

En D.Borobio (cord.), *Familia en un mundo cambiante*. (pp. 365-386). Salamanca: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca.

## LA TERAPIA SISTEMICA COMO MARCO PARA GENERAR NUEVOS RELATOS CON LAS FAMILIAS

Alberto Rodríguez Morejón y Mark Beyebach<sup>1</sup>

El objetivo principal de este trabajo es apuntar un encuadre filosófico desde el cual analizar el funcionamiento de un modelo concreto de psicoterapia: la terapia sistémica breve. En el primer gran bloque comenzaremos hablando de la perspectiva constructivista de análisis del conocimiento y de sus implicaciones en psicoterapia, el paso siguiente será presentar la metáfora de la narración como analogía para describir el cambio que se produce cuando trabajamos con familias que tienen problemas. Constructivismo y narratología nos llevan a entender la terapia como una conversación para el cambio, así que en el segundo bloque lo dedicaremos a describir las reglas que regulan la conversación, los temas que en ella se introducen, los aspectos de los discursos de la familias que queremos cambiar y el uso del lenguaje que el terapeuta realiza para promover dichos cambios.

---

<sup>1</sup>Coordinadores del Master de Formación de Terapeutas Sistémicos. Universidad Pontificia de Salamanca

## 1.- UNA EPISTEMOLOGIA PARA EL CAMBIO EN TERAPIA FAMILIAR

### 1.1.- *El constructivismo*

Acostumbrados como estamos a devorar acriticamente las informaciones con que nos bombardean los medios de comunicación, no solemos concederle gran importancia a los sorprendentes diferencias de interpretación con que habitualmente nos regalan políticos, periodistas y demás personajes públicos. La asistencia de veinte mil personas a una manifestación en favor de la eutanasia pueden ser interpretada por los partidarios de esta idea como: “la prueba indiscutible de que la mayoría de la sociedad apoya la eutanasia”, mientras que sus detractores no dudarán en afirmar categóricamente que “tan escaso número de participantes pone de manifiesto el rechazo visceral que la gente siente hacia ese tipo de tesis”. Lo objetivable, con el margen de error por arriba y por abajo que cada uno de los dos bandos intentará explotar en su favor, es que veinte mil personas se reunieron tal día a tal hora, en tal sitio y con un fin determinado; sin embargo, probablemente poco hubieran cambiado las interpretaciones si en lugar de veinte mil hubiera habido diez o cuarenta mil personas. Lo importante pues no es el hecho físico en sí (el número de manifestantes) sino la interpretación que de él realizamos. Pongámonos en la posición de un observador externo que escuche los comentarios de los analistas que defienden las distintas posiciones sobre la eutanasia. Si dicho observador no tiene una opinión propia muy desarrollada y sólo escucha las declaraciones del analista partidario de la legalización de esta práctica, probablemente empiece a pensar que, realmente, “hay una verdadera movilización social para que se aprueben leyes que permitan a las personas decidir voluntariamente el momento de su propia muerte”. En cambio, si escucha a los dos analistas se hallará ante una aparente ilusión de alternativas, de manera que tenderá a pensar que efectivamente nuestra sociedad apoya o rechaza la eutanasia dependiendo de la idea previa que el mismo tenga sobre el tema. Además, cuanto más comprometido esté con su idea previa más convencido estará de que las cosas *son* como él las ve y que los que opinan lo contrario están equivocados. Hablábamos de “aparente ilusión de alternativas” porque un observador más crítico puede concluir que lo que exponen el analista partidario y el detractor no son más que “puntos de vista”

poco concluyentes, y que es difícil saber lo que opina realmente la mayoría de la gente.

El de arriba parece un buen ejemplo de algo que es muy habitual en lo que llamamos procesos de percepción y atribución social (Echebarría, 1991): un mismo fenómeno humano puede ser interpretado de varias maneras diferentes, las personas elegimos la que en nuestra opinión se adapta más a los datos, y confundimos la realidad con la interpretación que de ella hacemos. Lo que subyace a esta forma de procesar información es la idea básica de que existe una realidad objetiva que es independiente del hombre (algo así como las Ideas Fundamentales de Platón) que debemos y podemos capturar (Watzlawick, 1984). Para ese autor -que se apoya en las doctrinas filosóficas de Kant, Hume o Wittgenstein- tal afirmación es “filosófica y científicamente insostenible” (Watzlawick, 1988), no hay una realidad independiente del hombre sino que éste construye interpretaciones que considera como *la auténtica realidad*; esta confusión se ha comparado tradicionalmente con la que cometemos cuando pensamos que el mapa es el territorio.

Pero, podríamos preguntarnos ¿cómo es que un ser *tan confundido* ha logrado adaptarse tan eficazmente como lo hemos hecho los humanos? Pues bien, parece que precisamente una de las capacidades desde las que podríamos explicar nuestra prodigiosa capacidad de supervivencia en condiciones hostiles es, precisamente, nuestra necesidad ontológica de percibir el mundo como algo estable, dotado de un orden objetivo al que podemos acceder. De hecho, parece que toda nuestra evolución cultural este marcada por el ansia de perfeccionar nuestros métodos de análisis de los fenómenos físicos y sociales, siempre en pos de desvelar hasta el último de los secretos que *la naturaleza celosamente oculta*. Empezamos creando el lenguaje y lo utilizamos como herramienta básica para inventar la realidad, y desde entonces todos nuestros *descubrimientos* están marcados por el código lingüístico que utilizamos para describirlos. En la novela “Cien años de soledad” de Gabriel García Márquez, por ejemplo, el autor nos describe un mundo tan nuevo que las cosas no tienen todavía nombres y las personas deben señalarlas con el dedo para entenderse. Seguramente esa es la situación en la que se encontraban nuestros primeros antepasados y en la que se encuentran los niños justo antes de empezar a hablar (por aquello de que la ontogénesis a veces repite la filogénesis). Desde entonces los seres

humanos llevamos varios millones de años inventando la realidad. Parece como si las cosas empezaran a existir sólo cuando les ponemos nombre, y un buen ejemplo de ello es que las enfermedades mentales nacieron cuando establecimos arbitrariamente los síndromes y empezamos a catalogar a los enfermos según categorías diagnósticas (Rosenhan, 1984). Otros ejemplos de instrumentos con los cuales inventamos la realidad son las matemáticas, el sistema decimal o incluso el método científico.<sup>2</sup>

La ilusión de que lo que conocemos es la realidad absoluta está muy relacionada con otra de las actividades adaptativas básicas de los humanos, la necesidad de controlar el entorno físico y social. Un mundo estable regido por leyes inmutables permite predecir consecuencias posibles y decidir, en base a las expectativas así creadas, nuestra conducta futura. No se puede predecir desde la inestabilidad, no se puede controlar (decidir actuación y evaluar los resultados de ésta) sin predecir; de ahí que sea tan adaptativa la ilusión de que la realidad existe como algo independiente de las personas.

### 1.2.- Constructivismo y psicoterapia

Probablemente algunos de ustedes se estarán preguntando qué interés puede tener para la psicoterapia esta especie de duda cartesiana que aplicamos a la realidad y que hemos llamado constructivismo. Pues bien, podemos contemplar desde una perspectiva constructivista tres niveles de realidad relacionados con la terapia familiar: la visión de mundo de las familias, la interpretación que de ésta hacen los terapeutas y el proceso mismo de la terapia.

Empecemos por el primer punto, la visión de mundo de las familias. Podemos entender que lo que los clientes traen a terapia son interpretaciones de los hechos; interpretaciones que ellos consideran

---

<sup>2</sup>Un ejemplo adicional de cómo nuestros métodos de investigación determinan irremisiblemente aquello que descubrimos lo proporcionaron hace poco unos investigadores del mundo submarino. Ellos desde siempre habían descrito en sus manuales a determinada especie de peces, que habitan a considerable profundidad, como de un prodigioso color rojo-azulado. En una ocasión se les ocurrió filmarlos sin utilizar los grandes focos de luz artificial que utilizaban habitualmente, sin ellos los peces resultaron de un apagado color ocre.

como la única realidad y que no les han ayudado a resolver el problema (dado que están delante de nosotros solicitando ayuda) por lo que podemos pensar que han pasado a formar parte de él. Antes señalábamos que las personas consensuamos a través del lenguaje los significados que atribuimos a los fenómenos sociales, de manera que decimos que alguien “está deprimido” porque la persona y su familia han convenido que no es “normal” que últimamente esté siempre triste y no tenga ganas de salir. Al igual que en el ejemplo de la manifestación que antes analizábamos, caben distintas interpretaciones para una misma “realidad objetiva”. Por ejemplo, recientemente, trabajando con una familia en la que uno de los hijos era adicto a la heroína, todos coincidían compungidos en que había pocas esperanzas de que el enfermo se curara, “¡esta es ya la tercera vez que lo intentamos!”. Sin embargo, poco tiempo después un chico, en unas condiciones muy similares a las del anterior, nos confesaba: “Estoy más animado que nunca, creo que la cuarta vez será la definitiva. En las ocasiones anteriores era demasiado inmaduro para poder vencer a la droga, ahora sé mucho más de mí mismo y, lo que es más importante, de ella”. Aunque aparentemente la realidad objetiva sea la misma (varios fracasos anteriores), los significados que se le atribuyen son completamente diferentes y únicamente el segundo punto de vista aumenta las probabilidades de que la familia salga adelante.

Vayamos ahora al segundo nivel de análisis, la interpretación de la realidad familiar que hacen los terapeutas. La omnipotencia de que se invisten algunos terapeutas familiares les hace pensar que los “pacientes” tienen problemas porque tienen un punto de vista inadecuado sobre lo que les ocurre, ellos en cambio se sienten capaces de *descubrir* lo que *realmente* está sucediendo en esa familia. Algo así como: “los clientes interpretan la realidad, mientras que los terapeutas la descubrimos”. En nuestra opinión este punto de vista es bastante poco acertado. Si lo que los clientes traen a terapia no es más su manera de ver las cosas, una más entre las muchas alternativas que existen, también la hipótesis de problema que hacen los terapeutas no es más que una entre las muchas que podrían hacerse. Estamos acostumbrados a oír de terapeutas experimentados frases como: “Es *evidente* que la anorexia de la niña es consecuencia del conflicto de pareja de sus padres, conflicto que se deriva de la insatisfacción con que ambos viven su matrimonio”. En este caso, como en otros, la relación causa-efecto entre los problemas de pareja y la anorexia no

está en la vida real de la familia sino en la mente de los terapeutas. Muy recientemente dos terapeutas constructivistas, muy próximos a los autores de este trabajo, salían de una sesión de pareja jugando a ser terapeutas *realistas*. Habían estado trabajando con un matrimonio a punto de separarse y durante toda la consulta los dos miembros de la pareja habían insinuado veladamente que dos meses antes había ocurrido algo que contribuyó decisivamente a su distanciamiento. Ninguno de los dos se decidió a contar lo sucedido y el terapeuta, prudentemente, evitó hacer una pregunta directa sobre ello (se trataba de una primera sesión así que el terapeuta pensó que si la información era importante para ellos saldría cuando la relación terapéutica estuviera más afianzada). En el comentario postsesión nuestros dos terapeutas coincidieron que, *sin lugar a dudas*, uno de los dos miembros de la pareja había tenido una aventura extramatrimonial. La sorpresa fue que uno de ellos apostaba definitivamente por el marido como protagonista de tal aventura, mientras que el otro estaba convencido de que la infiel era la mujer. En conclusión, como en el ejemplo anterior, los terapeutas -al igual que los abogados y los fiscales- no trabajamos con hechos sino con las interpretaciones de éstos que aportan los testigos con que contamos. Como no sabemos lo que realmente sucede en las familias, pero necesitamos percibirlo como algo estable para que nos permita predecir el efecto de nuestras técnicas de intervención, también los terapeutas podemos llegar a pensar que nuestras hipótesis sobre la dinámica familiar desvelan el *auténtico* proceso que gobierna las relaciones de nuestros clientes.

Por último, veamos que implicaciones puede tener el analizar el proceso de terapia desde una perspectiva constructivista. Los dos terapeutas del ejemplo anterior construían realidades diferentes porque partían de premisas ligeramente distintas. El asunto se complica cuando pensamos en la cantidad de posibles interpretaciones que de un mismo hecho pueden crear terapeutas que trabajan desde las distintas orientaciones que existen en psicoterapia (psicoanálisis, conductismo, cognitivismo, etc.) o incluso dentro de la terapia familiar (estructurales, estratégicos, milanianos, MRI, Milwaukee). Durante mucho tiempo se ha entendido que los distintos modelos de tratamiento psicológico competían por el dudoso privilegio de ser los más apropiados para entender al máximo los problemas psíquicos de las personas. La realidad de los clientes/pacientes estaba fuera y había que descubrirla; era como si de cortar una gran tarta se tratara: aquel que tenga los mejores instrumentos logrará abarcar un mayor pedazo

de tarta y, se supone que cuanto mayor sea el trozo del que dispongamos más posibilidades tendremos resolver los problemas que se nos plantean. La introducción de la filosofía constructivista invalida esta analogía. Durante el tratamiento, terapeuta y cliente construyen una nueva visión de mundo con la familia (de Shazer, 1991), no se trata de una visión más adaptada sino, sencillamente, de una forma diferente de entender los mismos hechos. Lo único que se pretende es “que las consecuencias dolorosas de una determinada ficción «como sí» actual sean sustituidas por las de otra ficción «como sí» que produzca una realidad tolerable” (Watzlawick, 1988, p.134). Siguiendo con la imagen que antes iniciábamos, podríamos decir que, analizado desde una perspectiva constructivista, lo que hacen cliente y terapeuta es fabricar una “nueva tarta” juntos. El terapeuta pone sus “utensilios de cocina” (técnicas terapéuticas) al servicio del cliente y éste aporta los “ingredientes” (conductas y significados) que anteriormente dieron lugar a otros “pasteles”. El terapeuta los mezcla con la sabiduría que proviene de su conocimiento sobre “recetas culinarias” (presupuestos), pero es el cliente el que decide qué tipo de tarta quiere, por lo que constantemente le invitamos a probar “la masa” para asegurarnos de que las cosas están a su gusto. Los distintos modelos de psicoterapia trabajan con “recetas y técnicas” diferentes, por eso, al final de los tratamientos no tienen trozos mayores o menores de “tarta”, sino “tartas” distintas aunque hayan sido confeccionadas con los mismo materiales.

### 1.3.- *La concepción narrativa de la terapia*

Hablar de que los clientes acuden a terapia con “puntos de vista” que mantienen los problemas y de que los terapeutas trabajan para generar alternativas diferentes, puede resultar en ocasiones demasiado abstracto. Por ello, en los últimos años se ha extendido entre los terapeutas familiares la analogía del texto como forma de explicar lo que clientes y terapeutas hacen durante los tratamientos psicológicos.

Los textos son por naturaleza indeterminados, ambiguos, el lector puede extraer distintos significados de ellos dependiendo de su bagaje previo y de la intención con que los lea (Bruner, 1986). De igual manera, como venimos diciendo, la realidad es ambigua y susceptible de ser interpretada de maneras diferentes. Los distintos significados que las personas atribuyen a los hechos, cuando pasan a formar parte de la propia experiencia, se convierten en los conocimientos

(cogniciones) que sirven para regular su conducta. Estos conocimientos influirán sobre la interpretación y organización de nuevas experiencias y, al mismo tiempo, tendrán fuerza implicativa sobre el futuro en la medida que proveerán a las personas de metas, planes, expectativas y reglas para actuar (Markus & Cross, 1990).

La sensación de identidad y continuidad que experimentamos las personas tiene probablemente mucho que ver con esta serie de conocimientos que almacenamos. Una manera de entender este fenómeno consiste en pensar que para describirnos a nosotros mismos y lo que nos sucede, organizamos secuencialmente lo que sabemos sobre los hechos y las personas construyendo relatos coherentes que narran nuestras experiencias (White y Epston, 1989). Estos relatos, narraciones o historias se desarrollarían en un escenario, con unos personajes y una trama concreta (Sluzki, 1992). Desde esta perspectiva narratológica cada persona poseería una serie de relatos que comparte con el resto de las personas de su entorno cultural, otros compartidos únicamente con su familia y, por último, unas narraciones que son exclusivamente suyas. Además, podría entenderse que los relatos estarían organizados en una red jerárquica en la que unas historias serían más relevantes que otras, y por ello más accesibles, según las situaciones concretas en que se se halle el individuo.<sup>3</sup>

### 1.4.- *La conversación terapéutica*

Las personas que solicitan terapia suelen aportar lo que White y Epston (1989) denominan «descripciones saturadas de problemas».<sup>4</sup>

<sup>3</sup>Para explicar los distintos grados de accesibilidad de los relatos nos gusta mucho la noción de “working self-concept” de Hazel Markus (Markus y Ruvolo, 1989). Como resultado de analizar la realidad a través de esquemas, las personas tienen accesibles en su memoria un enorme número de representaciones (relatos), afectivo-cognitivas y orientadas a la acción sobre lo que ellos mismos son, lo que les gustaría ser o sobre las leyes causales que subyacen a los sucesos de la vida. Bien por la acción de eventos ambientales autorrelevantes, bien porque el individuo para responder a una exigencia externa los evoque deliberadamente, algunos de estos esquemas se activan pasando a constituir la concepción central que domina el sistema de procesamiento de información de la persona en un momento determinado y que llamamos «autoconcepto de trabajo».

<sup>4</sup>En realidad esta no es más que una imagen, no es que la familia tenga una descripción saturada de problemas que repita invariablemente, sino que ésta es el producto de una

Estas son relatos que incluyen todas las conductas y significados que han elaborado en torno a la situación que les preocupa. Se trata de historias que atrapan, en el sentido de que las personas no pueden sobreponerse a su propia descripción de los hechos, no pudiendo por ello modificar su forma de actuar, pensar o sentir.<sup>5</sup> Por ejemplo, el relato de una mujer que solicitaba ayuda por depresión era el siguiente:

“Hace unos seis meses, justo después de hacer un viaje largo, me desperté a media noche muy angustiada, no me volví a dormir y estuve todo el día muy nerviosa, recuerdo que me daba miedo acercarme a las ventanas. Fui al médico y me dijo que estaba pasando por una ligera depresión, al llegar a casa mi marido me dijo que estaba de acuerdo con el diagnóstico del doctor, de hecho, en su opinión, yo siempre había sido una depresiva. Un tío de mi padre también es depresivo, así que yo sabía mucho de esa enfermedad, cuando le conocí era una persona muy mayor y se pasaba todo el día en la cama sin moverse ni hablar con nadie, en una ocasión intentó suicidarse. Los días siguientes me seguí encontrando mal, dejé de hacer las tareas de casa porque me sentía sin fuerzas y no fui por el trabajo. Mi marido opinó que la cosa era todavía más seria de lo que parecía en un principio y me volvió a llevar al hospital, el doctor se mostró realmente preocupado y me subió la dosis de medicamentos. Desde entonces me siento cada vez peor, hasta el punto de que mi suegra ha tenido que venir a vivir con nosotros para ocuparse del marido y de los niños”.

---

deteminada interacción terapeuta/cliente centrada en el problema. El relato cambiará mucho dependiendo de qué miembro de la familia lo cuente o a quién se lo narre. Será muy diferente, por ejemplo, el tipo de historia que surge cuando le cuenten sus preocupaciones a un amigo que escucha pasivamente o se la cuente a un terapeuta que escucha activamente, haciendo preguntas y comentarios sobre las informaciones que va recibiendo.

<sup>5</sup>Nos parece de utilidad terapéutica el concebir que significados y conductas están interaccionalmente relacionados, de manera que si se logra cambiar la valoración de una conducta probablemente termine por cambiar la propia conducta y, viceversa, si lo que se modifica es la conducta con ello cambiará también el significado que se le atribuye (Campbell, Draper y Crutchley, 1991).

En general los diagnósticos tienen un gran poder para atrapar a las personas, pero probablemente el de depresión sea uno de los que más encierra. La razón fundamental es que la mayoría de la gente tiene claras todas las cosas que “irremisiblemente” suceden una vez que uno se deprime, con lo cual funciona a la perfección el fenómeno de la profecía autocumplidora.<sup>6</sup> Hay varios elementos del relato de la mujer de nuestro caso que ayudan a mantener el problema. Primero, asume que lo que le pasa es una depresión (otro especialista hubiera podido hacer un diagnóstico de trastorno de ansiedad, dando lugar a otro relato y a otros hechos completamente diferentes). Segundo, entiende que *es* una depresiva (atribución interna y estable) en vez de que *está pasando* por una depresión (atribución no-estable y más fácilmente externa), por ejemplo. Tercero, predice toda la serie de consecuencias negativas que van a derivarse del hecho de *ser* depresiva y está convencida de que le pueden suceder a ella

Entendemos el proceso de tratamiento como una conversación terapéutica (Anderson y Goolishian, 1988). Es terapéutica en el sentido de que sirve para generar un relato alternativo en que el problema queda redefinido y deja, por lo tanto, de producir dolor. Por otra parte, preferimos entenderlo como una conversación ante todo porque es un proceso que realizan conjuntamente terapeuta y cliente, pero además porque no se trata de “sanar” algo que esta enfermo sino de producir cambios en el sistema de significados de la familia. Como decíamos anteriormente, no buscamos conseguir una visión más adecuada; dado que la realidad es inaccesible por naturaleza, no hay puntos de vista mejores o peores, sí puntos de vista que podemos entender que mantienen un problema y puntos de vista que posiblemente ayuden a resolverlo. En definitiva, lo que el terapeuta hace es introducir modificaciones en el sistema semántico de las familias para provocar cambios en relatos específicos o para introducir modificaciones en las relaciones de dominancia entre los distintos relatos (Sluzki, 1992).

---

<sup>6</sup>Un ejemplo de profecía autocumplidora es lo que ocurre cuando alguien anticipa que va a ser poco aceptado en una reunión social. Si está convencido de ello es fácil que acuda allí a la defensiva, procurando mantenerse aislado para no ser rechazado. Su actitud poco sociable disminuirá mucho las posibilidades de que alguien se acerque a él amigablemente, con lo cual la profecía termina por convertirse en un hecho.

## 2.- CONSTRUYENDO NUEVOS RELATOS: LA CONVERSACION TERAPEUTICA DE LA TERAPIA SISTEMICA BREVE

Hemos asumido el constructivismo como perspectiva de análisis de la realidad, hemos acordado que es terapéuticamente útil entender que los significados de los clientes están organizados conformando relatos y, finalmente, decidimos describir el encuentro interpersonal que llamamos terapia como una conversación para el cambio. Quedará ahora por describir los elementos terapéuticos que conforman el tipo de conversación terapéutica característico de la terapias sistémica breve (TSB), el modelo que asumimos los autores de este trabajo. Esta orientación de tratamiento psicológico, tal y como nosotros la entendemos, es el resultado de la influencia conjunta de tres escuelas diferentes: a) la **Terapia Centrada en Soluciones** (TCS) desarrollada por Steve de Shazer y el grupo de Milwaukee (de Shazer, 1988, 1991), b) la **Terapia Breve Centrada en los Problemas** del "Instituto de Investigaciones Mentales" (MRI) de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982) y c) la terapia de Michael White (White y Epston, 1989).

Siguiendo con la analogía de la conversación, el terapeuta, sea cual sea la orientación a la que se adscriba, suele hacer propuestas sobre varias cuestiones: a) Las normas que regulan la interacción, b) los aspectos del discurso de los clientes que quiere cambiar, c) el tema de conversación que va a favorecer los cambios y d) el tipo de lenguaje para el cambio que va a utilizar. A continuación expondremos la respuesta que desde la TSB se da a estas cuestiones.

### 2.1.- Las normas que regulan el intercambio

Las normas que se establecen desde la TSB para regular el intercambio comunicativo son muy sencillas. Participan en la conversación (acuden a las sesiones de terapia) todos aquellos miembros de la familia que quieran y estén interesados en resolver el problema. Todos tienen el mismo derecho a hablar y exponer sus puntos de vista.<sup>7</sup> El terapeuta es quién propone el tema de

<sup>7</sup>Aunque ésta parezca una afirmación un tanto simplista podría no ser aceptada por aquellas orientaciones de terapia familiar que dan especial relevancia al constructo de **poder** en las familias (escuelas estratégica y estructural).

conversación, y se encarga de que todos continúen hablando de lo que él sugiere mientras considere que ello es de utilidad terapéutica.<sup>8</sup>

### 2.2.- El tipo de cambios que se buscan

Ya hemos dicho que basta con que el cliente genere, conjuntamente con el terapeuta, un relato alternativo que se adapte a la realidad de los clientes y sirva para disolver el problema. En la orientación en que trabajamos el terapeuta no es normativo, esto quiere decir que no parte de un modelo de familia, persona o interacción "sana", no evalúa a sus clientes comparándolos con una norma, no trata de modelar sus relaciones en la dirección que él considera más adecuada, sino que los acepta tal y como son y se limita a promover los cambios imprescindibles para que los problemas desaparezcan.

Pongamos un ejemplo para diferenciar un terapeuta normativo de uno que no lo es. Imaginemos que la demanda que realiza una pareja al inicio del tratamiento es la de conseguir "discutir civilizadamente". Un terapeuta no normativo, después de asegurarse de que no hay solicitudes sobre otros temas, tomará esto como único objetivo y, por lo tanto, como el único tema en que la pareja le permite "meter la nariz". A partir de ahí, se dedicará a analizar lo que ellos hacen para discutir, intentando construir un problema resoluble. Identificando, por ejemplo, un patrón interaccional para las discusiones y diseñando tareas para cambiarlo. La otra posibilidad, trabajando en terapia centrada en soluciones, es facilitar que la pareja hable sobre las ocasiones en que ya han discutido civilizadamente haciendo hincapié en lo que hicieron diferente en esos casos. En cambio un terapeuta normativo demandará información sobre todos aquellos aspectos que, según sus presupuestos, tengan relación con la felicidad conyugal. Para ello analizará áreas de la vida de las personas no directamente relacionadas con el objetivo que se han marcado. Preguntará, por ejemplo, por sus relaciones sexuales, por la distribución de tareas de

<sup>8</sup>Con la única restricción de que el terapeuta ponga buen cuidado en adaptarse a la postura de los clientes. Por ejemplo, en un momento determinado del tratamiento el terapeuta puede considerar que el tema más adecuado para producir cambios es hablar de objetivos, pero por su parte la familia insiste en relatar lo mal que han ido las cosas en la última semana. En estos casos puede resultar de utilidad renunciar al tema de conversación que más cambio produce en aras de no perder relación terapéutica.

la casa o por la relación que mantiene cada uno con su familia de origen.

El terapeuta no-normativo no establece, en principio, preferencias sobre las características del nuevo relato, siempre y cuando el punto de vista aportado por la nueva narración sirva para favorecer la desaparición de los problemas. Por lógica podría parecer que son preferibles, por ejemplo, las historias que describen los problemas como fluctuantes (“por muy mal que esté siempre hay momentos en que me divierto”) en vez de aquellas que los describen como estables (“siempre estoy deprimida”). Para Sluzki (1992) la cuestión es construir un relato que redefina el problema; de forma que si el relato que nos traen los pacientes describe la queja como estable, trataremos de generar otro diferente buscando variabilidad (“¿en qué ocasiones has estado más animada últimamente?”); en cambio, si el cliente describe la queja como fluctuante (“no puedo entender porque unas veces tartamudeo y otras no”) trataremos de construir un relato que incluya estabilidad (“¿qué tienen en común todas las veces que tartamudeas? o ¿qué tienen en común todas las ocasiones en que consigues hablar bien?”).

### 2.3.- *Los contenidos de la conversación terapéutica*

Tenemos dos grandes opciones a la hora de elegir el tema sobre el cual vamos a conversar, siempre teniendo en cuenta que nuestra meta es modificar el relato dominante “saturado de problemas” que trae la familia. La primera opción es hablar sobre lo que las personas ya están haciendo que les ayuda a resolver sus problemas. La segunda es trabajar sobre el relato de los problemas e introducir modificaciones en él. Un paso previo a cualquiera de éstas dos opciones consistirá en hablar de lo que los clientes quieren conseguir con nuestra ayuda.

Hablar de **objetivos** y conseguir que los clientes formulen metas conductualmente definidas parece ser un tema relevante en terapia familiar. La razón fundamental es que algunos estudios indican que cuando tenemos objetivos y están claramente descritos aumentan las posibilidades de que el cliente los alcance durante el tratamiento (Pérez Grande, 1991; Rodríguez Morejón, 1994). Hay diversas maneras de iniciar conversaciones sobre objetivos, nosotros utilizamos habitualmente las técnicas de proyección al futuro y entre ellas la más

conocida es la “Pregunta Milagro”<sup>9</sup> (de Shazer, 1988; Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994). La idea básica de estas técnicas es conseguir que las personas se imaginen cómo va a ser su vida una vez que todos sus problemas se hayan resuelto.

Descrito en términos de relato, lo que pretendemos conseguir con la “Pregunta Milagro” es que nuestros clientes construyan una historia alternativa que pueda ocurrir en vez de “la descripción saturada de problemas”. La idea general es que los clientes piensen en nuevas formas de actuar que puedan empezar a poner en práctica en la situación problemática. Por supuesto que hay un gran paso entre imaginar y ser capaces de poner en práctica las conductas imaginadas; que ese paso se dé o no va a depender, en nuestra opinión, de que consigamos descripciones (objetivos) que reúnan una serie de características. Por ejemplo, los objetivos no tendrán ningún poder facilitador de la acción si los relatos que surgen de la pregunta milagro están demasiado lejos de la vida cotidiana (de ahí que insistamos tanto en que los clientes busquen cambios en pequeñas cosas). Por eso es necesario buscar un punto intermedio de manera que el nuevo relato implique una diferencia cualitativa respecto al antiguo, sin que resulte algo demasiado alejado de la realidad de nuestros clientes. Un relato puede convertirse en algo ajeno a la vida de las personas si el terapeuta interviene demasiado en el milagro que describe la gente. Supongamos que el terapeuta sugiere a una pareja, como decíamos anteriormente, que un aspecto que seguramente va a mejorar son sus relaciones sexuales, y pide a los clientes que le describan qué va a cambiar en ese tema después del milagro. Si éste no es un objetivo relevante para ellos, por mucho que puedan imaginarse

---

<sup>9</sup>La formulación de la Pregunta Milagro tal y como nosotros la usamos es la siguiente: “Ahora quería hacerles una pregunta un tanto extraña; extraña en el sentido de que va a requerir que ustedes utilicen mucho su imaginación. Les pido que presten mucha atención a ella porque su respuesta va a ayudar mucho a que terminemos de aclarar en qué tiene que consistir exactamente nuestra ayuda. Quiero que se imaginen que esta sesión termina y que ustedes vuelven a sus casas..., imaginen que el resto del día transcurre con normalidad y que se van a dormir... Imaginen que..., mientras están durmiendo..., sucede un ‘milagro’..., y que todos los problemas que les han traído aquí se resuelven de repente, no con trabajo duro como se suelen resolver en la vida real, sino de repente. Como están durmiendo, no se dan cuenta de que ese milagro se ha producido, por eso quiero que se imaginen y me digan: ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que les van a hacer pensar que ese ‘milagro’ se ha producido?”.

mejorías respecto a él, difícilmente van a ponerlas en práctica. También puede convertirse en algo demasiado alejado si dejamos que las familias formulen objetivos muy elevados o excesivamente abstractos. De ahí que trabajemos para que los objetivos sean alcanzables y descritos conductualmente. Cuanto más minuciosa sea la descripción conductual del nuevo relato, incluyendo lugar, tiempo y secuencia de conductas, más fácil será -probablemente- que las personas lo lleven a la práctica. En caso de que en la secuencia intervengan varias personas, aumentaremos el efecto facilitador de la conducta que tienen los relatos sobre el futuro, haciendo que cada uno de ellos describa qué es lo que va a hacer y qué espera que hagan los demás (relaciones entre personajes).

Una manera posible de describir lo que sucede cuando generamos nuevos relatos a partir de la pregunta milagro es recurrir al constructo de Markus que antes presentábamos: “working self-concept” (Markus y Ruvolo, 1989). El terapeuta dedica mucho tiempo y esfuerzo a construir a partir de la pregunta de proyección al futuro una historia que cumpla las siguientes características: a) describa la vida de las personas *sin* el problema; b) incluya los personajes que intervienen habitualmente en la vida de nuestros clientes; c) narre una trama en la que se especifique claramente la actuación de cada uno de ellos, actuación que sea “plausible” dentro de su repertorio conductual e implique, al mismo tiempo, alguna diferencia con respecto a la forma de actuar descrita en relatos anteriores; d) que las nuevas formas de actuar se enmarquen en el escenario usual en el que se desenvuelve la familia. Pues bien, todo el tiempo y el esfuerzo que el terapeuta y la familia realizan puede hacer que el nuevo relato se convierta en algo muy relevante para este último. Dicho en términos de Markus, que se convierta en el esquema de conocimiento central que domine el sistema de procesamiento de una persona en un momento determinado. Ello podría tener dos grandes implicaciones. La primera es que este esquema de conocimiento va a influir sobre la interpretación y organización de las nuevas informaciones que se procesen. De manera que si, por ejemplo, en el nuevo relato los miembros de una familia dicen que una cosa que va a ser diferente es que unos van a estar más amables con los otros, cualquier pequeño indicio de amabilidad que realice alguien será más fácilmente detectado e interpretado como tal por el resto de sus familiares. La segunda implicación tiene que ver más con el futuro, de alguna manera, la historia dominante va a facilitar que empiecen a actuar

según el guión marcado por ella, lo que a su vez hará que disminuya la probabilidad de que el problema se produzca.

Un contenido de la conversación terapéutica que en TSB suele ir muy asociado a los objetivos es el de las **excepciones**. Entendemos por tal cualquier ocasión en que el problema no se produjo en aquellos momentos en que por regla general suele hacerlo (de Shazer, 1988). Son excepciones, o episodios únicos en terminología de White (1989), los momentos en los que la mujer deprimida no se deprime, el adicto a la heroína consigue resistir la tentación de inyectarse o la pareja conflictiva discute “civilizadamente”. En opinión de Steve de Shazer (1988, 1991), existe una discontinuidad entre problemas y soluciones, de forma que no es necesario saber absolutamente nada del problema para empezar a resolverlo. Bastará con que el terapeuta localice con los clientes los momentos en que el problema no se produce, contraviniendo la norma general de que éste siempre está presente. Una vez descubiertos, el paso siguiente es ampliarlos, esto es, dejar que la gente cuente detenidamente qué ocurrió en esa situación; haciendo, además, que ellos piensen sobre qué fue diferente en su forma de actuar, pensar o sentir que contribuyó a que el problema no se diera (Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994). Al hablar de excepciones estamos generando también un relato alternativo que tiene la gran ventaja de que sabemos de antemano que las formas de actuación y los significados involucrados en él ayudan efectivamente a que el problema no se produzca. Las excepciones son pues historias de éxitos conseguidos por los clientes, el trabajo del terapeuta es ayudar a que además sean éxitos *repetibles*. Para ello debe hacer, como en el caso de los objetivos, que el relato excepcional se convierta en la narración dominante, y la mejor manera de lograrlo es hacer que la gente hable el máximo tiempo posible sobre qué ocurrió, cuándo, dónde, quiénes estaban implicados y como actuó cada uno de ellos (escenario, trama y personajes).

Cuando hablamos de objetivos y de excepciones estamos generando relatos en los que el problema ya está resuelto, en el primer caso la solución es hipotética y en el segundo es real aunque no esté todavía consolidada. Otra forma diferente, aunque complementaria, de llevar el tratamiento es hablar sobre el **problema**. En este caso el terapeuta deja que la familia expongan el relato de lo mal que están las cosas y maniobra para introducir cambios en sus puntos de vista. Mientras que en los dos casos anteriores (objetivos y excepciones) la mayor



responsabilidad del cambio se atribuye a lo que el terapeuta hace en sesión, trabajando con los problemas tiene tanta relevancia lo que ocurre dentro de la consulta como las tareas que se le piden a la familia para el periodo intersesiones. Dentro de la consulta el terapeuta utilizará un lenguaje para el cambio que haga que los clientes pongan en duda los significados que hasta ahora venían barajando. Al mismo tiempo, construirá marcos conceptuales en los que la conducta problema sea entendida como una parte de un proceso interaccional. Las tareas a realizar en casa irán dirigidas a modificar ese proceso; buscarán cambios conductuales que, a su vez, faciliten nuevos significados que sirvan para generar historias nuevas para la familia.

#### 2.4.- *El lenguaje del cambio*

La idea de considerar la terapia como una conversación terapéutica, dirigida a modificar las narraciones de las familias, tiene algunos detractores. La crítica fundamental que se realiza a esta forma de entender la terapia tiene mucho que ver con el término *conversación*, algunos de los que no comulgan con la idea se olvidan que ésta no es más que una imagen que ayuda a entender el complicado fenómeno de interacción social que denominamos terapia. Estos detractores opinan que es imposible cambiar las cosas tan solo con hablar, y tienen razón. Efectivamente, antes de acudir a nosotros la mayoría de nuestros clientes han hablado de sus problemas con amigos o familiares y eso no les ha servido de más que para conseguir la sensación de alivio inicial que tenemos cuando “desahogamos nuestras penas”; pero eso, obviamente, no ha supuesto ningún cambio estable en sus problemas. La conversación terapéutica que estamos describiendo tiene muy poco que ver con este tipo de charla entre amigos, la diferencia fundamental entre ambas es que el terapeuta está constantemente maniobrando para favorecer que la familia cambie, dicho con otras palabras, está constantemente utilizando un lenguaje para el cambio. Este tipo de lenguaje es el que vamos a describir en este apartado.<sup>10</sup>

<sup>10</sup>La otra cuestión a tener en cuenta es que durante las sesiones lo única que se transforma es el marco semántico de la familia con la esperanza de que este cambio tenga sus repercusiones sobre la conducta. Esto es algo que no ocurre siempre, es decir, hay veces que cambiamos los significados y la conducta no cambia; a veces con esto es suficiente por que la gente cambia la valoración sobre el problema y este deja de ser importante; a veces con esto no basta y hay que buscar otro cambio del marco semántico

El terapeuta tiene que decidir en cada momento qué elementos de los relatos de la familia cambiar y cuáles mantener y apoyar. Sus decisiones están basadas en los presupuestos básicos del modelo de terapia, los sistémicos en nuestro caso (ver Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994). De manera que el lenguaje del cambio (comunicación verbal y no verbal) no se usa únicamente en modificar significados, sino que muchas veces lo usamos para apoyar puntos de vista y con ello buscar cambios de un orden semántico superior. Por lo demás, la utilización del lenguaje esta intrínsecamente asociada a los contenidos de la conversación terapéutica que hemos revisado en el apartado anterior, de manera que algunos usos son característicos de algunos temas. En ocasiones, cuando se intenta describir el tipo de actividades que realiza un terapeuta, se corre el riesgo de dar una imagen un tanto encorsetada del proceso terapéutico. Es muy complicado describir el elevado número de variables que intervienen en la toma de decisiones de los terapeutas, así que aquí nos referiremos únicamente a algunos de los usos del lenguaje más habituales y lo haremos describiéndolos por separado.<sup>11</sup>

Uno de los recursos más utilizados cuando negociamos objetivos es lo que se ha llamado el **lenguaje presuposicional** (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Este estilo de utilizar el lenguaje consiste en dar por supuesto que los cambios que solicita el cliente van necesariamente a producirse; por ejemplo, preguntaremos *¿qué va a ser diferente?* o *¿en qué vas a notar que las cosas van mejor?*, en vez de *¿qué sería distinto?* o *¿en qué podrías notar si...?* Con esta forma de hablar el terapeuta se compromete fuertemente con el cambio y genera en las familias expectativas de obtener mejorías. Dicho con otras palabras, hacemos que los relatos con soluciones hipotéticas que construyen los clientes al hablar de objetivos tengan más posibilidades de ocurrir.

La interrogativa es una de las modalidades más comunes de utilizar el lenguaje que podemos encontrar en cualquier orientación de terapia psicológica. Dado que la causalidad circular es uno de los

que favorezca actuaciones distintas. Por extraño que ello pueda parecer, en estos casos un cambio del mapa acaba por facilitar cambios en el territorio.

<sup>11</sup>El lector que quiera hacerse una mayor idea de como se insertan estas técnicas en el proceso global de la terapia puede consultar (de Shazer, 1988; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Beyebach, 1994; Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994).

presupuestos teóricos más básicos de la terapia sistémica breve, en este modelo utilizamos con mucha frecuencia lo que Tomm (1987, 1988) llama **preguntas circulares**. El terapeuta utiliza este tipo de preguntas trabajando con personas individuales, parejas o familias para construir relatos interaccionales, estos es, para introducir distintos puntos de vista sobre un mismo acontecimiento. Se puede utilizar para hablar de cualquiera de los contenidos generales a los que hemos hecho referencia anteriormente; se puede preguntar, por ejemplo, “¿qué hace tu mujer cuando tú gritas?”, para delimitar la secuencia interpersonal de un problema; “¿cómo va a reaccionar vuestra hija cuando vea que os lleváis mejor?”, para elicitación de objetivos interaccionales; o “¿cómo crees que se sintió tu madre cuando le dijiste que ese día no habías consumido droga?”, revisando excepciones.

Cuando el trabajo del terapeuta sistémico va dirigido a desafiar las historias dominantes de los clientes, o sea, a cambiar los significados que mantienen los problemas, puede utilizar el lenguaje en dos modalidades: redefiniendo o deconstruyendo. Llamamos **redefinición**, reestructuración o reencuadre a la intervención por la cual el terapeuta ofrece a la familia una forma alternativa de entender lo que les sucede. Por ejemplo, podemos decirle a la pareja que está preocupada por sus discusiones que éstas, en un cierto grado, son aceptables e incluso beneficiosas para los matrimonios puesto que discutir también significa inconformismo y ganas de encontrar un punto de equilibrio mejor para los dos. La segunda alternativa para modificar un relato dominante es **deconstruir** alguno de los significados que lo conforman. Deconstruir implica aceptar el marco de referencia global que esgrimen los clientes, esto es, aceptar de entrada como válido el relato que ellos han construido y, a partir de ahí, tratar de introducir alguna duda sobre algunos de sus elementos hasta desafiar la historia entera. El lenguaje de la deconstrucción es también fundamentalmente interrogativo y las preguntas circulares vuelven a jugar aquí un papel destacado. La idea es detectar “puntos flojos” en todo el conjunto de significados que la familia ha construido en torno al problema, hacer que ellos los vean e intenten resolver la disonancia, esperando que para ello tengan que generar un relato alternativo que redefine los problemas (en Sluzki, 1992, se presentan una serie de alternativas para deconstruir relatos). La diferencia entre deconstruir y redefinir consiste en que en el primer caso el terapeuta hace que la familia

genere una nueva interpretación mientras que en el segundo es el mismo quien la ofrece.

Las formas de utilizar el lenguaje en TSB no se limitan a las que hemos descrito hasta aquí, hay muchos otros usos posibles; desde el uso del lenguaje en modalidad enunciativa para hacer sugerencias o dar informaciones directas, hasta el uso del lenguaje metafórico para aumentar la eficacia de la comunicación (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1992). Con cierta frecuencia también utilizamos el lenguaje para externalizar problemas (“las fastidiosas discusiones que no os dejan en paz” o “la depresión que esta impidiendo que te muestres como realmente eres”) y hacer que las personas se sientan menos culpables y en mejores condiciones para luchar contra ellos.

## EPILOGO

Desprenderse de la confortable sensación de que el mundo es algo estable y cognoscible, una entidad independiente y separada del limitado ser humano que intenta capturarla, no es más que una opción personal; una forma de entender el conocimiento que nosotros asumimos aún sabiendo que hay otras maneras alternativas de analizar este fenómeno. Igualmente, elegir las analogías de la narración y la conversación para describir el conjunto de complicados intercambios que se producen en psicoterapia supone, de nuevo, quedarse con un único punto de vista cuando hay otras metáforas posibles para describir lo mismo. Hacer terapia psicológica implica estar tomando decisiones constantemente y éstas dos son opciones básicas pues tienen que ver con los presupuestos fundamentales que subyacen al modelo de intervención. Decidir es renunciar, porque cada vez que optamos abrimos un camino y cerramos, aunque sea temporalmente, otros muchos posibles. El conjunto de afirmaciones que en este texto hemos presentado no son más que puntos de vista, opciones epistemológicas que nosotros hemos tomado. Usted lector puede asumirlas o no, hemos dicho que las realidades se cosifican en cuanto las describimos con palabras y el fenómeno se agudiza si además las palabras se escriben; nada más lejos de nuestra intención. El criterio para decidir sobre un punto de vista es su utilidad terapéutica: elija aquella forma de ver las cosas que le sirve para ayudar más eficazmente a las familias. A nosotros nos gusta pensar que nuestra personal elección está basada en dos criterios: uno de carácter ético, son buenas opciones -en el sentido de eficaces- porque nos sirven para

abrir alternativas de trabajo; y otro de carácter más bien estético, pensamos que además son hermosas formas de describir lo que por naturaleza es incognoscible.

### Referencias bibliográficas

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Beyebach, M. (1994). Avances en terapia sistémica breve. En M. Beyebach y J. Navarro (Eds.), *Avances en terapia familiar*. En preparación.
- Beyebach M. y Rodríguez Morejón (1992). El uso de metáforas en terapia familiar. En J.A. Ríos (Comp.), *Actas de las XIII Jornadas Nacionales de Terapia Familiar*. Cáceres.
- Beyebach M. y Rodríguez Morejón (1994). La proyección al futuro como técnica de negociación de objetivos en terapia familiar. *Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 8, 37-55.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Campbell, D., Draper, R., & Crutchley, E. (1991). The Milan systemic approach to family therapy. In A.S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of Family Therapy (Vol.II)*. New York: Brunner/Mazel.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton. Trad. cast.: Claves en psicoterapia breve. Barcelona: Gedisa, 1992.
- de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- Echebarría, A. (1991). *Psicología social sociocognitiva*. Bilbao: DDB.
- Fisch, R., Weakland, J.H., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass. Trad. cast.: La táctica del cambio. Barcelona: Herder, 1984.
- Markus, H., & Cross, S. (1990). The interpersonal self. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality. Theory and Research*. New York: Guilford Press.
- Markus, H., & Ruvolo, A. (1989). Possible selves: Personalized representations of Goals. In L.A. Pervin (Ed.), *Goal Concepts in Personality and Social Psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- O'Hanlon, W.H., Weiner-Davis, M. (1989). *In Search of Solutions*. New York: Norton. Trad. cast.: En busca de soluciones. Barcelona: Paidós, 1990.
- Pérez Grande, M.D. (1991). Evaluación de resultados en Terapia Sistémica Breve. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 93-110.
- Rodríguez Morejón, A. (1994). *Un modelo de agencia humana para analizar el cambio en psicoterapia. Las Expectativas de Control Percibido en terapia sistémica breve*. Tesis doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Rodríguez Morejón, A. y Beyebach (1994, en prensa). Terapias sistémica breve: trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido (Ed.) *Psicoterapia. Modelos contemporáneos de aplicación*. Valencia: Promolibro.
- Rosenhan, P. (1984). On being sane in insane places. En P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality*. New York: Norton. Trad. cast.: La realidad inventada. Barcelona: Gedisa, 1989.
- Sluzki, C. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part. II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26. Vs. cast. M. Beyebach y J.L. Rodríguez-Arias (Comps.), *Terapia Familiar. Lecturas I*. Univ. Pontificia de Salamanca, 1988.

- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part. III. Intending to ask, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27. Vs. cast. M. Beyebach y J.L. Rodríguez-Arias (Comps.), Terapia Familiar. Lecturas I. Univ. Pontificia de Salamanca, 1988.
- Watzlawick, P. (1984). *The invented reality*. New York: Norton. Trad. cast.: La realidad inventada. Barcelona: Gedisa, 1989.
- Watzlawick, P. (1988). *Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und «Wirklichkeit»*. Berna: Huber Verlag. Trad. cast.: La coleta del barón de Münchhausen. Barcelona: Herder, 1992.
- White, M. (1989). *Selected papers*. Adelaide: Dulwich Centre Publications. Trad. cast.: Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa, 1994.
- White, M., & Epston, E. (1989). Narrative means to therapeutic ends. Adelaide: Dulwich Centre Publications. Trad. cast.: Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós, 1993.