisis por lo general conducían a malas decisiones. Los tres estuvieron de acuerdo. A continuación el terapeuta les asignó la tarea de la primera sesión, pidiéndole además al padre que retirara todas las armas de la casa.

Una semana más tarde apareció una familia cambiada. En el

intervalo 1) Mickey había decidido volver al *college*, pero 2) no seguir viviendo en la casa, sino alquilar un lugar para dormir. 3) Se ocupó de alquilar él mismo, sin pedírselo a su madre, cosa que ésta consideró un signo de madurez. 4) Ayudó voluntariamente al padre a pintar parte de la casa. 5) Mickey también había hablado con sus padres sobre algunos de sus problemas, aunque no sobre el "porqué" del episodio de la pistola cargada. 6) Dos días la madre se había ocupado de preparar y envolver el almuerzo para Mickey. 7) Mickey, sin que se lo pidieran, se encargó de los perros de la madre cuando ésta se demoró en volver al hogar.

La familia informó sobre estos siete acontecimientos considerándolos cosas que habían ocurrido y que deseaban que continuaran ocurriendo. Varios (el 3, el 4, el 5 y el 7) fueron descritos como "nuevos o diferentes". Padre, madre e hijo coincidieron en que ésta había sido una "semana mejor". El mensaje de intervención de la segunda sesión se centró en los cambios que la familia había realizado y la previno sobre la posibilidad de un retroceso. Durante la tercera sesión, que resultó la última, de nuevo la familia informó sobre otras cosas que querían que continuaran sucediendo, todas las cuales eran continuaciones de las mismas clases nuevas de comportamiento. Otra vez el equipo manifestó su preocupación por la posibilidad de una recaída. El seguimiento indicó que las nuevas pautas persistieron y que Mickey volvió a la escuela.

Caso ejemplo: Sólo 16 años

Sue, de 16 años, su madre y sus abuelos, con los cuales ella vivía, concurren a terapia después del regreso de la joven de una prolongada fuga. La madre de Sue creía que ésta nunca cambiaría, puesto que siempre había sido un problema. Para la abuela, Sue era básicamente una buena chica "cuando quería serlo"; se consideraba a sí misma "demasiado blanda"; después pagaba las consecuencias. El abuelo pensaba que el hecho de que estuviera demasiado ocupada con las numerosas tareas de la granja contribuía a crear dificultades. Sin embargo, todos concordaron en que cuando decía "no" no era en broma y se hacía escuchar. En lo esencial, Sue estuvo de acuerdo con la abuela y se defendió de la madre.

Durante la primera sesión se establecieron las metas. Entre éstas se contaban que Sue realizara las tareas domésticas que se le encomendaran, hablara más con sus abuelos, regresara al hogar

a horario (cuando volvieron a dejarla salir) y que les informara sobre cualquier cambio en planes acordados. Después de la pausa, la familia recibió la siguiente retroalimentación del equipo:

La madre recibió la retroalimentación en primer término. Al equipo lo impresionó que ella estuviera todavía tratando de resolver el complicado problema aunque se sintiera derrotada. En particular lo admiró que fuera tan buena madre, puesto que se apreciaba lo difícil que debía haber sido para ella decidir separarse de su hija, por más que fuera para el bien de la jovencita. Algunas madres habrían insistido con egoísmo en que sus hijas permanecieran con ellas, fuera cual fuere el ambiente. El equipo agregó una metáfora dirigida por igual a madres e hijas sobre la vinculación entre ambos grupos y lo difícil que a veces resulta la separación. El equipo también apreció su pesimismo acerca de Sue, porque después de haber sufrido mucho a causa de la joven, era peligroso ser optimista demasiado pronto.

A la abuela se le dijo que el equipo estaba impresionado por el hecho de que pudiera ver cosas positivas en Sue aunque su conducta fuera inaceptable en aquella época. El equipo advirtió la sensibilidad y el cuidado con que la abuela consideraba los sentimientos de Sue, cosa que había demostrado no sólo deseando que la nieta realizara tareas domésticas, sino también que no se sintiera por ello insatisfecha o infeliz. A muchas abuelas les hubiera bastado con que se hiciera el trabajo. Finalmente, al equipo lo impresionó el conocimiento que la abuela tenía en cuanto a que el hecho de que fuera "blanda" podía ser parte del problema: muchas personas nunca habrían visto la relación.

Al abuelo se lo felicitó por su capacidad para poner límites y por su intención de hacerlo en el futuro.

Sue fue felicitada por aceptar que tenía alguna responsabilidad en el problema y (puesto que había hablado poco durante la sesión) por saber cuándo permanecer callada (Weiner-Davis, 1984).

La tarea de fórmula de la primera sesión fue asignada como "trabajo para el hogar". En la sesión siguiente, los abuelos informaron que las cosas habían mejorado mucho a lo largo de las dos semanas de intervalo. Sue se había portado mal, pero la abuela empleó todos sus recursos y cuando le pareció que llevaba las de perder, le pidió ayuda al abuelo. Sue había realizado las tareas domésticas y hablado más en la casa. Después de congratularlos a todos por los cambios realizados, el equipo manifestó su preocupación por una eventual recaída, puesto que "el cambio real consiste en tres pasos adelante y dos pasos atrás".

En la sesión tercera y final, los informes siguieron la misma línea. En realidad, también había mejorado el desempeño escolar.

Sorprendentemente, Sue se quedó con los abuelos durante las noches de un fin de semana. Sue y su madre habían salido juntas una vez por semana y lo disfrutaban. Una vez más, el equipo expresó alguna preocupación por una posible recaída y los abuelos prometieron mantenerse en contacto si aparecían "problemas importantes" en el futuro.

Caso ejemplo: Intentándolo una vez más

Después de años de tratamiento con diversos terapeutas durante sus 13 años de matrimonio, una pareja concurrió al Centro de Terapia Familiar Breve. A veces la mujer encontró que la terapia era útil, pero en general el marido estaba insatisfecho y por lo tanto habían abandonado. Parecían experimentar amargura y hostilidad recíproca, y se referían a su vida de casados como tensionante y conflictiva. Tenían metas amplias, globales, que se habían planteado durante años, pero la terapia no les había ayudado a alcanzarlas. Era necesario establecer alguna meta mínima, de modo que ambos pudieran verificar que esta terapia daba resultados. Concordaron con la idea y sugirieron que sabrían que habían progresado cuando pudieran reírse juntos de tanto en tanto.

Con frecuencia, durante la entrevista inicial con una pareja es necesario establecer además qué es lo que quieren obtener de la terapia. Una de las técnicas que hemos desarrollado solicita simplemente la ubicación en escalas. "En una escala del 1 al 10, siendo 10 el máximo nivel posible para ustedes en este momento, ¿cuánto quieren a este matrimonio?" El esposo respondió que 10 y la mujer dijo que 9. Era indudable que ambos querían que el matrimonio continuara. Es también importante entonces profundizar la investigación, porque cualquiera de los dos miembros de la pareja puede percibir al otro como no dispuesto a *hacer* algo para que estos deseos se conviertan en realidad. "En el mismo tipo de escala, ¿cuáles creen ustedes que son las probabilidades de que este matrimonio sobreviva?" El marido respondió con un 8 y la esposa con un 6. Estos números relativamente altos sorprendieron tanto al terapeuta de la habitación de consulta como al equipo ubicado detrás del espejo. La motivación de la pareja afectó el diseño del mensaje de intervención:

En primer lugar, nos ha impresionado la persistencia que ambos demuestran al estar aquí, tratando de... resolver el problema. Muchas pa-

rejas, después de haber pasado por lo que ustedes han descripto, se hubieran dado por vencidas hace mucho tiempo. Esperamos que nos hagan saber si no constituimos el tipo de ayuda adecuado para ustedes.

También nos ha impresionado el hecho de que ambos hayan asignado puntajes altos al deseo de que el matrimonio subsista y a las probabilidades de lograrlo juntos, puntajes superiores a los que cualquier miembro del equipo hubiera anticipado. Sin duda, esto nos indica que ustedes deben saber algo acerca de su relación que nosotros no sabemos, todavía, y por lo tanto, en el intervalo hasta la próxima vez que nos encontremos, queremos que ustedes observen qué sucede en sus relaciones que ustedes quieren que continúe sucediendo, para que nos puedan hablar sobre ello.

Dos semanas más tarde, ambos informaron que las cosas entre ellos iban "mejor". A él le habían agradado las buenas experiencias que tuvo acostando varias veces a los dos hijos, de 4 y 6 años, y a ella le gustó el modo en que el marido había dado la bienvenida a su madre cuando ella llegó para una visita larga. Lo que ambos describían como "mejor" era que tomaron conciencia de que las cosas no estaban siempre "abajo", sino que a lo largo de las dos semanas hubo "altos y bajos". En la medida de lo posible, el terapeuta centró el resto de la sesión en las partes "altas" de la semana. Al final de la sesión se les comunicó el siguiente mensaje:

En este momento tenemos una mejor imagen de cómo es que el deseo de ustedes de permanecer juntos sea tan alto (lo que nos dejó algo perplejos la vez pasada). Pero el cuadro todavía no está claro para nosotros, de modo que es difícil realizar sugerencias específicas. En conjunto, sin embargo, el equipo conjetura que no deberían modificar las cosas, porque un cambio erróneo podría empeorarlas. Pero yo creo que una media hora de alegre caminata todos los días no puede hacerles daño.

El problema terapéutico había sido construido como la necesidad de que la pareja aclarara para el equipo las razones por las que querían seguir viviendo juntos. Esto, desde luego, significaba que tenían que hacer algo diferente para demostrar y justificar los números altos. Tenían que cambiar para vivir a la altura de sus propios niveles de deseo y convicción. Esto facilitó que el terapeuta se centrara en el cambio y no en la queja (promoviendo de ese modo cambios adicionales). También hizo más fácil para el equipo felicitar a la pareja por sus cambios en la sesión siguiente.

En esa sesión informaron que habían decidido que caminar juntos era una buena idea, puesto que les había proporcionado

algún tiempo para estar alejados de los niños. La mujer le había hablado al esposo al trabajo, cosa que no había hecho en años, y tomó a una persona para que limpiara la casa y cuidara de los hijos sábado por medio, para poder estar más tiempo juntos. Al final de la sesión se les transmitió el siguiente mensaje:

Estamos contentos de que las cosas se estén realmente moviendo en la dirección correcta, y de que ambos sepan que en todos los caminos hay algunos baches. Ahora bien, tememos que estén avanzando con demasiada velocidad en esta ruta que no está en el mapa, que adquieran una confianza excesiva y que, si por casualidad pasan por un bache, les parezca un gran pozo cavado en el camino. Y tememos que sean personas osadas, y por lo tanto, les sugerimos que avancen en la misma dirección pero lentamente, evitando las curvas peligrosas, las rutas extrañas y los desvíos.

Un mes más tarde informaron haberse reído juntos y haberse sentido muy bien juntos durante la mayor parte del mes. Sin embargo, no tenían confianza en poder mantener ese progreso, de modo que se programó otra sesión para el mes siguiente. El equipo, en estas condiciones, se preocupó abiertamente por recaídas o "pozos en la ruta". La sesión de seguimiento incluyó la novedad de que habían salido de la ciudad un par de días sin los niños, cosa que nunca habían hecho antes. Cada vez caminaban más y se reían más, juntos.

Caso ejemplo: ¿Es la persistencia una virtud?

En su trigésimo año de matrimonio, una pareja concurrió a terapia. Cada uno de sus miembros se quejaba del pasado y el presente del otro. A lo largo de los años, nunca habían estado totalmente de acuerdo acerca de nada. Presentaban un cuadro desértico de su vida en común, aunque habían criado cuatro hijos con éxito. Cuando uno se quejaba de algo, el otro se quejaba de otra cosa. Se cambiaba queja por queja; ninguno de los dos se defendía. El punto principal sobre el que concordaban era que como consecuencia de haber venido a terapia querían tener un mejor matrimonio. También estaban de acuerdo en que para alcanzar esa meta, el otro tenía que cambiar. El terapeuta empleó las preguntas de las escalas para obtener un mejor cuadro de lo que quería la pareja. En la escala de 1 a 10, ambos evaluaron en 4 el deseo de que continuara el matrimonio; en cuanto a las probabilidades de

que efectivamente sobreviviera, el marido aventuró un 3 y la mujer se ubicó en un 4.

En realidad, ambos estaban diciendo que ese matrimonio no les resultaba más deseable que indeseable, y le asignaban una probabilidad de supervivencia menor al 50 por ciento. Pero también *habían dicho* que querían un mejor matrimonio como resultado de la terapia.

El equipo los felicitó por estar allí a pesar de la mala suerte que habían tenido y observó que muchas parejas enfrentadas a las mismas situaciones año tras año no hubieran llegado al trigésimo aniversario. Por lo tanto, el equipo estaba algo perplejo acerca de lo que había mantenido unido al matrimonio y esperaba que pudieran proporcionarnos más información sobre ello durante la próxima sesión. A continuación el terapeuta asignó la tarea de la primera sesión.

Durante la segunda sesión, la esposa informó que le había agradado el modo en que los dos decidieron qué hacer el domingo por la tarde, pero para el esposo el mismo acontecimiento no era más que otro ejemplo de la terquedad de ella. La esposa entonces renunció a presentar esa toma de decisión como algo que valía la pena que ocurriera de nuevo, y dijo que "nada" había sucedido que sí lo valiera. El estuvo totalmente de acuerdo, aunque añadiendo jocosamente que durante toda la semana había estado empleando una lupa para encontrar algo que mereciera repetirse. Al margen de que se mantuvieron juntos en razón de los niños y de sus propios padres, no tenían ninguna idea sobre por qué su matrimonio persistió durante 30 años.

El equipo sugirió que, puesto que las cosas estaban tan mal, sería temerario precipitarse a cambiar nada, porque era probable que un "cambio erróneo" sólo lograría empeorarlo todo. Como no se ponían de acuerdo sobre ningún punto, cualquier cambio iba a ser un mal cambio. Por una parte, el divorcio podría dar resultado; por la otra, uno u otro de los cónyuges podría sentirse peor que en el *statu quo*. Por lo menos estaban acostumbrados a la situación. Los miembros del equipo dijeron que no querían arriesgarse ni siquiera a un cambio accidental; en consecuencia, sugirieron que la pareja volviera al hogar y pensara si estaba dispuesta a asumir el riesgo de un divorcio o de cambiar las cosas, lo cual podría empeorarlas. Se fijó la cita siguiente para cuatro semanas más tarde, de modo que no resultaran involuntariamente presionados por el equipo para tomar su decisión.

Siendo que la relación era tan mala entre estos esposos y no

obstante *decían* que querían un mejor matrimonio, el equipo optó por un enfoque cauteloso. Era seria su sugerencia de que la pareja no cambiara nada sin considerar las consecuencias. La pareja había tratado de realizar la primera tarea de manera directa; por lo tanto, el equipo esperaba que hiciera lo mismo con esta tarea de "no cambiar nada".

Un mes más tarde volvieron los cónyuges; en la semana anterior, cada uno de ellos había decidido por separado que tenían que divorciarse. A partir del momento en que se comunicaron recíprocamente estas decisiones, la relación entre ambos se tranquilizó. Hicieron planes para preparar juntos los papeles necesarios.

El equipo concordó con ellos en que vivir separados probablemente no podía ser peor que continuar viviendo juntos mientras detestaban hacerlo. De hecho, el equipo concordó en que todo podría ser mejor para ambos. La única pregunta que el equipo quería plantear era la siguiente: al vivir separados, ¿cuál de ellos sería el primero en sentirse mejor? Se pidió al hombre y la mujer que nos hicieran saber, enviándonos una postal, cuándo cada uno de ellos comenzaba a sentirse mejor, después de la separación. (El seguimiento a través de la fuente de remisión indicó que seis meses después de vivir separados ambos estaban mejor. Pero puesto que nunca nos llegó una postal, tal vez no se sintieran "lo suficientemente mejor".)

UN ESTUDIO

El carácter concreto de las respuestas de la familia a esta intervención en el primer caso ejemplo condujo a los terapeutas del Centro de Terapia Familiar Breve a emplear esa misma tarea en otras situaciones más o menos vagas (quejas y/o metas no definidas). Los resultados del uso repetido indicaron que los clientes tienden a responder a este mensaje en términos más bien concretos y específicos. Por lo tanto, de Shazer y Molnar diseñaron un estudio exploratorio para averiguar:

- a) si la pauta de respuestas concretas se mantenía en un gran número de casos;

- b) qué criterio iba a usarse para decidir cuándo emplear la tarea de la primera sesión y cuándo no;
- c) si la conducta "nueva y/o diferente" se producía con alguna regularidad entre las sesiones primera y segunda (por lo general con una semana de intervalo);
- d) si la creación en el cliente de la expectativa de acontecimientos deseables conducía a que se informara sobre hechos y conductas que lo fueran;
- e) si estas cosas que valían la pena tenían alguna perdurabilidad percibida;
- f) si este enfoque haría descender nuestro número de sesiones promedio por cliente; y
- g) si este enfoque demostraba ser algo más fructuoso (en los términos del "éxito" informado en el seguimiento) que los métodos aplicados en los casos en que no asignábamos la tarea de que se trata.

Durante este estudio, el terapeuta empleó la tarea de fórmula de la primera sesión excepto cuando existían razones claras para no hacerlo. En parte, nuestro razonamiento para convertir esta tarea en nuestra "primera opción" se fundaba en que cuando el terapeuta y el equipo podían identificar áreas y metas específicas para la terapia, se indicaba una tarea concreta y específica; esto no constituía ningún problema para los terapeutas del Centro de Terapia Familiar Breve. Sin embargo, lo más frecuente era que los clientes vinieran a terapia con malestares generales y quejas vagas. Además, este enfoque conduciría a una muestra más amplia que nos indicaría "usar la tarea de la primera sesión cuando se desee hacerlo".

Como parte del estudio, se pidió a los terapeutas que iniciaran la segunda sesión preguntando: "¿Qué ocurrió, desde la primera vez que nos encontramos, que usted quiera que continúe ocurriendo?" Después de la sesión se pedía a los terapeutas y/o los miembros del equipo ubicados detrás del espejo que llenaran un formulario simple de una página (véase la figura 1).

El empleo de este formulario de informe condujo a una mayor comprensión de los elementos que un terapeuta necesita considerar para construir intervenciones. Es claro que de sesión a sesión se desarrolla una pauta de interacción cliente-terapeuta, y que la información sobre los clientes y sus quejas se va clarificando y haciendo más específica. Esto nos llevó a un árbol de decisión más bien complejo, que los terapeutas pueden utilizar como guía para lograr ajuste. En beneficio de la claridad, este árbol será descrito rama por rama, considerando cada factor a su turno, incluso aunque las ramas estén interconectadas e interactúen. Antes

FORMULARIO DE INFORME DE INVESTIGACIÓN, 1982
PROYECTO N° 1

Nombre de la familia

Terapeuta

Fechas: Sesión N°- 1

Sesión N°- 2

Tarea Invariante de la Primera Sesión

"Hasta la próxima vez que nos encontremos, a nosotros (a mí) nos (me) gustaría que usted observara, para poder describirnoslo (describirmelo) la próxima vez, lo que ocurre en su (familia, matrimonio, relación, vida) que usted quiere que continúe ocurriendo".

(Aclaración del terapeuta: Si no usa esta tarea, ¿cómo decidieron usted o el equipo que era mejor no hacerlo? Sea conciso. Utilice el reverso si le resulta necesario.)

Sesión dos

Pregunta al cliente: "¿Qué ocurrió que usted quiera que continúe ocurriendo?"

Marque: Nada Algo

Marque: Vago Concreto

Si es concreto, liste los hechos específicos:

¿Definen *los clientes* su conducta entre las sesiones una y dos como "diferente" de lo que era antes de la primera sesión?

Marque: Sí No

Los clientes informan que la situación que los llevó a terapia está:

Marque: Peor Igual Mejor

Figura 1

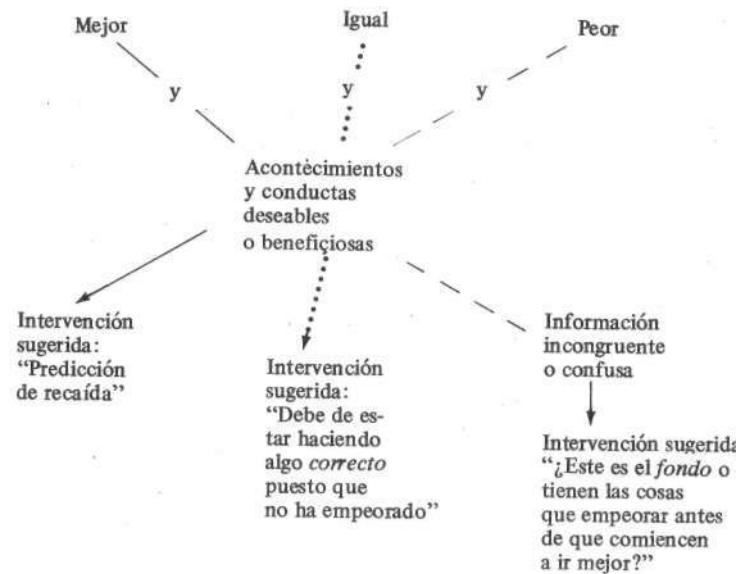


Figura 2

de diseñar un mensaje de intervención en la sesión segunda o en otra sesión ulterior, el terapeuta tiene que estudiar las respuestas del cliente en la sesión previa.

¿Mejores, iguales o peores?

¿Indica el informe del cliente que las cosas están a) mejor, b) igual o c) peor? (véase la figura 2). Lo más frecuente es que la respuesta surja sólo de modo implícito por la cantidad y calidad de sus informes sobre las cosas que valen la pena que él ha observado. Formular la pregunta directamente puede ser útil, puesto que algunos clientes informan que ocurrieron muchas cosas deseables y sin embargo nada en absoluto ha mejorado en el área de la queja. Este informe aparentemente incongruente podría indicar que ese cliente ve la queja como algo separado y no vinculado con el resto de su vida, en particular con cualquier cosa que valga la pena.

Este sentido general de cómo van las cosas es importante por muchas razones. Ayuda a informar al terapeuta sobre el grado de ajuste logrado en la sesión o sesiones previas y muestra cómo se desarrolla la relación de cooperación. Si las cosas están *me-*

yor, se despliegan las expectativas del cliente en cuanto a una mejora continuada, y por lo tanto el terapeuta debe tener presente la utilidad probable de una advertencia sobre posibles "recaídas" al diseñar su intervención. Si las cosas están *igual*, el terapeuta puede considerar esto como un signo de que el cliente está haciendo algo que es bueno para él, puesto que el problema no empeora. Como en general los clientes esperan que las cosas vayan de mal en peor, éste puede ser un reencuadre útil. Si las cosas están *peor*, es a veces útil que el terapeuta, al diseñar su mensaje de intervención, tenga presente que en ocasiones las cosas tienen que ir peor antes de que puedan empezar a mejorar; por consiguiente, podría preguntar a sus clientes si están realmente en el fondo o si es necesario que las cosas vayan de mal en peor antes de que puedan ir arreglándose.

¿Acontecimientos y conductas deseables y/o beneficiosos?

Las respuestas a la tarea de la primera sesión nos demuestran lo importante que es para el terapeuta averiguar qué cosas el cliente hizo y/u observó entre sesiones (véase la figura 3). El cambio observado puede producirse rápidamente, de modo que lo que los clientes hacen que es bueno para ellos está en condiciones de utilizarse, desde luego, para la promoción adicional de soluciones aunque los ejemplos particulares caigan fuera del área de la queja. Además, el modo de reaccionar del cliente ante los acontecimientos deseables puede emplearse como modelo para desarrollar conductas y encuadres que promuevan la solución. Aunque las conductas nuevas y/o diferentes se consideran con frecuencia los mejores indicadores de cambios o del movimiento hacia la solución, las conductas antiguas que el cliente está aprendiendo a usar en situaciones distintas pueden ser igualmente reveladoras. De hecho, puesto que las conductas transferidas se ajustan automáticamente, pueden ser más útiles en algunas situaciones.

Puesto que la mayoría de los clientes a los que se ha asignado la tarea de la primera sesión formulan sus observaciones en términos concretos, al terapeuta puede resultarle útil pensar en el empleo de tareas concretas y específicas como parte de su reacción terapéutica. Una pequeña minoría de clientes sólo podrá describir los acontecimientos deseables en términos vagos y/o confusos. Cuando esto ocurre, el terapeuta también debe construir su mensaje en términos vagos y expresar abiertamente su propia con-



Figura 3

fusión. Si se informa que las cosas están "algo mejor", el terapeuta podría referirse vagamente a la probabilidad de que empeoren nuevamente. Teniendo en mente la idea del "ojo por ojo", el terapeuta reacciona de un modo que es vago y confuso pero de todos modos algo diferente. En este punto, ese tipo de reacción promoverá cooperación y logrará un ajuste con más probabilidad que cualquier intervención concreta y específica.

Si el cliente informa que *nada* que valga la pena ha sucedido, el terapeuta debe averiguar si la tarea no ha sido mal comprendida y el cliente no se está refiriendo *con exclusividad* al *área de la queja*. Una vez aclarado el punto, es raro que a lo largo de toda la segunda sesión el cliente persista en un informe negativo, pero ocurre de tanto en tanto. Desde luego, ése es un estado de cosas depresivo y el terapeuta debe reconocerlo como tal. En tal caso resulta eficaz un mensaje que exprese cierto pesimismo respecto de la velocidad del cambio esperado.

Con mayor frecuencia, los clientes que inicialmente informan que nada deseable ocurrió, dicen sin embargo que las cosas están de algún modo mejor, aunque no saben "por qué" lo están.

En esa situación es con frecuencia útil felicitar al cliente por haber realizado obviamente algo correcto, puesto que normalmente las cosas van de mal en peor antes de empezar a mejorar. A veces es útil asignar la tarea de observar qué es lo que hacen de correcto de modo tal que las cosas no vayan peor.

¿Dentro y/o fuera del área de la queja ?

Según nuestra experiencia, los informes de los clientes sobre cosas deseables pueden incluir acontecimientos y conductas que estén dentro del área de la queja, fuera de ella y dentro y fuera al mismo tiempo (véase la figura 4). Pero incluso cuando las cosas que el cliente quiere que continúen están claramente fuera del área de la queja, algunos clientes manifestarán una preocupación menor por la queja en sí. Esta diferencia de situación puede conducir a un éxito ulterior y hay que darle todo su valor. En realidad, la queja puede continuar perdiendo importancia durante el siguiente intervalo entre sesiones. Pero esto sólo puede suceder si las otras cosas continúan mejorando o por lo menos no empeoran. Por lo tanto, es necesario que el terapeuta vea estos cambios exteriores al área de la queja como parte del ambiente de la queja y los trate en consecuencia. Puesto que todo acontecimiento

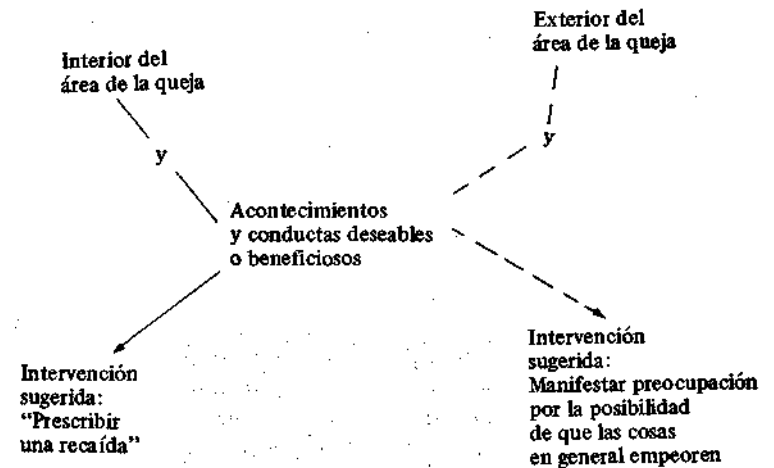


Figura 4

que hace a las cosas más satisfactorias puede potencialmente ser parte de la solución, de nuevo resulta legítimo preocuparse por una recaída de algún tipo.

Resultados

El informe sobre los resultados de la tarea de la primera sesión fue una rutina desde el inicio del proyecto. Las cifras siguientes provienen de dos distintos meses, separados por un intervalo de medio año. Este es un estudio clínico exploratorio destinado a controlar nuestra impresión clínica de que los clientes a los que se asignó la tarea de la primera sesión

- a) frecuentemente informaron haber observado acontecimientos deseables,
- b) con frecuencia alcanzaron sus metas en menos sesiones, y
- c) era menos probable que fracasaran en la obtención de los objetivos.

Este estudio no debe confundirse con una investigación formal. Solamente comenzamos a explorar el proceso de cambio, no a confirmar una teoría o hipótesis.

- 1) La tarea fue asignada a 56 (el 64%) de los 88 nuevos clientes atendidos. De ellos, 50 (el 89%) informaron que algo deseable había sucedido, mientras que 6 (el 11%) no informaron sobre ninguna cosa que estuviera ocurriendo y que no querían que dejara de ocurrir. La totalidad de los 50 informaron en términos que los terapeutas consideraron concretos y específicos.
- 2) 46 (el 82%) informaron que por lo menos uno de los acontecimientos que querían que continuaran ocurriendo era nuevo o diferente.
- 3) 32 (el 57%) informaron que las cosas habían ido "mejor", mientras que 19 (el 34%) informaron que estaban "igual". Solamente 5 (el 9%) dijeron que las veían "peor".
- 4) De los 24 clientes que vieron las cosas "igual o peor", 19 (el 79%) proporcionaron informes incongruentes, como por ejemplo: "Sí, ha sucedido algo deseable, pero las cosas están igual o peor" (de Shazer y Molnar, 1984b).

Seguimiento

A pesar del despliegue de una gran persistencia,¹ sólo pudimos establecer el contacto de seguimiento en 28 de los 56 casos a los que se asignó la tarea de la primera sesión. En todos los casos la terapia había terminado entre seis meses y un año antes. El cuestionario de seguimiento aparece en la figura 5. Con la excepción de la tercera pregunta, que se centra en el informe del cambio proporcionado en respuesta a la tarea de la primera sesión, las preguntas son idénticas a las utilizadas en el Centro de Terapia Breve del Instituto de Investigación Mental (Fisch, 1983), y también con la excepción de la tercera son las que empleamos para nuestros seguimientos de rutina. Esto nos proporciona una norma de comparación, aunque no un verdadero grupo de control, salvo en el aspecto de que muchos terapeutas encargados de los estudios de rutina participaron también de los especiales. Es importante recordar que no se trata de "investigación formal", sino antes bien de un estudio clínico y teórico. En cierto sentido, es filosofía experimental. Como equipo, tenemos concepciones filosóficas sobre la naturaleza del cambio terapéutico, y la totalidad de este proyecto fue diseñado como un test: ¿estamos yendo en la dirección correcta?

Por cierto, las respuestas indican que lo estamos haciendo.

- 1) 23 de los 28 clientes (el 82%) a quienes se asignó la tarea informaron que las cosas estaban mejor. Debe observarse que la "respuesta 'mejor' a las preguntas 1 y 2 no necesariamente indica una 'cura'"; significa sólo que los motivos de la queja en el inicio de la terapia "han mejorado lo suficiente como para que en ese momento los clientes no estén en terapia".
- 2) Es particularmente importante para este estudio que después de un mínimo de seis meses, algunos (por lo menos uno) de los acontecimientos específicamente considerados deseables sobre los que se informó en la segunda sesión, continuaban ocurriendo en 21 de 23 casos de éxito y en

¹Maureen McCarty y Carol Michalsky, ambos alumnos graduados del Centro de Terapia Familiar Breve, realizaron las llamadas telefónicas de seguimiento. Les agradecemos especialmente su tenacidad.

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO, 1983-1984

1. "Cuando usted vino a terapia, su principal queja era..." (sea específico en este punto). "¿Esto va mejor?" (Si la respuesta es "sí", pase al N° 2.) Si la respuesta es "no", pregunte: "¿Está igual?" (Si la respuesta es "igual", pase al N° 2.) Si la respuesta es "no", pregunte: "¿Está peor?", antes de pasar al 2.

1a. Mejor 1b. Igual 1c. Peor

2. "A usted también le preocupaba..." (sea específico). "¿Eso va mejor, igual o peor?" (Para el caso de que haya habido una queja secundaria relacionada. Si no la hubo, pasar al N° 3.)

2a. Mejor 2b. Igual 2c. Peor

3. "Durante la terapia, usted advirtió un cambio en..." (sea específico). "¿Esto ha continuado?"

3a. Sí 3b. No

4. "¿Han surgido nuevos problemas desde que usted terminó la terapia en el Centro de Terapia Familiar Breve?"

4a. Sí 4b. No

5. "Desde que usted terminó la terapia en el Centro de Terapia Familiar Breve, ¿hay algún antiguo problema no tratado directamente que haya mejorado?"

5a. Sí 5b. No

6. "Después de haber terminado su terapia en el Centro de Terapia Familiar Breve, a propósito de... (sea específico, repita la queja original) ¿algún miembro de la familia (si se trató a una unidad familiar), o usted, o su cónyuge, han visitado a otro terapeuta o consejero?"

6a. Sí 6b. No

Figura 5

2 de 5 casos de fracaso. No se trata sólo de una cuestión de satisfacción. Los clientes informaron que nuevas conductas o tipos de acontecimientos específicos continuaban produciéndose. Esto por lo menos sugiere que los cambios esencialmente espontáneos, vistos quizá como resultado de la tarea, tienen alguna permanencia. Los informes proporcionados en la segunda sesión no son tormentas en un vaso de agua; los cambios advertidos durante las primeras semanas de terapia parecen hacer el proceso más eficaz.

Al comienzo del proyecto hicimos otras dos predicciones : a) más clientes informarían que las cosas iban mejor en el área de la queja principal que lo que surgía de nuestro seguimiento habitual, y b) el número promedio de sesiones sería menor que nuestro promedio de seis.

- 3) De los 28 clientes con los que pudimos tomar contacto, 23 (el 82%) informaron que su queja principal iba "mejor". Este porcentaje se compara favorablemente con nuestra cifra de seguimiento típica, que era del 72%.
- 4) 25 de los 28 habían mencionado una queja secundaria durante la terapia (aunque no necesariamente se la trató) y 11 de ellos (todos pertenecientes al grupo de éxitos) dijeron que las cosas iban mejor también en esa área.
- 5) 15 de los clientes de éxito terapéutico informaron sobre otro caso de efecto de irradiación, con mejorías en áreas no tratadas en la terapia.
- 6) En los estudios de seguimiento del pasado, el número promedio de sesiones era de 6, pero en éste lo fue sólo de 5.
- 7) 16 de los clientes tratados con éxito informaron que desde el fin de la terapia no habían desarrollado nuevos motivos de queja, mientras que 8 dijeron que habían aparecido algunos problemas nuevos, pero que éstos no requerían terapia.

Examen del estudio

Aparentemente la aparición de cambios tempranos en la terapia está relacionada tanto con el número de sesiones como con

el desenlace del proceso en los términos de la queja. Puesto que los cambios son objeto de información y observación en la segunda sesión, la expectativa de un cambio significativo en el área de la queja, y también de una solución, queda reafirmada tanto para el terapeuta como para el cliente. Así se promueve la cooperación entre uno y otro. La cooperación es también promovida por la idea de que existe una solución futura. Este futuro resalta más para el cliente porque ya ha tenido pruebas de la aparición de una diferencia significativa.

Antes de la iniciación del proyecto, de Shazer y Molnar habían recogido comentarios de colegas sobre diversos empleos de la tarea de la primera sesión y las respuestas que los clientes daban en la segunda sesión. Esto nos condujo a suponer que los informes de los clientes en el sentido de que "algo deseable continuó ocurriendo" y/o se produjeron "acontecimientos nuevos o diferentes", tendría que modificar el modo en que el terapeuta manejaba la *segunda* sesión. Dimos por sentado que el terapeuta respondería a esos informes positivos con una expectativa *abierto* de que los cambios *continuaran*. La frecuencia con la cual los clientes informaban sobre conductas nuevas y diferentes en la pauta misma de la queja, confirmaba en alguna medida la noción de que el cambio es continuo, o por lo menos que cambios significativos pueden realizarse rápidamente, punto de vista fortalecido por la fase de seguimiento del proyecto. Por cierto, esto es lo que ocurrió. Los terapeutas comenzaron a *ver* el cambio en la segunda sesión, y por lo tanto se encontraron con el éxito en las manos. Tenían entonces que manifestar su preocupación por la posibilidad de recaídas, o enfrentar a clientes defraudados en la tercera sesión. Otro cambio siguió muy pronto. En adelante los terapeutas iniciaron la segunda sesión y las siguientes con la misma pregunta sobre lo que había ocurrido que los clientes querían que continuara ocurriendo, o una alternativa, sobre lo que el cliente estaba haciendo que era bueno para él.

Todo el equipo fue sorprendido por otro hallazgo: la naturaleza concreta y específica de los informes de respuesta de los clientes. A los especialistas en terapia breve (de Shazer, 1975a, 1982a; Fisch y otros, 1983; Watzlawick y otros, 1974; Weakland y otros, 1974) les gustan las metas expresadas en términos concretos y específicos, porque de tal modo es más fácil la medición del fracaso o del éxito. Esto los lleva a pedir quejas concretas y específicas, y también cambios concretos y específicos. Sin embargo, no todos los clientes (ni siquiera con la ayuda de terapeutas de

mentalidad concreta) saben definir sus preocupaciones y sus metas de esa manera.

Puesto que los clientes informan sobre cambios conductuales concretos en respuesta a la tarea, el terapeuta puede emplear como meta la continuación de los cambios ya iniciados. Cuando se describen estos primeros cambios como produciéndose en el seno de la pauta problemática, puede considerarse que se ha hecho contacto con la meta de la terapia breve: se ha iniciado el cambio y la solución está en camino. Sólo es necesario que el terapeuta trabaje con el cliente para que las cosas continúen siguiendo el mismo curso. O, para deslizar en otro encuadre, el terapeuta puede ayudar a los clientes a fin de que refuercen los cambios deseados. Para encarar esta situación se han desarrollado técnicas ericksonianas tales como manifestar preocupación por una eventual recaída, predecirla, prescribirla o incluso demandarla. La tarea del terapeuta deja de ser iniciar el cambio para pasar a consistir en prevenir una recaída y/o promover el efecto de irradiación. El seguimiento parece indicar que los terapeutas obtuvieron éxito en esta tarea.

El estudio modificó la conducta de los terapeutas en cierto número de maneras. Lo que es más importante, el proyecto promovió la expresión por los terapeutas de sus expectativas de cambio y de cambio rápido. Esta aceleración impulsó expectativas de cambio adicionales. Puesto que la dirección del cambio puede ser deseable o indeseable, el terapeuta debe prestar atención a potenciales recaídas y también a potenciales irradiaciones.

Aunque los números son demasiado pequeños, la fase de seguimiento del estudio también parece confirmar el éxito de la tarea de la primera sesión como instrumento terapéutico que contribuye a promover el cambio y la solución. La mayor parte de los clientes a los que se asignó esta tarea (y con los que pudimos tomar contacto) informaron que el área de la queja continuaba mejor y que los acontecimientos que valían la pena continuaban sucediendo de seis meses a un año después de finalizada la terapia.

Capítulo 10

CONCLUSIONES

REGLAS PRACTICAS

Durante años de observar el trabajo eficaz de los terapeutas y las filmaciones en video de mi propio trabajo, he advertido que hay ciertas guías heurísticas o no escritas, utilizadas con frecuencia en la construcción de los problemas y por lo tanto de las soluciones. Algunas de ellas han sido implícita o explícitamente descritas en los capítulos previos; las reunimos aquí por razones pragmáticas. Esas guías más o menos simples pueden ser útiles para ayudar al terapeuta a centrarse en aspectos de la situación susceptibles de ser fácilmente empleados para el diseño del problema y para obtener ajuste. Desde luego, estas sugerencias podrían no ser útiles en algún caso particular, y *ninguna* de ellas es *siempre* útil, pero en cada situación particular explorarlas puede ser eficaz para focalizar una solución potencial.

Éxitos pasados

Con gran frecuencia el cliente describirá la queja en términos universales, lamentando su desamparo frente a lo irresoluble. A veces, a medida que evoluciona la entrevista, señala algún éxito del pasado. Quizá él crea que no tiene ninguna relación, pero para el terapeuta se trata exactamente de lo que el cliente necesita a los fines de resolver el problema. La realidad del cliente y la realidad del terapeuta son demasiado diferentes como para que éstas sean noticias útiles. Señalarlas no es bueno. Este es el tipo de cosas que el terapeuta necesita conocer y recordar para servirse de ellas en el futuro.

Además, no parece útil en absoluto que el terapeuta explore las diferencias entre el éxito pasado en la situación A y la queja presente en la situación B. Las diferencias son algo ya dado. En sus esfuerzos por construir el problema, lo que el terapeuta necesita es crear un lazo entre la situación A y la situación B. Puede ser de utilidad advertir cualquier semejanza, pero una vez más esto es algo que el terapeuta debe conocer y reservarse. Incluso esas semejanzas pueden ser demasiado diferentes para el cliente. El enlace indirecto entre A y B es más útil que el intento de formular con el cliente una versión de la realidad en la cual A y B sean similares.

Por ejemplo, una jovencita se quejaba de su "baja autoestima", puesta de manifiesto por su incapacidad para tomar decisiones. En realidad, incluso cuando tomaba una decisión, por lo general no podía sostenerla si alguien manifestaba la menor crítica. No era necesario que esta crítica se expresara en palabras: podía ser implícita o incluso fruto de una interpretación por ella de una determinada situación. A medida que progresaba la entrevista, habló del hecho de que su novio bebiera y de cómo eso le hacía difícil a ella su propia abstinencia. Por sus propios medios, ella había dejado de beber dos años antes.

Esa era una decisión que había tomado y sostenido a pesar de graves tentaciones, puesto que si hubiera vuelto a beber se habrían terminado las discusiones con el novio.

El terapeuta la felicitó por haber dejado de beber y por haber sostenido esa decisión cuando muchas otras personas, quizá la mayoría, habrían sido incapaces de hacerlo. También fue congratulada por no forzarse a tomar decisiones que, quizás inconscientemente, consideraba que podrían no ser buenas para ella. Por lo tanto, debía continuar interrogándose sobre cada una y todas las decisiones posibles. La joven siguió este consejo durante varias semanas antes de tomar dos decisiones que eran buenas para ella.

Excepciones a la regla

En muchos sentidos, las excepciones a la regla se asemejan considerablemente a los éxitos del pasado, salvo por el hecho de que las excepciones pertenecen claramente al reino de la queja. En términos sencillos, nada ocurre *siempre*; nada es *siempre* lo mismo. Pero puesto que los clientes ven a las quejas con ese carácter, consideran que las excepciones son hechos totalmente exteriores

al motivo de la queja, y no soluciones potenciales. El terapeuta tiene que advertir cada una y todas las excepciones que pueden ser útiles para la construcción de tareas.

Por ejemplo, una pareja se quejó de caer en disputas todos los jueves por la noche, cuando el hombre volvía del *bowling*, más o menos a las 11:30. Semana tras semana encontraban algo sobre lo que discutir, pero no recordaban los detalles. El viernes todavía estaban enojados hasta que llegaban los padres de él, regularmente invitados a una comida semanal. Entonces los cónyuges se trataban recíprocamente con amabilidad, y seguían así hasta el jueves siguiente. Ya habían estado antes en terapia; ella negó experimentar sentimientos negativos hacia el *bowling* y de inmediato rechazó también la idea de sentirse mal respecto de los suegros, que habían hecho mucho por ellos. Un completo misterio.

A medida que entraron en detalles en cuanto a la historia de estas peleas, el hombre recordó que una vez su mujer se encontraba visitando a la vecina de al lado cuando él volvió al hogar, y él aprovechó para acostarse antes de que ella regresara. La mujer llegó una media hora más tarde, esperando una disputa, y se sorprendió al encontrar a su esposo durmiendo. Esa semana no hubo discusión.

El terapeuta advirtió esta excepción y sobre la base de ella bosquejó una tarea para el hogar. Le pidió a la mujer que experimentalmente arrojara una moneda al aire los dos jueves siguientes, a las 10:30. Si salía cara, debía irse de la casa y volver después de que el hombre hubiera retornado; si caía cruz, tenía que comportarse como de costumbre. El hombre debía escribir detalladamente los pensamientos que tenía camino al hogar todos los jueves; ambos debían prestar atención a cualquier diferencia. Esta construcción de la tarea tenía la posibilidad de crear una diferencia incluso aunque la moneda cayera cruz, porque el hombre podría volver al hogar con la expectativa de no encontrar en él a la mujer. Además, comportarse como de costumbre porque se nos dice que lo hagamos no es lo mismo que hacerlo espontáneamente.

La mujer se quedó en la casa los dos jueves, pero en ninguno de los dos días se produjeron disputas. En las palabras del hombre, él no sabía qué esperar, de modo que camino a la casa no pensó sobre las cosas acostumbradas. La mujer no echó suertes en absoluto, pero en ambos días preparó una sorpresa agradable: bizcochos recién horneados. Las disputas de los jueves dejaron de ser un motivo de queja.

La regla del "o esto o aquello"

A veces las quejas de los clientes pueden verse claramente ubicadas en un contexto, explícito o implícito, que dice: "Yo estoy en lo justo; tú estás equivocado". A los cónyuges que sostienen este punto de vista el vivir juntos puede resultarles extremadamente frustrante, puesto que ni siquiera se hacen la ilusión de una posible transacción. En consecuencia, cuando concurren a terapia, cada uno de ellos quiere que el terapeuta se una a él para declarar "equivocado" al otro. Pero para el terapeuta no es útil declarar "equivocado" a ninguno de los dos, ni tampoco a ambos.

Poco después de la boda un esposo comenzó a quejarse del deseo de su mujer de seguir saliendo "con las chicas" una noche por semana. El pensaba que las personas que se aman no pretenden hacer eso, sino que aspiran a pasar juntos todos los momentos posibles. En consecuencia, lamentó llegar a la conclusión de que ella realmente no lo amaba ("si sus ojos no me ven, su corazón no me siente", era su posición).

Para la mujer, ésta era una actitud "radicalmente posesiva"; ella entendía que dos personas que se aman deben tenerse la confianza recíproca que les permita ser independientes y fuertes. En consecuencia, lamentó llegar a la conclusión de que él realmente no la amaba ("cuando no estás conmigo, más te amo", era, según ella, lo que ocurría entre verdaderos amantes).

El problema no consistía en que cualquiera de los dos cónyuges estuviera equivocado. Nuevas formulaciones emergieron cuando al pensar la situación el terapeuta reemplazó la regla del "o esto o aquello" por la del "esto y aquello". Es decir, tanto la mujer como el esposo tenían razón, y ambos estaban equivocados. Esto condujo a una útil construcción del problema. En este caso, el terapeuta declaró que los dos estaban en "lo justo", reconoció la validez de ambas posiciones y a continuación planteó la paradoja: "¿Cómo es posible que dos posiciones correctas conduzcan a algo tan erróneo?" (Es decir, ambos estaban en lo correcto pero los resultados eran erróneos.) Les asignó la tarea siguiente para tratar de aclarar la confusión. Ambos debían dar caminatas simultáneas, saliendo por separado en direcciones diferentes; cada uno de ellos debía pasar ese tiempo pensando en el modo en que, al fin de la caminata, se iba a reunir con el otro sorprendiéndolo gratamente. (Es decir que iban a estar separados, pensando sobre estar juntos.)

Se empleó la misma intervención en cada una de las cuatro

sesiones. Durante el intervalo entre la primera y la segunda, dejaron de discutir acerca del tema. En todas las sesiones informaron estar valorando cada vez más los momentos en que se reunían después de las actividades que los separaban.

Regla de la certidumbre

Los clientes, puesto que están atrapados en la queja, tienen por lo general certeza con respecto a sus detalles y a los diversos elementos que la hacen perturbadora. Pueden no expresar con claridad sus pensamientos y no ser capaces de describir muy bien el problema, pero están seguros en cuanto a sus encuadres, definiciones y significados. Si no lo estuvieran todavía estarían buscando una solución fuera del ámbito de la terapia. En consecuencia, cualquier duda acerca de cualquiera de los elementos puede resultar de utilidad. En general, los "hechos" no pueden ser puestos en duda, pero sí puede serlo cualquier contexto.

Un hombre de edad informó que había oído una voz que le decía que estaba "condenado a muerte". Desde entonces, según la queja de su esposa, se sentó frente a la ventana esperando morir. Aguardó mes tras mes, sin hacer nada, aunque estaba "perfectamente bien". Ella había tratado de convencerlo de que no había oído nada y que sólo se había tratado de un sueño. Algunas personas, entre ellas su médico, le dijeron que estaba loco (cosa que él creía, puesto que solamente los locos oyen voces). El resto de la familia se unió a la esposa, tratando de convencer al hombre de que cometía un error. Pero él estaba seguro de estar condenado a muerte, aunque no sabía cuándo iba a morir. La mujer llegó a la conclusión de que estaba loco. Le pregunté a ella si el hombre siempre había sido tan crédulo. Me dijo que no. Lo pregunté porque (aunque todavía no lo conocía) no se me habría ocurrido tratar de venderle un automóvil usado. Ella rió, admitiendo que era muy difícil tratar de venderle cualquier cosa. Le dije que eso confirmaba mi impresión, y por lo tanto me resultaba sorprendente que hubiera creído en lo que dijo la voz. Ni ella ni él podían darme una explicación. La mujer me habló de diversas veces en que él no había creído en cosas que se le dijeron. Hice algo más de presión en torno de esta pregunta, preguntándome una y otra vez cómo era posible que él hubiera optado por creer en la voz, y convertí a este punto en el tema de la sesión.

La voz fue considerada "un hecho"; lo único dudoso y cues-

tionado fue que se creyera en ella. La pregunta ya no era "¿está loco?", sino "¿cómo ha llegado a ser tan crédulo?" El empezó a tener algunas dudas sobre las voces, y comenzó a hacer algunas pequeñas cosas en las dos semanas siguientes.

Cabeza abajo

Hace algunos años, vi a una familia que me fue remitida por un trabajador social aterrado por las condiciones en que vivían. Tanto el abuelo como el padre y dos hijos adolescentes mojaban la cama todas las noches; la madre lavaba diariamente las sábanas y frazadas. Los muchachos tenían problemas escolares, el abuelo era jubilado y enfermizo, y el padre discapacitado. Esto llevó al asistente social a considerarlos como una familia con problemas múltiples y a describir toda la situación como "desesperada". La enfermera visitante también estaba muy preocupada por las camas mojadas. Trató de ayudar, pero no fue visible ningún progreso. Las fuentes de remisión querían que yo "curara" las enuresis (la ficha de esta familia tenía unos dos centímetros y medio de lomo, y en todas las páginas se mencionaba la enuresis). El asistente social y la enfermera permanecieron detrás del espejo en la primera sesión y se sorprendieron al oírme iniciar la sesión con preguntas a la madre referentes a sus conocimientos sobre máquinas de lavar, sábanas, blanqueadores y detergentes. Rápidamente descubrí que la mujer sabía mucho sobre estas cosas, y que el padre era un experto en la reparación de máquinas lavadoras y secadoras. No se habló de las camas mojadas. Felicité a la madre por sus conocimientos y al padre por su pericia. Les sugerí que todas esas habilidades y esos conocimientos estaban siendo desperdiciados.

El "mojar la cama" constituía solamente la mitad de la pauta, que no podía existir sin la otra mitad: el lavado de sábanas. La enfermera ayudó a la madre a conseguir un empleo como lavandera (en una clínica) y el padre, con la ayuda del asistente social, encontró trabajo en un taller de reparaciones. Puesto que ellos ya no disponían de todo el día para lavar en el hogar, el que quedaba a cargo de la tarea era el abuelo, y los episodios de camas mojadas tocaron a su fin.

Era claro que el motivo de queja en sí era sólo parte de una pauta más amplia (mojar la cama / lavar las sábanas), de la que sólo se había percibido la mitad. Es típico que cualquier queja repetitiva sea sólo el extremo visible del témpano. La familia por

cierto esperaba de mí que también tratara de ayudarla centrándome en el problema de las camas mojadas, pero esto no me pareció útil. Era posible poner la pauta cabeza abajo y construir el problema sobre una base diferente; es decir, cuando la madre ya no lavara, ¿qué pasaría con las camas mojadas? Se establecieron claramente las bases para un cambio espontáneo.

Si no hubiera ningún "si"

*Si no hubiera ningún "si"
nadie se pondría "duro";
no se quedaría clavado
sólo por mala suerte.¹*

Los problemas construidos pobremente se erigen por lo general en torno de una idea más bien pesimista en el sentido de que el cambio es por lo menos difícil. La palabra "si" traiciona este punto de vista que sostienen muchos terapeutas. Aunque las otras reglas prácticas conciernen al modo de escuchar al cliente y de pensar sobre lo que el cliente dice, ésta se aplica al pensamiento del terapeuta sobre la construcción del problema y a lo que dice sobre el cambio. "Si" expresa un deseo (por ejemplo: "si las cosas cambiaran..."), y por lo tanto hace explícita la duda. Pero en el contexto de la terapia breve el terapeuta necesita crear la expectativa del cambio, de modo que su actitud en general tiene que excluir el deseo y reemplazarlo por la certidumbre. No se pregunta "¿si el cambio ocurriría...?" sino "¿cuándo ocurrirá?" "Cuándo" se refiere al momento del hecho y no es en absoluto condicional. Tratándose de una pareja o de varios miembros de una familia, una pregunta adicional es: "¿Quién cambiará primero?" En situaciones que incluyen más de una queja, el terapeuta preguntará: "¿Qué cambio puede o debe producirse primero?" Cuando el especialista en terapia breve les habla a los clientes sobre el cambio, no deja ningún lugar a dudas sobre el hecho de que se producirá.

Se trata simplemente de reemplazar la palabra "si" por la palabra "cuando" en cualquier consideración vinculada con el cambio. No hay que preguntar "¿Qué creen que ocurrirá si ustedes dos dejan de pelearse?", sino "¿Qué creen que ocurrirá cuando ustedes dos dejen de pelearse?" Esto es particularmente impor-

De Charles D. de Shazer, s/f.

tante cuando se trabaja solo, puesto que no se cuenta con la colaboración del equipo para contrarrestar cualquier enunciado condicional. La construcción con "cuando" ubica con firmeza al terapeuta del lado del cliente. Cuando existe la necesidad de ser pesimista, la idea del terapeuta es que el cambio se producirá o debería producirse no tan pronto. Antes de mucho tiempo, tanto los clientes como el terapeuta comienzan a creer que lo que está planteado es solamente "cuándo se producirá el cambio".

CONCLUSIÓN

La teoría general de los sistemas y el lenguaje de la terapia familiar exigen una descripción compleja del sistema en consideración. Ideas como las de recurrencia, autorreflexividad, circularidad, no aditividad, totalismo, causalidad no lineal, relaciones dentro de un contexto, niveles de significación, vínculos y dobles vínculos, lazos (extraños o de otro tipo), paradojas y contraparadojas, etcétera, han sido desarrolladas para manejar esta construcción compleja de la realidad. Junto a ellas se encuentran las metáforas tomadas de la física, del taoísmo, del zen, de la biología y de otros campos especiales. El resultado es un edificio teórico notable.

Sistemas

Un sistema puede definirse como un complejo de elementos que incluye relaciones no azarosas entre aquellos elementos y sus atributos. Puesto que las interacciones entre los elementos se despliegan en el tiempo, esta definición implica un cierto lapso. Se entiende que la teoría general de los sistemas es exactamente eso: general. Se considera que se aplica a todo sistema, con independencia de los tipos particulares de elementos y relaciones. Desde luego, esta definición deja abierto el punto de qué es exactamente lo incluido en el sistema y lo incluido en el ambiente, y la cuestión de cómo trazar la diferencia.

Hall y Fagan (1956) sugieren que

las relaciones que deben considerarse en el contexto de un conjunto determinado de objetos dependen del *problema que se encara*; las relaciones importantes o interesantes se incluyen, y las triviales o inesenciales se excluyen. La decisión en cuanto a cuáles son las relaciones importantes y cuáles las triviales es tomada por la persona que aborda el problema, es decir que la cuestión de la trivialidad resulta relativa [y depende] del propio interés (pág. 18; bastardillas agregadas).

Es decir que la cuestión de "cuál es el sistema" y "cuál es el medio" queda resuelta por la decisión de la persona que aborda el problema. No hay reglas fijas y rígidas para trazar o construir un límite entre sistema y ambiente; se trata sólo de lo que una persona decida definir como "el sistema en consideración". Cualquiera par de elementos que interactúen de una manera pautada o no azarosa puede ser visto como cierto tipo de sistema. Estos dos elementos interactuantes definidos como un sistema, en otro contexto y con un diferente problema, también podrían ser definidos como elementos de sistemas totalmente distintos.

El sistema terapéutico

Desde la década de 1950 la familia ha sido descrita de modo tal que se ajusta a la definición de sistema, y casi desde la misma época también la terapia ha sido definida como un sistema. Es claro que la terapia es un tipo de sistema diferente: a diferencia de la familia, tiene un carácter sólo temporario, y, lo que es importante, se define en torno de un problema. El sistema terapéutico tiene una meta y un propósito: resolver el problema que se encara. Operacionalmente, incluye, como mínimo: 1) el terapeuta, 2) el problema, 3) por lo menos otra persona que se define como cliente, y 4) las relaciones entre el terapeuta, el problema y el cliente.

Si están en consideración sistemas diferentes, la señora Jones podría ser un elemento de cada uno de ellos y en consecuencia rotulada como 1) hija, 2) esposa, 3) madre, 4) hermana, 5) terapeuta, etcétera. La señora Jones forma parte de varias totalidades organizacionales, denominadas sistemas. Si ella decide cambiar de alguna manera, y/o si cambia espontáneamente, y/o es impulsada a cambiar, también cambiará cada uno de los sistemas de los que forma parte. Será una hija diferente para sus padres, una diferente esposa para su marido, etcétera. En algunos sistemas cual-

quier cambio en particular podría ser considerado importante, mientras que en otro podría ser visto como trivial. Análogamente, en relación con cualquier problema de cualquiera de estos sistemas, la interacción de la señora Jones podría ser más o menos importante o trivial. Así, de la relación de cada persona con el problema que se aborda dependerá quién sea el miembro del sistema que se encuentre en terapia en un momento dado. La señora Jones, como esposa, puede tener un problema con su marido, mientras que éste no tiene un problema con ella como esposa. En consecuencia, se puede hacer terapia sólo con la señora Jones y su problema. También se puede incluir al señor Jones si él quiere trabajar con ella sobre ese problema en particular, pero no es necesario hacerlo si él no está interesado.

Simplicidad

La idea de que el sistema terapéutico se define en parte por el problema permite a terapeuta y cliente llevar a una expresión mínima lo que, si todos estos sistemas fueran considerados en pie de igualdad, adquiriría una complejidad apabullante. Además, esta idea permite al terapeuta y al cliente aprovechar el concepto de que el cambio en una persona (y/o el cambio en las relaciones de esa persona con algunas otras) puede modificar el resto del sistema en consideración. Que el sistema en consideración sea uno u otro es algo que depende de la definición del problema por resolver.

Los capítulos anteriores (y otra bibliografía demasiado vasta como para citarla aquí) describen el modo en que pueden iniciarse el proceso o los procesos de cambio. En parte, la aparente simplicidad se debe a lo que hemos aprendido sobre la iniciación del cambio basado en las construcciones o definiciones más complejas del sistema terapéutico.

La distinción que traza von Glasersfeld entre *copia* y *ajuste* parece particularmente significativa en este contexto.

El realista metafísico busca un conocimiento que *copia* la realidad [con] ... alguna clase de "homomorfismo", es decir, con una equivalencia de relaciones, una secuencia o una estructura característica, algo, en otras palabras, que él pueda considerar *lo mismo*, porque sólo entonces podría decir que tiene un conocimiento *del mundo* (1984a, pág. 21).

Pero el ajuste es algo completamente distinto.

Si nosotros decimos que algo *ajusta*, tenemos en mente una relación diferente. Una llave se ajusta si abre la cerradura. El ajuste describe una aptitud de la llave, no de la cerradura (pág. 21).

En términos prácticos, si el terapeuta intenta una copia cuando piensa sobre las preocupaciones y quejas humanas o cuando diseña intervenciones, la complejidad de este edificio puede llevarlo a la confusión y al caos. Por cierto las intelecciones de la teoría de los sistemas y los esfuerzos conceptuales de la terapia familiar le proporcionan un rico repertorio de metáforas útiles. La complejidad también puede conducir, por una parte, a la parálisis, y, por la otra, a una especie de hiperactividad azarosa o a un andar a los tumbos sin ningún fin en vista.

Esto se asemeja a la situación que encara un pintor que debe decidir qué tipo de verde dispondrá en una zona particular de su tela. Hay una multitud de verdes posibles entre los que puede elegir, y cada uno de ellos interactúa de modo diverso con los colores circundantes. Se siente al mismo tiempo bendecido y maldito por la variedad de verdes que ve mentalmente y por la variedad de diferencias que su decisión producirá en las vecindades del color que aplique. En última instancia, sólo puede llegar a saber qué verde elegir haciendo algo. Cuanto mayor haya sido el éxito logrado al tomar decisiones análogas anteriormente, tanto más probable es que el verde elegido se ajuste. Para otros pintores el verde que se ajustaría entre los colores ya aplicados sería otro, e incluso para el mismo artista eso podría ocurrir en otro cuadro. Aun en el mismo cuadro, una variedad de verdes podría ajustarse, cada uno a su manera.

Los mapas de la realidad clínica presentados en los capítulos anteriores no pretenden ser los únicos mapas posibles ni desplazar a otros en una darwiniana lucha por la "supervivencia del mapa más apto". Diversos mapas terapéuticos se ajustan a diversas construcciones de problemas, y otros mapas también lo hacen. El problema puede construirse en cierto número de maneras, y por lo tanto pueden desarrollarse otros ajustes fructuosos. Metafóricamente, la misma llave maestra puede ajustarse a varias cerraduras, y la misma cerradura puede ser abierta por diferentes llaves.

Estos mapas en particular se ajustan a los supuestos de la terapia breve, que no son los únicos supuestos sobre cuya base

es posible trazar el mapa de las realidades clínicas. Un terapeuta familiar estructural (Minuchin, 1974) y un terapeuta familiar sistémico (Selvini Palazzoli y otros, 1978) tendrán cada uno un mapa construido de modo diferente, y por lo tanto lo que se ajuste también será diferente. La visión poliocular sugiere que los diversos mapas, a través de la comparación y el contraste (así como la visión del ojo derecho contrasta con la del izquierdo) puede producir un logro adicional, una idea de más alto tipo lógico. Esto no convierte a ningún ejemplar en más "justo o correcto" en ningún sentido, del mismo modo que la visión del ojo derecho no es "más correcta" que la del ojo izquierdo.

Lo que es importante, las soluciones no dependen enteramente de la creatividad del terapeuta y/o el equipo de terapia, ni de la creatividad del cliente. La fuente de la creatividad reside en la relación cooperativa entre los dos subsistemas. La creatividad es un logro adicional de su visión poliocular o de sus diversas descripciones de la situación problemática. Desde luego, las técnicas del terapeuta tienen la finalidad de promover el desarrollo de las soluciones creativas, y la invención creativa de las técnicas más útiles en cualquier situación particular es el logro adicional de la visión poliocular del sistema terapeuta y/o equipo-cliente. Esta noción es particularmente importante cuando las descripciones que los clientes hacen de su situación son tan vagas que el terapeuta no puede obtener de ellas un cuadro real de las interacciones humanas involucradas o una presentación clara de las secuencias incluidas en el área de la queja. La diferencia entre la perspectiva más o menos negativa del cliente (sin ella no habría queja) y la visión más o menos positiva que tiene el terapeuta de la misma situación vagamente descrita, parece ajustarse lo bastante bien como para impulsar el logro adicional.

Parece claro que el concepto de ajuste permite al terapeuta construir con el cliente una solución, empleando herramientas mínimas. El ajuste puede lograrse vinculando la intervención con conductas y/o secuencias de conductas y/o el contexto de las conductas y/o los encuadres o significados asignados a las conductas y contextos y/o la más general perspectiva del mundo. Estos diversos niveles parecen recurrentes (se definen recíprocamente entre sí) y por lo tanto el principio sistémico del totalismo sugiere que un cambio en un nivel afectará a los otros niveles. De modo que es necesario que el concepto de ajuste sea flexible, para que un problema pueda construirse en cualquiera, en algunos o en todos los niveles. En los términos de von Glasersfeld, un ajuste nos pro-

porciona "un camino viable hacia una meta que hemos elegido en circunstancias específicas en nuestro mundo experimental" (1984a, pag. 24) pero no nos dice nada sobre otros modos de alcanzar aquellas metas.

BIBLIOGRAFIA

- Adamson, R. E. (1952): "Functional fixedness as related to problem solving: A repetition of three experiments", *Journal of Experimental Psychology*, 44, pags. 288-291.
- Axelrod, R. (1984): *The evolution of cooperation*, Nueva York, Basic Books.
- Axelrod, R. y Hamilton, W. D. (1981): "The evolution of cooperation", *Science*, 211, pags. 1390-1396.
- Bandler, R. y Grinder, J. (1975): *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson*, Cupertino, Meta.
- Bateson, G. (1979): *Mind and nature: A necessary unity*, Nueva York, Dutton.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J. (1956): "Toward a theory of schizophrenia", *Behavioral Science*, 1 (4), pags. 251-264.
- Berger, J., Cohen, B. y Zelditch, M. (1966): "Status characteristics and expectations states", en J. Berger, M. Zelditch y B. Anderson (comps.), *Sociological theories in progress*, Boston, Houghton Mifflin.
- Berger, J., Conner, T. y Fisek, M. (1974): *Expectation states theory: A theoretical research program*, Cambridge, Winthrop.
- Berger, J., Fisek, M., Norman, R. y Zelditch, M. (1977): *Status characteristics and social interaction: An expectations-state approach*, Nueva York, Elsevier.
- Capra, F. (1977): *The Tao of physics*, Nueva York, Bantam.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1975): "Brief psychotherapy", en D. X. Freedman y J. E. Dyrud (comps.), *American handbook of psychiatry* (vol. 5), Nueva York, Basic.
- Coopersmith, E. (comp.) (1984): *Treatment of families with a handicapped member*, Rockville, Aspen.

- Coyne, J. (1984): "Strategic therapy with depressed married persons: Initial agenda, themes and interventions", *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (1), pags. 53-62.
- Cronen, V., Johnson, K. y Lannamann, J. (1982): "Paradoxes, double binds, and reflexive loops: An alternative theoretical perspective", *Family Process*, 21, pags. 91-126.
- de Shazer, S. (1975a): "Brief therapy: Two's company", *Family Process*, 14(1), pags. 78-93.
- de Shazer, S. (1975b): "The confusion technique", *Family Therapy*, 2(1), pags. 23-30.
- de Shazer, S. (1977): "The optimist-pessimist technique", *Family Therapy*, 4 (2), pags. 93-100.
- de Shazer, S. (1978a): "Brief hypnotherapy of two sexual dysfunctions: The crystal ball technique", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20 (3), pags. 203-208.
- de Shazer, S. (1978b): "Brief therapy with couples", *International Journal of Family Counseling*, 6(1), pags. 17-30.
- de Shazer, S. (1979a): "On transforming symptoms: An approach to an Erickson procedure", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22, pags. 17-28.
- de Shazer, S. (1979b): "Brief therapy with families", *American Journal of Family Therapy*, 7(2), pags. 83-95.
- de Shazer, S. (1979c): *The death of resistance*, inédito.
- de Shazer, S. (1980a): "Brief family therapy: A metaphorical task", *Journal of Marital and Family Therapy*, 6 (4), pags. 471-476.
- de Shazer, S. (1982a): *Patterns of brief family therapy*, Nueva York, Guilford.
- de Shazer, S. (1982b): "Some conceptual distinctions are more useful than others", *Family Process*, 21, pags. 71-84.
- de Shazer, S. (1984): "The death of resistance", *Family Process*, 23, pags. 11-21.
- de Shazer, S. y Berg, I. (1984): "A part is not apart: Working with only one of the partners present", en A. Gurman (comp.), *Casebook of marital therapy*, Nueva York, Guilford.
- de Shazer, S. y Lipchik, E. (1984): "Frames and Reframings", en E. Coopersmith (comp.), *Treatment of families with a handicapped member*, Rockville, Aspen.
- de Shazer, S. y Molnar, A. (1984a): "Changing teams changing families", *Family Process*, 23(4).
- de Shazer, S. y Molnar, A. (1984b): "Four useful interventions in brief family therapy", *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(3), pags. 297-304.

- de Shazer, S. y Nunnally, E. (1984): "The mysterious affair of paradoxes and loops", en G. Weeks (comp.), *Promoting change through paradoxical techniques*, Homewood, Ill., Dow Jones-Irwin.
- Duncker, K. (1945): "On problem solving", *Psychological monographs*, 58.
- Emerson, R. T. y Messinger, S. L. (1977): "The micro-politics of trouble", *Social Problems*, 25(2), pags. 121-134.
- Erickson, M. H. (1954a): "Special techniques of brief hypnotherapy", *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, pags. 109-129.
- Erickson, M. H. (1954b): "Pseudo-orientation in time as a hypnotherapeutic procedure", *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, pags. 261-283.
- Erickson, M. H. (1964): "The confusion technique in hypnosis", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, pags. 183-207.
- Erickson, M. H. y Rossi, E. (1983): *Healing in hypnosis*, Nueva York, Irvington.
- Erickson, M. H., Haley, J. y Weakland, J. (1967): "A transcript of a trance induction with commentary", en J. Haley (comp.), *Advanced techniques of hypnosis and therapy*, Nueva York, Grune & Stratton.
- Erickson, M. H. y Rossi, E. (1979): *Hypnotherapy: An exploratory casebook*, Nueva York, Irvington.
- Erickson, M. H., Rossi, E. y Rossi, S. (1976): *Hypnotic realities*, Nueva York, Irvington.
- Ferrier, M. J. (1984): *Systemic therapy with an individual*, inédito.
- Fisch, R. (1983): *Comunicación personal*.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1983): *The tactics of change: Doing therapy briefly*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Fisher, S. (1980): "The use of time limits in brief psychotherapy: A comparison of six-session, twelve-session, and unlimited treatment with families", *Family Process*, 19(4), pags. 377-392.
- Fisher, S. (1984): "Time-limited brief therapy with families: A one year follow-up study", *Family Process*, 23(1), pags. 101-106.
- Foss, L. (1971): "Art as cognitive: Beyond scientific realism", *Philosophy of Science*, 38, pags. 234-250.
- Garfield, S. (1978): "Research on client variables in psychotherapy", en S. Garfield y A. Bergin (comps.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change: An empirical analysis*, Nueva York, Wiley.

- Gordon, D. y Meyers-Anderson, M. (1981): *Phoenix: Therapeutic patterns of Milton H. Erickson*, Cupertino, Meta.
- Gurman, A. (1981): "Integrative marital therapy: Toward the development of an interpersonal approach", en S. Budman (comp.), *Forms of brief therapy*, Nueva York, Guilford.
- Gurman, A. (comp.) (1984): *Casebook of marital therapy*, Nueva York, Guilford.
- Haley, J. (1958): "An interactional explanation of hypnosis", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7(2), págs. 41-57.
- Haley, J. (1963): *Strategies of psychotherapy*, Nueva York, Grune & Stratton.
- Haley, J. (1967a): "Commentary on the writings of Milton H. Erickson, M. D.", en J. Haley (comp.), *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson, M. D.*, Nueva York, Grune & Stratton.
- Haley, J. (comp.) (1967b): *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson, M. D.*, Nueva York, Grune & Stratton.
- Haley, J. (1973): *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M. D.*, Nueva York, Norton.
- Haley, J. (1976): *Problem solving therapy*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Hall, A. y Fagen, R. (1956): "Definition of system", *General systems yearbook*, 1, págs. 18-28.
- Heider, F. (1946): "Attitudes and cognitive organization", *Journal of Psychology*, 21, págs. 107-112.
- Hofstadter, D. R. (1979): *Gödel, Escher, Bach: An eternal golden braid*, Nueva York, Basic Books.
- Hofstadter, D. R. (1983): "Computer tournaments of the prisoner's dilemma suggest how cooperation evolves", *Scientific American*, mayo, págs. 16-26.
- Koss, M. (1979): "Length of psychotherapy for clients seen in private practice", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, págs. 210-212.
- Kuhn, T. S. (1970): *The structure of scientific revolutions* (2a. ed.), Chicago, University of Chicago Press.
- Malan, D. (1976): *The frontier of brief psychotherapy*, Nueva York, Plenum.
- Mayer, R. E. (1983): *Thinking, problem solving, cognition*, Nueva York, Freeman.
- Meadj G. H. (1934): *Mind, self and society*, Chicago, University of Chicago Press. [Hay versión castellana: *Espíritu, persona*

- y sociedad, Buenos Aires, Paidós, 1953.]
- Minuchin, S. (1974): *Families and family therapy*, Cambridge, Harvard University Press.
- Ouchi, W. (1981): *Theory Z*, Reading, MA, Addison-Wesley.
- Rosenthal, R. (1966): *Experimenter effects in behavioral research*, Nueva York, Appleton-Century-Crofts.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, C., Cecchin, G. y Prata, G. (1974): "The treatment of children through brief therapy with their parents", *Family Process*, 13, págs. 429-442.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1978): *Paradox and Counterparadox*, Nueva York, Aronson.
- Selvini Palazzoli, M. y Prata, G. (1980): *The prescription*, Trabajo presentado a las Jornadas Internacionales de Terapia Familiar, Lyon, Francia, trad. de Fabian Daejhsels y Rob Horowitz.
- Shibutani, T. (1961): *Society and personality*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Spiegel, H. y Linn, L. (1969): "The 'ripple effect' following adjunct hypnosis in analytic psychotherapy", *American Journal of Psychiatry*, 126, págs. 53-58.
- Stcherbatsky, F. (1962): *Buddhist logic*, Nueva York, Dover.
- Szapocznik, J., Kurtines, W., Foote, F., Pérez-Vidal, A. y Hervis, O. (1983): "Conjoint versus one-person family therapy: Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(6), págs. 889-899.
- Tomm, K. (1982): *Clinical applications of strange loops*, Trabajo presentado a la Distinguished Speakers Series, Brief Family Therapy Center, Milwaukee.
- von Glasersfeld, E. (1984a): "An introduction to radical constructivism", en P. Watzlawick (comp.), *The invented reality*, Nueva York, Norton.
- von Glasersfeld, E. (1984b): *Steps in the construction of "others" and "reality": A study in self-regulation*, Trabajo enviado al 7º Encuentro Europeo sobre Investigación en Cibernética y Sistemas, Viena.
- Watzlawick, P. (1983): *The situation is hopeless but not serious*, Nueva York, Norton.
- Watzlawick, P. (comp.) (1984): *The invented reality*, Nueva York, Norton.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. D. (1967): *Pragmatics of human communication*, Nueva York, Norton.

- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1974): *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, Nueva York, Norton.
- Watzlawick, P. y Coyne, J. (1980): "Depression following stroke: Brief, problem focused family treatment", *Family Process*, 19, pags. 13-18.
- Weakland, J. (1983): "Family therapy with individuals", *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 2(4), pags. 1-9.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974): "Brief therapy: Focused problem resolution", *Family Process*, 13, pags. 141-168.
- Webster, M. y Sobieszek, B. (1974): *Sources of self-evaluation: A formal theory of significant others and social influence*, Nueva York, Wiley.
- Weeks, G. (comp.) (1984): *Promoting change through paradoxical therapy*, Homewood, Ill., Dow Jones-Irwin.
- Weiner-Davis, M. (1984): "The road not taken: On knowing what to not do", *Underground Railroad*, 5(1).
- Wilden, A. (1980): *System and Structure* (2a. ed.), Londres, Tavistock.
- Wilk, J. (1983): Comunicación personal.