

¿FAMILIAS POCO COLABORADORAS O TERAPEUTAS POCO MOTIVADORES? TECNICAS DE ENTREVISTA FAMILIAR EN PATOLOGIA DEL LENGUAJE.¹

Alberto Rodríguez Morejón* y Mark Beyebach**

*Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación . Universidad de Salamanca. ** Universidad Pontificia de Salamanca

¹El artículo que presentamos está basado en una exposición sobre el tema que los autores realizaron en las Jornadas de Orientación y Terapia Familiar organizadas por ASPANRI en Sevilla en 1994. Queremos agradecer, además, la colaboración de los alumnos de 3º de Logopedia de la UPSA, promoción 1994-1995, que leyeron el manuscrito aportando interesantes sugerencias.

Todos los profesionales del lenguaje tienen presentes situaciones en las que fueron sorprendidos por la familia con informaciones completamente relevantes que, sin embargo, no salieron en ninguna de las entrevistas iniciales. Por ejemplo, que los padres de la niña con mutismo selectivo nos digan, después de dos meses de estar interviniendo con su hija, que están en pleno proceso de separación. El no saber nada previamente, puede resultar un enorme inconveniente para nuestra programación. Informaciones de ese calibre pueden conllevar giros muy importantes en un tratamiento. No necesariamente porque por ello tengamos que pensar que existe alguna relación entre las desavenencias conyugales y el mutismo, sino porque eso puede suponer cambios importantes en la forma de actuar con la niña o de involucrar a los padres en el tratamiento.² De todas maneras, serán probablemente las dudas acerca de nuestra propia actuación las que más perjudiquen nuestro desempeño, ¿qué es lo que hemos hecho mal para que no nos hayan dado antes esa información? Situaciones similares se producen cuando, después de un minucioso proceso de evaluación, nos damos cuenta de que los padres no aceptan plenamente los resultados de evaluación que les presentamos, que simplemente opinan que no hemos sabido apreciar lo que realmente le ocurre a su hijo/a. Tal vez sean muy amables con nosotros y no hagan ningún comentario, pero no acuden a la siguiente entrevista o dejan de traer a su hijo a rehabilitación y nos enteramos que se han dirigido a otro servicio. Otra situación prototípica es aquella que presentábamos al inicio de nuestra exposición, la del niño que progresa adecuadamente en el despacho de rehabilitación pero cuyos avances no se transfieren a la vida cotidiana porque los padres no colaboran, no cumplen nuestras indicaciones.

Un punto de vista para entender los tres ejemplos que hemos puesto, es pensar que la vital información no nos ha sido dada debido al “despiste” o “desinterés” de los padres, que los

²Existe una tendencia general a explicar los problemas de los niños haciéndolos depender siempre de los cambios importantes en la vida de los adultos. De manera que si el niño tiene problemas escolares y sus padres se acaban de separar, rápidamente se concluirá que la dificultad educativa es la consecuencia del “trauma” de la separación. Nosotros preferimos ser cautos en estas afirmaciones. La anterior no es más que una hipótesis entre las muchas posibles, hay muchos hijos de separados que no tienen ningún tipo de problemas así que habrá que considerar además otras razones. Es posible que el niño sencillamente no se adapte a la nueva escuela a la que empezó a ir después del divorcio, o que su madre sea menos eficaz de lo que era a la hora de ponerle a estudiar o que, sencillamente, el curso en el que está plantea unas demandas que su inteligencia tiene problemas para sobrellevar.

clientes no aceptan nuestras indicaciones porque son unos “cabezotas ansiosos” y que no colaboran en la rehabilitación porque son unos “padres inconscientes y despreocupados”. En definitiva, que ellos son los “culpables” de lo que sucede y que su forma de ser (“desinteresados”, “cabezotas” e “inconscientes”) está perjudicando el tratamiento que tan “acertadamente” hemos diseñado para sus hijos.³ Además, tendremos muy pocas dudas de que ésta es la versión acertada de los hechos porque hemos hecho exactamente lo mismo con otras familias y no ha habido ningún problema. Claro está que otra manera de entender la misma cuestión consiste en pensar que la falta de colaboración de los padres está relacionada con nuestra forma de actuar, con lo que hacemos o decimos nosotros y no con la forma de ser de nuestros clientes. Lo curioso de la cuestión es que tendemos a adoptar con mayor frecuencia el primer punto de vista cuando, en realidad, es el segundo el que más operativo nos resulta. Pensar que alguien es “desinteresado” e “inconsciente”, hacer ese tipo de atribuciones a rasgos internos no va a ayudar a resolver el problema práctico que se nos plantea en el tratamiento. En cambio, analizando nuestra actuación y los aspectos de ella que han podido provocar la reacción de nuestros clientes, sí podemos llegar a conclusiones sobre qué hacer diferente con esas personas o con otras si se vuelven a plantear situaciones similares.

A continuación vamos a revisar una serie de cuestiones teóricas y técnicas comunicacionales que hemos extraído de la terapia familiar sistémica para aplicarlas a la entrevista en patología del lenguaje. Algunas de ellas cumplen varias funciones dentro del procedimiento general de una intervención familiar, nosotros aquí sólo analizaremos su valor para ayudar a que mantengamos el contacto con nuestros clientes. Se trata de formas de pensar y actuar que surgen de asumir que la colaboración o, dicho de otro modo, la motivación para seguir un tratamiento, son constructos interpersonales. No una cualidad inherente a las personas, sino el producto de la interacción entre un cliente y su terapeuta. Para ello vamos a tratar de resaltar siempre lo que nosotros podemos poner de nuestra parte para fomentar la colaboración. Enfatizamos lo que está en nuestra mano cambiar, por supuesto que hay algunas personas que son más

³Todo esto que ejemplificamos sobre padres tiene perfecta cabida cuando trabajamos con adultos que tienen algún trastorno del habla o del lenguaje y son ellos los entrevistados, los que ponen en duda nuestras devoluciones o no colaboran con los tratamientos.

difíciles de tratar que otras, que tienen lo que podemos llamar "estilos de colaboración más complicados". Será precisamente a ellas a las que más tengamos que cuidar. Lo que presentamos son ideas de uso general, por supuesto que la patología del lenguaje es tremendamente variada y que tal vez algunas de las sugerencias que hagamos no sirvan para algunos casos específicos. Asumimos tal limitación y dejamos al buen criterio y la flexibilidad del lector la decisión sobre qué puede ser útil en su trabajo.

Nuestra idea es que hay determinadas formas de entender la entrevista que favorecen que nuestros clientes nos perciban como próximos, confiables y eficaces, tales puntos de vista serán explicados en la primera sección de este trabajo. En la segunda presentaremos una serie de técnicas específicas o formas de actuar del terapeuta que sirven para construir una buena relación terapéutica. La tercera sección está dedicada a analizar una serie de posiciones básicas o ideas generales sobre qué actitudes debe un terapeuta mantener y cuáles debe tender a evitar; analizando siempre el valor que estas posiciones tienen para facilitar la colaboración de familias y clientes. Por último, en la cuarta sección, revisaremos una serie de pasos o contenidos concretos de las entrevistas que, entre otras, cumplen la misión de aumentar la motivación de los clientes.

Sólo un aviso más antes de profundizar en la exposición, nos gusta hablar en términos de técnicas, habilidades y posiciones; ello puede hacer que en determinados momentos dé la sensación de que lo que presentamos es un listado de ideas difíciles de combinar. Tratamos de operacionalizar la magia de la interacción entre personas, y esa no es una tarea fácil. Es algo así como lo que ocurre con el baile. Para un profano el conjunto de movimientos que realiza una pareja de bailarines profesionales sobre la pista puede parecer un arte en el que la técnica juega un papel escaso. Pero también se aprende a bailar dibujando los pasos en el suelo y entrenando los distintos movimientos por separado. De la misma manera, un entrevistador novato que ve como un experto conduce una entrevista, puede sacar la conclusión de que entrevistar es un arte complicado e inasequible. Lo que a continuación presentamos son los pasos y movimientos que, en nuestra opinión, componen el oficio de entrevistar. Tal vez, los menos expertos deban entrenarse en ellos por separado, hasta alcanzar la habilidad que se necesita para bailar acompasadamente con los clientes, el vals suave que ayuda a que los problemas de éstos se resuelvan.

1.- TRES CUESTIONES PREVIAS SOBRE NUESTRA FORMA DE ENTENDER LA ENTREVISTA FAMILIAR EN DIFICULTADES DEL LENGUAJE

El tema más básico, y el que primero queremos abordar, es el de la proximidad de la relación a establecer: ¿cómo es más conveniente aparecer ante las familias, como una autoridad distante o como alguien cercano en quien se puede confiar? Una vez decidido el grado de "calidez" de la relación terapéutica, la cuestión que plantearemos es la de la fiabilidad de las informaciones que nos dan las personas: ¿debemos creer todo lo que nos dicen o es mejor "leer entre líneas" para encontrar las "verdades" que no saben o no quieren expresar? Una tercera cuestión que se suele plantear tiene que ver con la cantidad de información que necesitamos para decidir, ¿no es cierto que cuanto más información tengamos, en mejores condiciones estaremos para trabajar?

1.1- La posición básica del terapeuta: ¿autoritario o cercano?

Todo lo que rodea al terapeuta en el primer contacto ayuda a definir el tipo de relación que va a establecer con la familia: el lujo de la sala de espera, la presencia de personas intermediarias (enfermeras, secretarios), las características del despacho de intervención o la forma de vestir del profesional. Dejando aparte estas variables puramente físicas, diremos que el entrevistador desde el principio puede marcar distintos estilos de relación. Puede definirse a sí mismo como una autoridad distante, marcando la distancia con aditamentos como un uniforme, una gran mesa de despacho o, pasando ya a aspectos más comunicacionales, la utilización del "usted" o el uso de títulos de cortesía como "señor/a". En el otro extremo de los estilos de entrevista está el terapeuta que cuida al máximo la relación, que trata de ser empático, que se preocupa de entender a sus clientes y de transmitirles que les entiende. Cada una de éstas dos opciones de definir la relación lleva aparejada distintas prácticas. Por ejemplo, las personas que se relacionan desde posiciones de mayor autoridad suelen realizar entrevistas más cerradas, con multitud de preguntas que van planteando una detrás de otra en formato interrogatorio, ellos preguntan y el paciente o la familia responden sin que exista lugar para otro tipo de comentarios. En el segundo formato de relación, en cambio, el terapeuta intenta mantenerse en una postura de igualdad con respecto a sus clientes, prefiere vestir informal y evitar muebles que le coloquen en una posición privilegiada.

Tenderá a tratar a sus pacientes de “tu” y se mostrará más comprensivo en la entrevista, procurará hacer algo distinto a preguntar introduciendo comentarios que pongan en evidencia que percibe lo que la familia puede estar sintiendo.

El especialista en lenguaje es libre de adoptar cualquiera de estas dos posiciones, probablemente ninguna de las dos es mejor que la otra dado que cada una de ellas encajará mejor con diferentes tipos de clientes. Tal vez la opción más abierta consista en colocarse de entrada en una posición flexible que de la posibilidad de pasar ágilmente de un estilo de relación a otro. Una forma de relacionarse que permita estar lo suficientemente cerca como para que las personas nos perciban como confiables, y lo bastante despegados como para que nos vean como el experto cuyas consignas deben seguir. Más adelante revisaremos con profundidad algunas de las estrategias que pueden ayudarnos a conseguir este difícil equilibrio, pero ya adelantamos que nosotros preferimos crear contextos físicos de proximidad, tender a mantener posiciones de igualdad e introducir comentarios que eviten que las personas tengan la sensación de que las sometemos a un interrogatorio. Además, todo ello es perfectamente compatible con un estilo más autoritario de impartir directrices, e incluso parece que nuestras investigaciones indican que esta combinación de estilos, cercano en la entrevista y autoritario a la hora de hacer sugerencias, es la mejor para fomentar la colaboración de las familias y evitar que éstas abandonen los tratamientos (Beyebach, 1993). En cualquier caso, el tipo de posición que adoptamos está determinado por la posición que de entrada muestren nuestros clientes. Hay personas que buscan “superespecialistas” para que les den “consejos”, otros en cambio prefieren profesionales más próximos con los que puedan comunicarse sin trabas. Con los primeros tenderemos a actuar desde posiciones de autoridad y con los segundos de cercanía. Este proceso de adaptación a la postura de los clientes es una de las claves que nosotros manejamos a la hora de fomentar su colaboración: en la medida en que consigamos funcionar en el estilo que ellos demandan, conseguiremos que nos den con mayor facilidad las informaciones que solicitamos, por muy dolorosas e íntimas que éstas sean.

1.2.- ¿Debemos creer a nuestros clientes?

La segunda cuestión que planteábamos tenía que ver con el grado de fiabilidad que debemos otorgar a las informaciones de las familias. Terapeutas en posición de autoridad tienden a ver a las familias como “pacientes”, aunque sólo uno de sus

miembros plantee algún problema. A nosotros no nos gusta el término “pacientes” porque tiene una connotación de “enfermo” e “incapaz” que no nos ayuda a establecer la relación de colaboración constructiva que pretendemos. Las palabras crean realidades y los profesionales estamos acostumbrados a encerrar a las personas con las que trabajamos entre las rejas de los términos que usamos para diagnosticarlos, creamos “palabras-cárcel”; decimos que alguien es disléxico, afásico o tartamudo y tendemos a reinterpretar su conducta como una manifestación o un síntoma de su enfermedad. Durante años, por ejemplo, se interpretaron los problemas de lateralidad de los niños con dificultades de lectoescritura como un síntoma más de la dislexia y hoy nuestras teorías rechazan esta idea; mucha gente consideraba que el balbismo, los movimientos asociados a los bloqueos disfémicos, eran un aspecto nuclear de la tartamudez, hoy los consideramos como conductas que generan las personas para intentar superar los bloqueos, algo adquirido y no nuclear.

El interés de todo el razonamiento anterior, es que cuando nos relacionamos con las personas como pacientes e interpretamos su comportamiento como parte del síntoma, tendemos a no confiar en lo que dicen porque, al fin y al cabo, sus palabras pueden ser un indicio más de su enfermedad. Este tipo de reacción se produce cuando trabajamos con las personas que tienen el trastorno del lenguaje, pero transferimos fácilmente esta actitud a las familias. Hacemos comentarios como “es la típica madre novata que ha tenido un niño retrasado, sus informaciones no son fiables porque está tratando de negar el problema de su hijo”. Es muy posible que algunas personas en la situación de la madre del ejemplo anterior reaccionen de esta manera, pero en este trabajo debemos reflexionar sobre cuáles de nuestras actitudes favorecen la colaboración de nuestros clientes y, a nuestro juicio, es evidente que invalidando a la madre como informadora no vamos a facilitar el flujo de comunicación que está en la base de una buena relación de colaboración.

Por volver a ejemplificar las dos posiciones extremas, podemos hablar de entrevistadores que prefieren atenerse en la medida de lo posible a los datos, y otros que piensan que lo verdaderamente útil está en lo que podemos deducir que existe detrás de los mismos. Pongamos un ejemplo, un padre nos consultó porque su hijo de cinco años había empezado a tartamudear, él no parecía muy preocupado y en realidad acudía a nuestro servicio porque la maestra del niño había

insistido en que lo hiciera. Al hacer la historia clínica nos hace saber que la madre de su hijo los había abandonado cuando este tenía un año. No hay otros datos significativos excepto que el padre se muestra en general poco colaborador con el logopeda y un tanto frío con su hijo. Su opinión es que el niño es normal y que es mejor no darle importancia al problema. En exploración el niño presenta un alto porcentaje de bloqueos. Un terapeuta "literal" se limitaría a pensar que nos hallamos ante un caso de tartamudez en el que afortunadamente la familia no tiene el alto grado de sobreimplicación que sabemos colabora a cronificar el problema. Un profesional habituado a "leer entre líneas" podría considerar poco habitual la actitud desprendida del padre y hacer hipótesis sobre la existencia de un "rechazo encubierto" hacia el hijo. Tal rechazo sería visto como la consecuencia lógica del abandono de la madre y, a partir de ahí, no sería difícil presuponer que estuviera jugando algún papel en la génesis de la tartamudez. Cualquiera de las dos maneras de ver las cosas, entender que la actitud despreocupada del padre es beneficiosa o pensar que es perjudicial, supone que el terapeuta va más allá de los datos y los organiza desde una serie de premisas internas hasta conseguir que tengan sentido para él. Si bien es cierto que la segunda hipótesis se aleja más de los datos, la primera también supone una cierta dosis de interpretación ya que entendemos el desapego como positivo. En cualquier caso, lo que aquí nos interesa es que las dos son construcciones arbitrarias de la realidad que hace el especialista en patología del lenguaje (Watzlawick, 1984; Segal, 1986).

Cuando trabajamos con los problemas de las personas estamos constantemente haciendo hipótesis. Hay una serie de datos que podemos considerar como más objetivos (el peso de un niño al nacer, si padeció o no alguna enfermedad) y otros que son simples puntos de vista de las personas (su explicación de porque el niño no habla, o la idea que tienen sobre cómo hay que proceder para resolver el problema).⁴ Tenemos dos fuentes de relatividad: por una parte, el cliente trae puntos de vista sobre el problema y por otra, el terapeuta genera hipótesis que también son puntos de vista.⁵ Ante tanto

⁴Incluso los datos más objetivos tienen su dosis de subjetividad. Por ejemplo, a nosotros nos resulta muy difícil tratar como un dato objetivo el resultado de un test. El que sea un número no significa que sea objetivo; la metodología de evaluación, el criterio del corrector o incluso el margen de fiabilidad de la prueba introducen subjetividad al resultado.

⁵En nuestra opinión ni siquiera la experiencia profesional es una variable que garantice la mayor validez de una hipótesis. El valor de

relativismo, ¿con qué nos quedamos? Nuestra opción es bien simple, preferimos otorgar credibilidad plena a las informaciones que nos dan nuestros clientes. Otro asunto es que luego valoremos que pueda ser terapéuticamente útil modificar algunos de los puntos de vista, pero no dudamos que lo que nos cuenta es "su verdad" y "toda su verdad". En cuanto a nosotros, ya que es inevitable hacer construcciones de la realidad, tratamos de no olvidarnos de que lo que manejamos son hipótesis y que éstas son útiles sólo si ayudan a resolver el problema que se nos consulta. Además, nos inclinamos por un cierto tipo de hipótesis, tratamos de mantener un índice bajo de interpretatividad, preferimos adoptar los puntos de vista más sencillos y positivos para las personas. Nos comprometemos con las explicaciones que ayudan a superar el problema y renunciamos a aquellas retorcidas y sin salida que algunos profesionales usan para construir un halo de autoridad en torno a ellos.

En nuestra opinión, cuando transmitimos a nuestros clientes que valoramos y respetamos sus informaciones, y les devolvemos explicaciones del problema sencillas, positivas y desculpabilizantes, estamos contribuyendo a crear esa atmósfera de colaboración que tanto nos interesa. Por el contrario, si dudamos de la credibilidad de lo que nos dicen y les damos explicaciones ajenas a su experiencia corremos el riesgo de perder nosotros su confianza.

1.3.- ¿Cuánta información necesitamos para decidir?

La idea más extendida con respecto a este tema puede resumirse fácilmente: cuanto más información tengamos mejor, cuanto más datos sobre las personas manejemos en mejores condiciones estaremos para decidir. La consecuencia práctica de esta premisa inicial es que se le da mucha importancia a la fase de evaluación en perjuicio de la intervención. Así, la entrevista clínica estará diseñada para recopilar minuciosamente cualquier pequeño detalle que pueda arrojar alguna luz, por mínima que sea, sobre el problema. Esta forma de pensar hará que se incluyan cuestiones aparentemente poco relevantes en relación a la dificultad (¿es muy importante si al niño con retraso del lenguaje le dieron o no pecho?), o preguntas ciertamente morbosas cuya única utilidad es elicitarse el material necesario para construir las insólitas e inútiles hipótesis a las que antes

éstas viene únicamente dado por su potencialidad de ofrecer puntos de vista que colaboren a la solución del problema.

hacíamos referencia (¿fue una hija deseada?). Lo que sucede durante la anamnesis tiene su continuación en el resto de la evaluación. Por ejemplo, aplicamos un test de inteligencia de dos horas y media evaluando una dislalia cuando nos bastaría con la información que otro nos da en veinte minutos, nos empeñamos en pasarle de entrada una batería de psicomotricidad a un niño disléxico, cuando la investigación asegura que esa no es una variable relevante en lectoescritura, dedicamos cuatro meses a evaluar funciones cognitivas de un disfásico, sabiendo que ese tiempo sería valiosísimo dedicado a la intervención. Todo ello es consecuencia de que le otorgamos un exceso de importancia a la evaluación, y ésta parece tener finalidad en sí misma en vez de ser simplemente un medio para describir un problema y, a partir de ahí, diseñar un programa de intervención para resolverlo.

Lo relevante para el tema que nos ocupa es que, en nuestra opinión, procesos de recogida de información demasiado prolongados y pesados para los clientes van a perjudicar nuestro afán de crear una buena relación terapéutica.

¿Qué otras opciones tenemos? De nuevo en este tema tratamos de optar por la alternativa más simple. En nuestra opinión la evaluación de cualquier trastorno del lenguaje debe diseñarse a partir de una teoría que: a) describa un modelo de competencia (hablando, leyendo, resolviendo problemas matemáticos, etc); b) explique en qué consiste y, si es posible, por qué se producen las dificultades; y c) proponga estrategias de corrección. Esto delimita mucho la cantidad de información que vamos a necesitar en cada caso. Así, solicitaremos únicamente los datos que necesitamos para decidir y obviaremos los demás, lo no relevante únicamente sirve para llevarnos a confusión. De igual manera aplicaremos las pruebas imprescindibles para obtener las informaciones que necesitamos para decidir pero no más, sin olvidar en todo caso que en muchas ocasiones la intervención se convierte en la más útil de las formas de evaluar (Sánchez, 1989). Estas son a nuestro juicio buenas medidas para generar compromiso y colaboración en nuestros clientes, evitando las largas y descorazonadoras sesiones de evaluación estaremos facilitando la motivación y la adherencia al tratamiento.

2- TÉCNICAS DE ENTREVISTA: HABILIDADES PARA FOMENTAR UNA RELACIÓN DE COLABORACIÓN

Este es uno de los temas centrales de nuestra presentación y por ello le dedicaremos una atención especial, el interrogante

que abordaremos es: ¿qué estrategias del terapeuta sirven para crear un clima de acogida en el que la familia se sienta libre de desvelar informaciones?

Cuando observamos por primera vez el trabajo de otros profesionales tendemos, casi involuntariamente, a hacer juicios sobre su estilo de relacionarse con los clientes. También en este aspecto podríamos entender que existen dos polos: en un extremo estaría el terapeuta empático, aquel preocupado por transmitir a las personas que comprende las vicisitudes por las que están pasando; en el otro estaría el profesional más frío, el que se limita a plantear asépticamente las preguntas necesarias para obtener la información que precisa, sin realizar ningún esfuerzo para conectar con sus clientes. Podríamos colocar a todos y cada uno de los terapeutas del lenguaje en algún punto entre estos dos extremos. Lo más sorprendente es que, cuando reflexionan sobre el tema, la mayor parte de los especialistas concluyen que la mayor o menor "calidez" de un terapeuta depende fundamentalmente de su "forma de ser". Esta es una creencia ciertamente extendida entre los profesionales que trabajan en salud. Se habla de personas que tienen un cierto "carisma" y se piensa que este es una cualidad personal y no algo que se pueda aprender. Nuestra idea es completamente opuesta a la tradicional. Sabemos que, por cuestiones que tienen que ver con el temperamento y las experiencias de aprendizaje, unas personas son socialmente más hábiles que otras. Esto es un hecho, pero también es cierto que en la actualidad contamos con programas de entrenamiento que sirven para desarrollar habilidades sociales. Igualmente es posible que algunos terapeutas manejen de entrada mejor que otros las habilidades sociales específicas que se ponen en juego para crear una relación empática con los clientes. Pero, de la misma manera, también es posible entrenar a los menos hábiles en las técnicas que facilitan que se cree una buena relación terapéutica. A continuación describiremos brevemente algunas de estas técnicas y habilidades. Partiremos para ello de una diferenciación inicial entre técnicas verbales y no verbales.

2.1. Técnicas no verbales

El componente no verbal de la comunicación es fundamental a la hora de definir las relaciones que se establecen entre las personas (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). La relación entre un terapeuta y sus clientes es una forma muy específica de interacción entre humanos; en ella la comunicación no

verbal, lo analógico, juega un papel fundamental. El tipo de comunicación no verbal que caracteriza a un entrevistador empático es el resultado de la confluencia de una serie de prácticas que exponemos a continuación.

Un **tono de voz relajado**, sin tratar de que suene a hipnótico o excesivamente modulado, simplemente intentando que transmita tranquilidad y no eleve innecesariamente el tono emocional de la entrevista.⁶

Es importante **mantener el contacto visual**, puesto que la mirada es una referencia fundamental que utilizamos para establecer turnos conversacionales. Este hecho, en principio, llevaría a que no recomendáramos el tomar notas durante la entrevista pues esta práctica hace que el terapeuta pierda de vista momentáneamente a sus clientes. En cualquier caso tal dificultad puede ser fácilmente compensada cuidando al máximo el resto de las técnicas de relación.

También es posible hacer un uso voluntario de la **postura corporal**. Algunos terapeutas consideran que adoptar posturas simétricas a las de los clientes facilita la comunicación con éstos. Ejemplos de este tipo de uso son fáciles de encontrar en todas aquellas obras que tratan de describir el trabajo del psiquiatra Milton H. Erickson (Haley, 1976; Nardone y Watzlawick, 1992). Por incluir un ejemplo muy sencillo diremos que inclinar el tronco hacia adelante puede aumentar en nuestros clientes la sensación de que estamos muy atentos y que nos interesa especialmente un tema, por lo que puede ser útil adoptar esta postura en los momentos comprometidos de la entrevista (v.g. cuando unos padres nos cuentan como reaccionaron al recibir la noticia de que su hijo era deficiente).

Por lo demás, una serie de pequeños gestos como el **sonreír**, el **asentir con la cabeza**, o poner cara de sorpresa cuando nos cuentan un episodio curioso, pueden ser las herramientas más útiles y fáciles de manejar para crear el ambiente de cordialidad que buscamos. Y aún más, al igual que nosotros usamos intencionadamente nuestra comunicación no verbal, también las reacciones no verbales de éstos nos ayudan a valorar en qué medida ellos se encuentran cómodos en la situación. Si ellos también sonrían y asienten podremos

pensar que estamos consiguiendo un buen enganche terapéutico.

2.2.- Técnicas verbales

Hemos descrito las estrategias no verbales que usamos para facilitar relaciones empáticas con las personas, pero no olvidemos que el lenguaje, lo digital, es la herramienta básica de relación entre los entrevistadores y sus clientes. Vamos a referirnos a tres grandes bloques en los que se explica como utilizar el lenguaje al servicio de la relación terapéutica: mimetizar el lenguaje de las personas, devolverles alguna parte de lo que vamos entendiendo y evitar hacer un número excesivo de preguntas.

Mimetizar el lenguaje de los clientes

Se trata simplemente de tomar sus giros específicos, darle a las cosas el mismo nombre que ellos le dan. Si los padres dicen que "necesitan ayuda porque el niño habla mal", ¿qué necesidad tenemos de decirles que en realidad lo que tiene es una disfasia?, si un paciente afásico se queja de que "a veces se le cruza el cable y confunde palabras" ¿qué ganamos explicándole que a eso se le llama parafasia semántica? Estamos acostumbrados y nos sentimos cómodos haciéndolo, utilizando nuestra jerga profesional. Estos lenguajes específicos de cada ciencia tienen una gran utilidad para facilitar intercambios entre profesionales, pero nos alejan de nuestros clientes; el que utiliza un código desconocido por los demás se convierte en autoridad, pone distancia. Por otro lado, las palabras tienen significados muy específicos e idiosincrásicos para las personas, a veces pequeños cambios nuestros, que no necesariamente supongan hablar jerga profesional, pueden traicionar la idea que ellos quieren expresar. Usando las mismas palabras que ellos estamos seguros de transmitirles que estamos entendiendo a qué se refieren. Quebrantar una norma tan sencilla como ésta puede provocar grandes desajustes entre terapeuta y cliente. En una ocasión le preguntamos a un niño de 9 años sobre el inicio de su tartamudez, este nos miró asombrado, no habíamos entendido nada. El no tartamudeaba, "cortaba las palabras". Esa era la expresión que había estado utilizando toda la sesión. Lo más grave es que, probablemente, en su visión de

⁶El tono emocional es una de las herramientas que puede usar voluntariamente el entrevistador. Por ejemplo, puede servir para crear una atmósfera de dramatismo si ello nos interesa para remarcar una información que consideramos muy relevante.

mundo, tartamudear era algo mucho peor; algo que, afortunadamente, a él no le pasaba.⁷

Devolver lo que vamos entendiendo

A medida que el cliente habla el terapeuta va interviniendo para demostrar que está atento y, además, que está entendiendo. Las técnicas no verbales juegan un papel fundamental para transmitir que estamos atentos e interesados en lo que las personas nos cuentan. Las verbales se encargan de evidenciar si realmente estamos entendiendo lo que nos pretenden hacer llegar. Nuestra idea es que no basta con entender sino que es necesario transmitir activamente que lo hacemos. Para ello utilizamos toda una serie de recursos lingüísticos. Los más simples son las afirmaciones típicas que utilizamos en cualquier conversación, **monosílabos** del tipo: "sí", "aha" o "ya". Un paso más consiste en **repetir** las últimas palabras de los clientes, basta con decir: "O sea que de pequeño tuvo algunos problemas de pronunciación". Otra técnica más avanzada consiste en ir devolviendo **resúmenes** de lo que vamos entendiendo: "Vamos a ver si me voy aclarando, estas preocupada porque tu hijito sordo esta muy rebelde, te resulta complicado hacer que se siente a la mesa y no quiere ir al colegio. Parece que la maestra también lo ha notado y se queja de que no progresa. Me dices también que piensas que todo se debe a que no consigue hacerse entender por sus compañeros, ¿no es así?". Tal vez la más universal de todas las técnicas que utilizamos es la que en la órbita de las terapias rogerianas se denomina **reflejo** (Rogers, 1972). Consiste en realizar comentarios empáticos en los que tratamos de reflejar que entendemos los sentimientos que pudo experimentar una persona en un determinado momento. Imaginemos que un padre nos cuenta

⁷Esta idea general de utilizar el lenguaje de los clientes, para asegurarnos de que no traicionamos las ideas y las visiones de mundo que ellos nos transmiten, tiene muchas repercusiones. La más obvia y sencilla es que nos conviene hablar en el mismo nivel cultural que ellos. A un nivel mayor de complejidad, esta técnica para fomentar la colaboración de las personas puede llevarnos a matices muy finos. Dos especialistas en comunicación que trabajan en el campo de la Programación Neurolingüística, Grinder y Bandler (1982), proponen que los terapeuta adapten su lenguaje a la modalidad sensorial usada por los clientes. Para ello, y después de evaluar las expresiones de éstos, tenderán a utilizar términos de carácter visual, auditivo o táctil, según la modalidad preferida por cada persona.

el momento en que le informaron que su hijo paralítico cerebral no iba a ser capaz de hablar oralmente. Comentarios empáticos del estilo a "tuvo que ser tremendamente doloroso para vosotros", "no me extraña que al principio no pudierais creerlo" o "entiendo que te sintieras tan impotente", ayudaran a que esa persona perciba que somos capaces de ponernos en su lugar, que entendemos lo que sufrió. En la medida que capten que podemos comprenderles, nos percibirán como más confiables y con ello estaremos estableciendo el tipo relación terapéutica que favorece la participación activa de nuestros clientes y familias. La última de las técnicas no verbales que queremos exponer es la que llamamos **adelantarse a lo que los clientes van a decir** (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Consiste simplemente en terminar las frases que los clientes han empezado, y esto es algo que únicamente hacemos cuando estamos completamente seguros de lo que van a decir. Una madre nos contaba sus dificultades para hacer que su niña utilice un tablero de comunicación alternativa: "Le insistí en que lo usara para decirme lo que quería y se negaba, seguí insistiendo y empezó a gemir y al final..." (interviene el terapeuta) "...se cogió otra de sus rabiets y no pudiste seguir trabajado". Hay una posibilidad de que, siguiendo con el ejemplo, nos digan que no y nos cuenten otro final, en ese caso mostramos nuestra sorpresa y seguimos adelante; pero cuando nuestro pronóstico es acertado, las personas reciben claramente el mensaje de que su terapeuta entiende lo que está pasando.

Evitar el efecto interrogatorio.

Antes hemos hecho mención a los estudios de uno de nosotros (Beyebach, 1993) sobre el estilo de relación terapéutica que previene el abandono de los tratamientos. Revisemos ahora algunas ideas a utilizar para evitar que la interacción entre terapeutas y clientes se convierta en una especie de interrogatorio policial en el que uno pregunta y los demás contestan. De antemano podemos decir que todas las técnicas verbales que hemos presentado sirven para que no se produzca este indeseado efecto. Por un lado decimos que al repetir, resumir o realizar comentarios empáticos, el terapeuta está haciendo algo diferente a interrogar; por otro sabemos que éstas técnicas sirven para conducir la entrevista sin necesidad de plantear demasiadas preguntas. Retomemos los ejemplos anteriores. Probablemente baste con que el terapeuta diga: "O sea que de pequeño tuvo algunos problemas de pronunciación", y se quede callado, para que la

madre siga hablando sobre el tema. Con ello se consigue lo mismo que preguntando directamente ¿en qué consistieron esos problemas? El comentario "tuvo que ser doloroso para vosotros" también favorecerá que las personas sigan contando su dura experiencia. De igual manera un resumen puede servir al terapeuta para situar a las personas sobre la información que aún no tiene clara: "sé que se porta mal en casa y sobre todo a la hora de las comidas, me queda claro que la profesora no está contenta, pero no acabo de entender por qué piensas que todo está relacionado con el sistema de comunicación alternativa".

Además de las anteriores, existen una serie de recomendaciones útiles para mantenerse en contacto con los clientes y evitar el efecto interrogatorio. La primera es introducir o **calificar las preguntas**, es decir, avisar cuando lo que vamos a pedirles es difícil, comprometido o extraño, para que la pregunta no les descoloque. (v.g. "ya sé que es difícil de recordar pero, más o menos, ¿cuántos meses tenía tu hijo cuando empezó a hacer frases de dos palabras"). Muy unida a la anterior está la sugerencia de **avisar cambios de tema**. El terapeuta puede tener claros en su cabeza, o en su protocolo escrito, los temas que desea tocar, pero los clientes no. De manera que si estamos investigando sobre una cuestión (el embarazo, por ejemplo) y pasamos rápidamente a otra (el comportamiento en la escuela), las personas pueden tener dificultades para situarse en la nueva tesitura. Para evitar la breve desconexión que se puede producir en esos momentos, avisamos los cambios de tema (v.g. "Creo que me voy aclarando, vuestra hija ya habla bien y lo que os preocupa en este momento es la lectura. Dejadme que os haga ahora unas preguntas sobre esa cuestión").

Otra forma de "ahorrarse" preguntas es **pedir ejemplos**. Imaginemos que nos interesa saber cómo trabajan en casa los padres del niño síndrome Down. Podemos hacer para ello docenas de preguntas del tipo: ¿hacéis las tareas que os pedimos?, ¿quién de los dos sostiene al niño entre los brazos?, ¿cómo reacciona el niño cuando le proponéis el juego?, etc, etc, etc. Muchas de esas preguntas pueden ser obviadas con tan solo pedir que nos cuenten cómo fueron las cosas la última vez que trabajaron con el niño. Otra opción para evitar un número excesivo de preguntas⁸ es empezar

con **cuestiones abiertas** (v.g. "¿Cómo fue el parto"), que únicamente iremos cerrando si con ellas no obtenemos toda la información que necesitamos (v.g. ¿Cuánto tiempo duró?, ¿te atendió un médico?, ¿te hicieron cesárea?, ¿te anestesiaron?, ¿usaron fórceps?, ¿nació el niño amarillo?, etc.). Una técnica más para interrogar sin hacerlo es plantear **preguntas indirectas** (v.g. A un adulto que tartamudea: "entiendo que te preocupes por la reacción de la gente pero no sé cómo eso influye en tu forma de actuar"). Finalmente, si aún poniendo en marcha todos estos recursos tenemos la sensación de que preguntamos demasiado, podemos **metacomunicar** nuestra impresión a los clientes (v.g. "Me parece que te estoy 'acribillando' a preguntas, y ya sé que algunas de ellas ya te las han hecho en otros sitios, discúlpame pero es necesario"). Después de comentarios como éste la mayoría de las personas se apresura a asegurarnos que no pasa nada y que podemos ser todo lo pesados que queramos.

3.- POSICIONES BÁSICAS QUE AYUDAN A MANTENER UNA BUENA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON LAS FAMILIAS

Además de los posicionamientos teóricos previos y las técnicas anteriormente descritas, hay una serie de maniobras más generales que ponemos en práctica desde el primer contacto. Durante las entrevistas tratamos de mantener constantemente una serie de posiciones básicas que pensamos nos ayudan a mantener "enganchados" a nuestros clientes. Ya hemos mencionado como posición básica más central la de nos ser autoritarios y tender a colocarnos en posiciones de igualdad, aunque siempre tratando de ser flexibles y de adaptarnos a lo que las personas nos demandan. Abordaremos ahora otra serie posicionamientos como: evitar entrar en oposición con la familia, mantener la neutralidad, resaltar los recursos de las personas, devolverles responsabilidad constantemente y mantener el control de la entrevista.

3.1.- Evitar confrontaciones innecesarias con nuestros clientes

Intentamos no entrar en oposición con las personas que solicitan nuestra ayuda, es decir, tratamos de no llevarles la

⁸No queremos dar la impresión de que tenemos algún tipo de aversión a las preguntas; al contrario, sugerimos hacer tantas como sean necesarias para obtener la información que precisamos. Lo que sí queremos transmitir es que hay formas de obtener información

diferentes a preguntar, y que si las utilizamos estaremos facilitando que se establezca una mejor relación de trabajo entre nosotros y nuestros clientes.

contraria estérilmente. Es cierto que en determinadas ocasiones tendremos que cambiar algunos de los puntos de vista que han generado en torno al problema si entendemos que estos no les ayudan a superarlo. Sin embargo, sobre todo durante las fases iniciales de la entrevista, es preferible no arriesgarse a entrar en enfrentamientos abiertos con los clientes. Sobre esta cuestión algunos entrevistadores tienden a pensar que ellos son los especialistas y así se lo tienen que demostrar a sus pacientes. Esta puede ser, en nuestra opinión, una postura muy peligrosa. En ocasiones el terapeuta es percibido por los clientes con menos autoridad de la que él supone, y cualquier enfrentamiento puede hacer que se deteriore la relación terapéutica que tanto trabajo ha costado construir. La idea general es conseguir que la familia no sienta que el entrevistador vulnera alguna de sus convicciones básicas.⁹

Pongamos un ejemplo, imaginemos que un cliente empieza contándonos que está seguro de que su tartamudez es consecuencia de algún tipo de trastorno orgánico hereditario. Su convicción se apoya en que su padre y un tío suyo también se bloqueaban y utiliza continuamente este argumento. Supongamos que el terapeuta opina que tal idea no está ayudando al cliente y trata, desde su posición de autoridad, de convencerle de lo contrario. Ante la maniobra del entrevistador el cliente puede reaccionar de tres maneras: a) dando por válida la información que le da el especialista, b) no aceptándola pero evitando entrar en discusión y c) oponiéndose a la idea del terapeuta. Tanto la opción segunda como la tercera hacen que el profesional pierda innecesariamente autoridad y relación terapéutica; pero quedémonos con la tercera de las posibilidades. En la secuencia interaccional que estamos describiendo el terapeuta tiene dos opciones: a) seguir recurriendo a su autoridad y utilizar argumentos más contundentes para tratar de convencer a la otra persona, y b) evitar la discusión señalando que el argumento que esgrime la otra parte es sólido y asegurando que este es un tema que habrán de tratar más adelante. En nuestra opinión, es preferible optar por la segunda forma de actuar. Discutir con nuestros clientes suele ayudar muy poco a establecer una buena relación de trabajo, es preferible esperar a un momento posterior para volver a plantear el dilema. Si el tratamiento es eficaz iremos ganando

⁹Este tipo de posición ha sido denominada “neutralidad positiva” por algunos teóricos (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

autoridad terapéutica y si a ésta le unimos algunas técnicas más sutiles para cambiar puntos de vista, nuestra tarea resultará mucho más fácil.¹⁰

3.2.- Mantener la neutralidad

Una complicación adicional surge cuando tenemos más de una persona en la entrevista, bien porque trabajemos con una pareja o unos padres con su hijo. ¿Qué hacemos cuando algunas de las personas que están en sesión tienen puntos de vista opuestos? Supongamos que en una entrevista con los padres de un niño con retraso del lenguaje, estos empiezan a discutir sobre las diferentes formas de educar a su hijo. Ella es partidaria de sobreprotegerle más, de estar pendiente de él estimulándole lo más posible. El, en cambio, prefiere que su hijo sea más independiente y que crezca más espontáneamente aprendiendo a valerse por sí solo desde muy pequeño. La situación del terapeuta en este caso es delicada, si se inclina por cualquiera de las dos posiciones va a mejorar su relación con uno de los cónyuges a costa de perderla con el otro. La salida más clara en estos delicados momentos es mantener la neutralidad por encima de todo y esta actitud se consigue mediante una serie de estrategias prácticas que a continuación revisaremos.

Tratamos de que todas las personas que acuden en grupo a nuestra consulta logopédica se sientan atendidas y comprendidas por igual. Para ello solemos aclarar, en cuanto se hace necesario, que nos interesa conocer la opinión de todos y que todos van a tener tiempo y oportunidad para exponerla. Incluso es útil que usemos intencionalmente el lenguaje, de forma que cuando estemos devolviendo información a nuestros clientes marquemos una cierta distancia, iniciando nuestros resúmenes con comentarios como: “si he entendido bien, *en tu opinión* lo que ocurre es que...”. Otra buena opción para mantenerse neutral es que el entrevistador tenga siempre presente quién ha hablado y quién no, quién tiene más facilidad para expresarse y quién necesita que le animen a hacerlo, quién parece estar más involucrado en la entrevista y a quién hay que cuidar un poco más para que lo haga. Nuestro trabajo es repartir adecuadamente los turnos de conversación de manera que todos tengan la misma oportunidad de expresarse y no

¹⁰Ver en Rodríguez Morejón y Beyebach (1994) como utilizar las técnicas de redefinición y deconstrucción para cambiar los significados de las personas.

dominen la conversación los más comunicativos. No se trata, sin embargo, de adoptar la actitud de juez imparcial atento al cronómetro que suele caracterizar a los moderadores de debates televisivos, basta simplemente con dejarnos llevar por nuestra percepción subjetiva de cómo están las cosas, es como si de vez en cuando nos preguntáramos: ¿a quién tengo más descuidado? A veces esta autoevaluación sirve para que nos demos cuenta de que alguien está más descolgado y que debemos prestarle más atención. En ese caso trataremos de darle la palabra en cuanto podamos y de hacer comentarios empáticos y usar el resto de las técnicas relacionales. También suele ocurrir con frecuencia que nos pongamos estratégicamente muy de acuerdo con una persona, bien para darle un fuerte apoyo, bien porque nos interesa para introducir algún cambio específico en la familia. Estas alianzas fuertes con una de las personas pueden hacernos perder relación con los otros, así que a partir de ese momento comenzaremos una especie de juego de cambios de alianzas (Minuchin y Fischman, 1981). Esta maniobra supone poner en marcha lo que podría entenderse como un sistema de compensaciones, una vez percibida nuestra pérdida de neutralidad, en los intercambios posteriores tenderemos a hacer con las demás personas algo que nos ayude a reequilibrar la situación (v.g. usar una técnica de crear relación o dar otro apoyo fuerte).

3.3.- Subrayar los recursos que tienen las personas y las familias

Otra buena estrategia general para conseguir colaboración es la de destacar los recursos de las personas. Consideremos fundamental para establecer una relación en la que la familia se sienta activamente implicada en la marcha del tratamiento, el ir subrayando los "lados fuertes" de las personas, tanto los que ellos se atribuyen como los que nosotros detectamos. En la práctica lo que hacemos es devolver a las personas comentarios positivos sobre aquellas cualidades y formas de actuar, pensar o sentir en las que vamos a poder apoyarnos durante la terapia. Así, por ejemplo, les diremos "lo que habéis empezado a hacer es bastante adecuado", a unos padres muy angustiados porque no saben como ayudar a su hija; "o sea que dices que eres una madre muy observadora, esta bien, eso nos va a ayudar mucho", a la madre que va a trabajar con su hijo en un programa de estimulación temprana; o "esa rabia y esas ganas de hacer cosas que tienes desde que te enteraste de la enfermedad de tu hija, puede sernos de mucha utilidad si la utilizamos constructivamente", a la madre de uno

niña sordo. También tendemos a subrayar como positivo y útil los acuerdos que existen entre las personas o las cualidades que comparten los miembros de una familia, ello les reafirma como grupo y facilita que trabajen en equipo. Por ejemplo, podemos decirle a una madre que acude porque su hijo tiene dificultades de aprendizaje: "me da la impresión de que vosotros dos os entendéis bastante bien". Seguramente los problemas en el colegio hagan que tengan bastantes discusiones entre ellos, así que puede ser útil que resaltemos el entendimiento mutuo a nada que ellos den pruebas de que se produce.

Muchos profesionales se muestran remisos a elogiar a sus clientes. Tal vez ello se deba a que les sea difícil captar los puntos fuertes de estos, solemos estar muy bien entrenados para "revolver" en los problemas de la gente y muy poco para detectar sus recursos. Otra explicación plausible es que los terapeutas tengan una idea confundida respecto lo que es elogiar. Esto conviene dejarlo claro, la técnica que proponemos no consiste en ser muy optimistas y "dar jabón a la gente". Si los comentarios positivos que utilizamos son exagerados o falsos no resultan de utilidad, al contrario, se vuelven en nuestra contra, porque nos presentan como poco creíbles. Por eso sólo elogiamos lo que nuestros clientes dicen que está, o lo que nosotros percibimos que ésta y presumimos que al reseñarlo alguien se va a sentir más valorado.

3.4.- Devolver la responsabilidad a los clientes

Se trata de que desde un primer momento los padres se comprometan en el tratamiento. Todos sabemos que algunas familias suelen tener la idea de que funcionamos con la misma filosofía que los talleres de reparación de coches, nos dejan la persona "averiada" y pretenden pasar a recogerla cuando la hayamos "reparado". No pensamos que detrás de esta actitud se oculte ningún tipo de despreocupación, se trata más bien del modelo al que nos tienen acostumbrados los sistemas médicos. Depositamos en ellos a nuestros enfermos y ellos, sin más, se encargan de sanarlos. Esta práctica tiene necesariamente que ser diferente en el tipo de trastornos con el que trabajamos, por eso tenemos que enseñar a nuestros clientes a actuar de manera diferente a la que ya conocen. A continuación presentamos algunas ideas prácticas para generar la responsabilidad que buscamos.

Todo empieza con la cita inicial. Un alto porcentaje de nuestros casos son niños y lo habitual es que acudan a la primera consulta únicamente acompañados por sus madres.

En este sentido nos parece buena política insistir en que vengan también los padres, y es que hay determinados problemas en que la colaboración de la pareja es básica, de nada sirve que uno de ellos siga nuestras pautas si el otro no las acata.

Por lo demás, nos gusta introducir desde el primer momento comentarios que devuelvan la responsabilidad a las familias. Por ejemplo, cuando se nos pide un pronóstico solemos ponerlo en función de lo que todos -el niño, nosotros y ellos- nos esforcemos. De igual manera, en las devoluciones de información, procuramos que quede bien especificada la tarea de la familia. Esta claro que en algunos trastornos la intervención activa de los padres en la rehabilitación es imprescindible. Nosotros vamos un paso más allá, pensamos que es una buena medida hacer a la familia participe incluso en aquellos casos que en principio podríamos resolver sin su ayuda. Estamos pensando en temas de lectoescritura o dislalia, por ejemplo; incluso en éstos procuramos que los padres sientan que una parte de la responsabilidad del tratamiento está en sus manos. Para ello solicitamos tareas muy simples de llevar a cabo, por ejemplo tareas de observación que no impliquen necesariamente hacer cosas. En la devolución que tiene lugar después de la fase de evaluación exponemos claramente cual es el trabajo de cada una de las partes: de la familia, del colegio y el nuestro. Y a lo largo del tratamiento dedicamos un tiempo para reunirnos con los padres y examinar qué están haciendo, qué resultados tiene y cómo se las arreglan para hacerlo. En algunos casos planteamos sesiones periódicas para revisar las tareas, en otros basta con los pequeños intercambios de información que tienen lugar al final de las sesiones con los niños.

Una estrategia muy poderosa para generar motivación en la familia consiste en devolverles el control sobre los avances. Es una justa compensación, si les hacemos partícipes del trabajo hagámosles también responsables de los avances, reconozcamos lo que hacen que ayuda a que el problema se resuelva. Es más, sin exagerar y manteniéndonos en los límites de lo creíble, enfatizamos su labor quitando importancia a la que nosotros realizamos. Esta es además una buena estrategia para romper enganches terapéuticos innecesarios. Todos recordamos algunas familias que parecían tener un sombrero de prestidigitador del cual sacaban, uno tras otro, problemas intrascendentes en vez de conejos blancos. En la medida en que les hagamos a ellos copartícipes del éxito nos

aseguraremos de que se sientan más capaces de afrontar dificultades venideras.

La filosofía de hacer a las familias de los pacientes corresponsables de los trabajos y de los avances se aplica todavía con mayor firmeza a las personas sobre las que vamos a intervenir más directamente. La pretensión fundamental de este escrito es dejar bien sentado que la motivación no es ningún "don extraño" que posean sólo algunos elegidos, sino que es el producto de la interacción entre un terapeuta con un modelo de tratamiento y una persona que ha acudido a él solicitando ayuda. El secreto para tener clientes motivados, sean estos niños o adultos, consiste en establecer objetivos claros y relevantes para ellos, explicar claramente la relación existente entre lo que hacemos y la meta perseguida, ir señalando las distintas submetas que se van alcanzando y recalcar lo que la persona hace que ayuda a que se produzcan mejoras.

3.5.- Mantener control sobre la entrevista

Tal vez alguien pueda estar pensando que un entrevistador tan poco autoritario, tan empático, neutral, positivo y que además insiste en que sus clientes son los responsables de los cambios, difícilmente va a conseguir el respeto de estos. En nuestra opinión, la adhesión a un tratamiento no depende exclusivamente del respeto o la autoridad que un terapeuta inspire en sus clientes. En todo caso, seguramente lo que más ayuda a que se nos otorgue tal cualidad es lo eficaces que vayamos consiguiendo ser. Por lo demás, las estrategias para establecer relación no son más que una de las caras de la moneda. En realidad el tipo de terapeuta que estamos describiendo tiende a ser bastante directivo. Es cierto que hace un esfuerzo por ser empático y neutral, pero también deja claro que él **decide quién habla y de qué se habla** en cada momento.

Es el entrevistador quien plantea el tema, es cierto que trata de que el cliente se sienta a gusto contestando, pero no pasa a otra cuestión hasta que no tiene toda la información que necesita. Si es necesario repite la pregunta o la hace más específica, se disculpa por ser tan insistente o se atribuye a sí mismo poca claridad de ideas; pero insiste hasta que queden zanjadas todas las dudas que necesita resolver. Muchas veces el que nos salgamos de un tema en el que queremos mantenernos o nos mantengamos en el que queremos abandonar se debe únicamente a nuestra actuación. Por ello tratamos de optimizar nuestra intervención y evitamos los

comentarios que no favorecen nuestros objetivos. Por ejemplo, imaginemos que alguien nos está contando que la maestra es la responsable de los problemas que tiene el niño, nosotros tomamos buena nota de este extremo, pero no consideramos que vaya a ser muy útil seguir profundizando en él. Sin embargo, como los padres parecen muy interesados en repetirnos constantemente esa información, estimamos que es oportuno devolverles algo que les transmita que hemos entendido su punto de vista. Podríamos hacer un comentario como: "Veo que estáis muy disgustados porque pensáis que la maestra no ayuda suficientemente a la niña". Este tipo de comentarios, como ya hemos señalado anteriormente, elicitan que la gente siga hablando sobre el tema; así que, si queremos reconducir la entrevista, deberemos añadir al reflejo una coletilla como: "...eso me queda claro, lo que no acabo de entender es...".

En otras ocasiones son los clientes los que cambian arbitrariamente de tema o se empeñan en repetirnos una y otra vez el mismo tipo de ejemplos para hacernos entender lo que sucede. Nosotros deberemos reconducirlos. Para hacerlo basta con señalar como interesante la cuestión que plantean, asegurarles que será tratada más adelante y pedirles amablemente disculpas para volver sobre el asunto que se estaba investigando. En el ejemplo de los padres descontentos con la maestra dimos una idea sobre como actuar cuando alguien se obstina en contarnos una y otra vez lo mismo. Si esto sucede, tenemos que pensar que se repiten porque piensan que no lo estamos captando bien, así que reflejamos y reconducimos la entrevista al extremo que nos interesa.

Al hablar sobre la neutralidad remarcamos la importancia de que todas las personas tengan opción a expresarse. Esta puede ser una de las cuestiones más difíciles de manejar en una entrevista: ¿Qué hacemos con esas personas que apenas permiten que otros hablen? La cuestión es dura, porque a veces dentro de esos otros está incluido el propio entrevistador. Si dejamos sistemáticamente que sea alguno de los miembros de la familia quién controle la entrevista, llegará un momento en que nos resulte imposible conseguir los objetivos que en ella nos marcamos. Lo que proponemos es que el terapeuta se esfuerce en conservar el papel de conductor de la sesión. Con este fin tratará de evitar que las personas se interrumpen o le interrumpen y no permitirá que nadie hable en boca de otro, preferimos que cada uno nos dé su propia opinión. Usamos una serie de técnicas para hacer

que se respeten los turnos de conversación. Ya hemos mencionado la idea de avisar nuestra intención de escuchar el parecer de todos. También en este caso la comunicación no verbal puede ser una buena herramienta. No mirar a la persona que trata de superponerse al que está hablando puede ayudar a cortarles; sobre todo si además alargamos la mano en su dirección haciéndole una señal para que se pare. Si lo analógico no es suficiente utilizamos mensajes verbales. Empezamos por asegurar amablemente al que interrumpe que va a ser escuchado más adelante. También pueden servir algunas expresiones que nos responsabilizan a nosotros mismos del no entendimiento: "Disculpadme pero me cuesta trabajo seguir la conversación cuando varias personas me hablan al mismo tiempo". Lo fundamental es ser consistente desde el comienzo, las normas que regulan las sesiones se suelen establecer en los primeros momentos del contacto, unas veces explícita y otras implícitamente. Si desde el principio dejamos claro nuestra posición, y los clientes captan nuestras reglas, la interacción será fácil; en caso contrario las cosas se pueden complicar y tal vez tengamos que trabajar más de lo calculado para reconducirlas.

4.- ALGUNOS CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN Y SU VALOR PARA FOMENTAR COLABORACIÓN

En las tres secciones previas nos hemos ocupado de los puntos de vista, las formas de actuar y las posiciones básicas que ayudan a los entrevistadores a involucrar a las personas en los tratamientos. Esta última sección está dedicada a los contenidos concretos de la entrevista, a los pasos a introducir en un tratamiento, que contribuyen al mismo fin. Lo que a continuación presentamos no trata de ser ningún esquema de procedimiento a llevar a cabo. Se trata más bien de una serie de prácticas que se pueden incluir en cualquier esquema de intervención. En el nuestro los dos primeros puntos, definir el contexto de trabajo y aclarar la demanda, se realizan en el primer contacto y nada más comenzar la entrevista. El tercer tema a tratar, el establecimiento de metas, tiene lugar justo antes de empezar la intervención. La devolución de información explicativa del problema, el cuarto aspecto tratado, se realiza después del periodo más inicial de evaluación aunque pueda irse completando en momentos posteriores de la intervención.

4.1.- Definir el contexto de trabajo

Al explicarle a las personas quiénes somos y cómo solemos trabajar contribuimos a que se sientan cómodos. Es algo tan sencillo como decir: "Yo soy la persona (el logopeda, psicólogo, pedagogo, maestro o fonoiatra) que os va a atender, aunque es posible que en algún momento entréis en contacto con algún otro de mis compañeros. Habitualmente nos veremos en esta sala y es posible que en alguna ocasión os grave en vídeo. Ahora quería haceros unas preguntas a vosotros y más tarde veremos a vuestro hijo; es posible que tengamos que verle más de una vez, en cualquier caso después de esta primera sesión os contaré más sobre cómo veo las cosas y cómo preveo que puede ser el posible trabajo a realizar". Dar este tipo de informaciones a los nuevos clientes, antes de empezar la primera entrevista, es bastante simple para nosotros y tiene un gran efecto sobre nuestros clientes. Para muchos es la primera vez que solicitan servicios como el nuestro y están un tanto despistados, nuestras informaciones iniciales colaborarán a disolver su incertidumbre, facilitando que desde el principio se establezca un clima de confianza.

4.2.- Asegurarnos de que existe una demanda

Un segundo paso que procuramos no saltarnos es el de aclarar la demanda. Normalmente, depende mucho de los contextos de trabajo, antes del primer contacto con los clientes ya tenemos una idea sobre el tipo de caso que vamos a tratar. Tenemos por ello mucha tendencia a tener preparado nuestro protocolo específico para el problema de que se trate y solemos pasar rápidamente a aplicarlo. Nosotros pensamos que merece la pena dedicar previamente un tiempo a que las personas nos aclaren el tipo de ayuda que ellos nos piden. Es muy frecuente, por ejemplo, que hayan solicitado consulta porque el niño tiene un problema de lectura, pero que esa sea la idea de la maestra y que lo que realmente preocupe a los padres es si el hijo es o no lo suficientemente inteligente como para continuar con sus estudios. Igual puede suceder cuando los padres nos traen a su hijo deficiente mental o paralítico cerebral, porque en el colegio o en el hospital han pensado que necesita un terapeuta del lenguaje suplementario. Puede que esa sea la demanda del hospital, pero que lo que los padres deseen es que les demos pautas a ellos para ayudar a su hijo. Esta situación se plantea con mayor frecuencia cuando los pacientes vienen por iniciativa de otras personas (otros profesionales, progenitores o parientes). Una pareja puede

estar muy interesada en que corrijamos la tartamudez de su hijo adolescente, pero si él mismo no lo está es poco probable que vayamos a ser eficaces. Convendrá entonces que dediquemos un tiempo para asegurarnos que también él pide algo. La importancia de este trabajo para generar colaboración es indudable, pues se trata, en definitiva, de partir teniendo desde el comienzo un proyecto común de trabajo con nuestros clientes.

4.3.- Fijar metas para el tratamiento

Este es un paso consecutivo al de aclarar la demanda. Una vez que nos hemos asegurado de que las personas están dispuestas a llevar a cabo el tratamiento y sabemos lo que les preocupa, tratamos de definir los objetivos que quieren alcanzar.

Una creencia muy establecida entre terapeutas que trabajan en diversas orientaciones de psicoterapia, es que el trabajar fijando unos objetivos para el tratamiento tiene un fuerte efecto motivador (Bandura, 1989). El simple hecho de fijar unas metas para el tratamiento parece tener un cierto efecto facilitador de la conducta. Cuando las personas saben donde quieren llegar, están más prontas a ejecutar el tipo de acciones que ellos consideran relacionadas con el fin deseado, o que el terapeuta les indica como más adecuadas para alcanzar los objetivos que se plantean (Rodríguez Morejón, Palenzuela y Beyebach, 1995). En nuestra opinión, el que los objetivos tengan este carácter facilitador de la acción está relacionado con una serie de características de éstos: deben ser asumidos por los clientes; estar descritos en términos concretos, en positivo e interaccionalmente (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994).

También en el trabajo con trastornos del lenguaje los objetivos tiene un valor fundamental para generar motivación y adherencia a los tratamientos. Si bien es cierto que gran parte de nuestro trabajo está dirigido a niños y que estos no tienen siempre una conciencia clara de lo que les sucede ni, en ocasiones, nivel cognitivo suficiente como para saber qué les pasa y qué quieren conseguir. Aún así, cuando trabajamos con adultos o niños con suficiente entendimiento, procuramos fijar objetivos para la intervención.

Es importante dedicarle un tiempo a ellos cuando la familia está directamente implicada en la terapia y será un factor fundamental a cuidar con la persona que es destinataria directa del tratamiento. Por ello, siempre que el nivel cognitivo de nuestro cliente nos lo permita, y cuidando de adaptarnos a

su capacidad, trataremos de establecer con él las metas de la intervención. Las metas no tienen efecto motivante si no son asumidas por las personas, de manera que para que surjan se precisa una pequeña negociación (“¿en qué quieres que te ayudemos?”). El terapeuta se mantendrá en posición neutral y preguntará al cliente hasta tener claro lo que éste quiere lograr (“por lo que nos has dicho, parece que lo que quieres conseguir es leer correctamente sin confundirte cuando las palabras son difíciles y tienen dos consonantes juntas”). Además, puede resultar de utilidad que las metas globales se dividan en una serie de submetas temporalmente jerarquizadas (“lo primero que vamos a hacer es enseñarte a reconocer rápidamente todas las letras, después te entrenaremos para que seas capaz de dividir las palabras habladas en sílabas y sonidos, y a partir de ahí nos dedicaremos a la escritura y la lectura”). Tratamos de que los objetivos estén presentes durante todo el tratamiento y que nuestros clientes sepan en cada momento, siempre que su capacidad lo permita, la relación que existe entre las metas marcadas y las actividades que llevamos a cabo (“ahora vamos a jugar al ‘tren de palabras’, sabes que es un juego que sirve para que te entenes en dividir palabras en sonidos”) (Newman, Griffin y Cole, 1989; Wertsch, 1985). El efecto motivacional de las metas parece estar relacionado con la satisfacción que se deriva de alcanzarlas, así que procuramos recordar de vez en cuando a las personas los pasos que ya han ido dando y los que les queda por avanzar.

4.4.- Devolver información sobre el problema y la forma de resolverlo

Es este un momento del tratamiento que todo profesional del lenguaje cuida especialmente. Tanto el qué digamos, como el cómo lo hagamos, va a influir determinadamente en el resto de la terapia, hasta el punto de que si no conseguimos ser convincentes corremos el riesgo de que los clientes abandonen nuestra consulta.

Algunas de las ideas que nos ayudan a decidir el qué y el cómo ya han ido apareciendo en otros apartados, así que nos limitaremos a revisar brevemente los que, a nuestro juicio, deben ser los ingredientes fundamentales de una devolución, de modo que ésta sirva para conservar y aumentar la motivación de las personas.

Hay muchas formas válidas de hacer una devolución de información, a nosotros nos gusta empezar recordando el motivo de consulta (lo que en el apartado anterior

denominábamos demanda), para después pasar a describir brevemente el tipo de pruebas que hemos aplicado o las situaciones de evaluación que hemos creado. En un tercer momento hablamos de los resultados obtenidos y, a partir de ellos, tratamos de ofrecer una explicación de las dificultades (en el caso de que éstas existan). Por último, si la intervención se hace necesaria, exponemos nuestro plan de actuación.

Por las razones que comentábamos en un momento anterior, tratamos de no dar diagnósticos. Aunque aparentemente pueda parecer un vanal juego de palabras, preferimos explicar que el niño *tiene* un trastorno de lectoescritura a decir que *es* disléxico. En el mismo apartado recordábamos que lo que devolvemos a los clientes son nuestras hipótesis y, por muy basadas en los resultados de pruebas estándar y en la experiencia del evaluador que estén, no son más que interpretaciones subjetivas de la realidad. Al no ser más que hipótesis son completamente subjetivas y otro profesional podría llegar a los mismos resultados que nosotros partiendo de hipótesis diferentes. A la hora de construir una explicación para nuestros clientes nunca olvidamos que nuestra meta es resolver el problema que nos traen, y que todo lo que contribuya a este propósito es profundamente ético. Construimos nuestras explicaciones del problema de acuerdo con los siguientes criterios:

a) Debe ser sencilla y ajustarse a los datos que tenemos, y aquí remitimos al lector al ejemplo que presentábamos en el apartado “¿debemos creer a nuestros clientes?”.

b) Las explicaciones que demos deben ser interpretaciones de la realidad que den salida a los problemas, que ayuden a resolverlos. Debemos tratar de definir problemas resolubles; no vale decir, por ejemplo, “la cuestión es que para que el niño sordo utilice adecuadamente el sistema de signos sus padres también deben aprenderlo, y ellos no quieren porque prefieren que hable oralmente; estando las cosas así, no hay nada que hacer”. Esta es una construcción de problema que no ayuda porque no incluye ninguna solución, sería mejor que revisáramos los datos que tengamos y pensásemos en otra más positiva.

c) Deben encajar dentro de las creencias de nuestros clientes y para ello debemos tener en cuenta las explicaciones previas que estos le dan al problema; de manera que tampoco nuestras intervenciones vulneren ninguna de sus creencias básicas. Este aspecto de la intervención es muy importante. Por ejemplo, imaginemos que una cliente se ha pasado toda la sesión tratando de convencernos de que su afonía es

solamente consecuencia de una mala técnica respiratoria. Supongamos que nuestra idea es que su problema es más bien de origen psicológico, lo que se suele conocer como disfonía psicógena. Si se lo exponemos y tenemos la autoridad suficiente probablemente lo acepte y podamos seguir adelante. Pero, ¿qué ocurre si decide que no tenemos razón y se va a consultar a otro especialista? Nosotros somos muy pragmáticos a este respecto y preferimos devolver explicaciones que encajen en los puntos de vista de nuestros clientes.¹¹ No nos sentimos atados por ninguna norma ética que no sea la de resolver los problemas que se nos consultan. No pensamos que haya algunas verdades que debamos siempre transmitir por muy dolorosas que éstas sean para las familias.¹² Dicho de otro modo, preferimos que las personas resuelvan sus problemas a que tengan ideas claras sobre ellos, puesto que el tener ideas claras sobre lo que te pasa no siempre te pone en mejores condiciones de resolverlo.

Ya hemos comentado anteriormente que a la hora de exponer el tratamiento se debe especificar claramente la parte de trabajo que tiene que hacer cada persona: el paciente, la familia, los profesores. Además, nos gusta presentar un plan de tratamiento con breves explicaciones sobre lo que vamos a hacer y para qué. Asociada al programa va una idea de pronóstico. Les damos una idea flexible sobre lo que puede durar el tratamiento, aclarando que cuanto mayor sea el esfuerzo que realicen cada uno de los intervinientes en el programa, en menos tiempo se resolverá el problema.

Además de encajar en la visión de mundo de las personas, las informaciones que demos sobre el contenido de la evaluación, sus resultados, la explicación del problema o el tratamiento, deben estar adaptadas al nivel cultural de las personas que nos consultan. Por otra parte, la cantidad de explicaciones que demos debe estar también ajustada a lo que se nos haya pedido. Es frecuente que durante la evaluación las personas

¹¹En ocasiones la propia explicación es un elemento de cambio, estamos pensando en aquellos casos en que las personas están agobiadas pensando que su problema (o el de su hijo) tienen un origen orgánico. En esos casos puede ser conveniente introducir una explicación etiológica diferente, pero hacerlo llevará tiempo y esfuerzo así que preferimos convertirlo en parte de la intervención, dejándolo a un lado en la devolución.

¹²Por supuesto que esta afirmación se circunscribe únicamente al tipo de problemas con los que trabajamos. En nuestra opinión esta filosofía no sería aplicable a enfermedades orgánicas, las personas tienen derecho a saber que tienen un tumor o una meningitis.

nos presenten dudas, preguntas como: "si al menos pudiera entender lo que me pasa" o "lo que más me preocupa es si el niño es suficientemente inteligente o no". Nuestra devolución deberá tratar de contestar a todos estos interrogantes.

CONCLUSIÓN

En este trabajo se ha tratado la cuestión de cómo se puede hacer para facilitar la colaboración y la motivación de nuestros clientes y sus familias para seguir un tratamiento del lenguaje. Hemos pretendido dejar sentado que la actitud del terapeuta es una variable fundamental en este propósito. El conjunto de movimientos que el entrevistador realiza en el intercambio con los clientes, puede ayudar o perjudicar el establecimiento de la buena relación terapéutica que está en la base de la motivación. Así, hemos analizado los puntos de vista que, a nuestro entender, contribuyen a establecer una relación de cercanía entre entrevistador y cliente. Hablamos de la posición de igualdad del terapeuta, de su confianza en las informaciones de los clientes y de las entrevistas basadas en una teoría del trastorno. Revisamos también las técnicas específicas de entrevista, lo que el terapeuta hace verbal y no verbalmente para demostrar a las familias que está interesado y va entendiendo lo que ellos le expresan. En un tercer momento hacemos referencia a las posiciones básicas que el terapeuta asume para mantener la relación terapéutica manteniendo el control de la entrevista. En nuestra opinión, los terapeutas que evitan confrontaciones en momentos inoportunos, consiguen mantenerse neutrales cuando hay diferentes puntos de vista en una familia, se encargan de subrayar los recursos de las personas, les devuelven a éstas la responsabilidad sobre las mejorías y se aseguran de conservar el control de las entrevistas, son los más eficaces para generar motivación. Por último, describimos algunas prácticas a introducir en las entrevistas iniciales que ayudan a establecer las bases de una buena relación de trabajo. Sugerimos como buenas ideas para crear un clima de confianza y colaboración: empezar describiendo el contexto en el que se trabaja, asegurarse del tipo de ayuda que solicitan los clientes, negociar metas para el tratamiento y devolverles información sobre los resultados de la evaluación y la marcha de la terapia.

RESUMEN

Conseguir que las familias se conviertan en un factor que colabore en el avance de los tratamientos es una de las constantes preocupaciones de los profesionales (logopedas, fonoaudiólogos, maestros y psicólogos) que intervienen sobre los trastornos del lenguaje. Con frecuencia se hace a la familia responsable de que los tratamientos no progresen todo lo rápido que debieran; así, comentarios como: "todo lo que se consigue en sesión se pierde cuando el niño llega a casa", son muy habituales en nuestros centros de intervención. Esta preocupación es bastante comprensible, hay que pensar que el paciente acude a rehabilitación dos o tres veces por semana y que, en la mayoría de los trastornos, si el trabajo del terapeuta no tiene una continuidad fuera de la sala de intervención no es posible esperar mejorías rápidas. Por supuesto que esta afirmación es más aplicable a unos problemas que otros; por ejemplo, cuando trabajamos en estimulación temprana del lenguaje con niños que tienen el síndrome de Down, parálisis cerebral, sordera o autismo, no cabe duda que interesará por todos los medios convertir a los padres en coterapeutas. En cambio, si rehabilitamos una dislalia o una dificultad específica en lectoescritura, la colaboración de los padres parece menos importante y entendemos que es más relevante la ayuda del maestro del aula normal.

En esta exposición vamos a referirnos a cómo trabajar con esos pacientes o familias que no se implica en el tratamiento, cuando el terapeuta considera oportuno que lo hagan. Son personas que, en principio, no tienen porque ser más disfuncionales que las colaboradoras. Puede ser simplemente que no participen porque no saben como hacerlo o sencillamente porque no les apetece. Para ello propondremos una serie de ideas que a nosotros nos son de utilidad para fomentar la colaboración de las personas. Las sugerencias que proponemos son en principio aplicables para el trabajo con las familias de los pacientes, pero son fácilmente transferibles al trabajo con los propios pacientes si éstos son adultos. Son propuestas que se derivan de una determinada forma de entender las relaciones interpersonales (Bertalanffy, 1956), la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) y la intervención con familias (Fisch, Weakland y Segal, 1982; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bandura, A. (1989a). Self-Regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In L.A. Pervin, *Goal Concepts in Personality and Social Psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bertalanffy, L. von (1956). *General systems theory*. New York: Braziller. Trad. cast.: Teoría general de los sistemas. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1976.
- Beyebach, M. (1993). *Relación terapéutica y abandono en terapia sistémica breve*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Pontificia de Salamanca.
- 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.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton, Trad. cast.: Claves para la solución en terapia breve. Buenos Aires: Paidós, 1986.
- 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.
- 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.
- Grinder, F. y Bandler, R. (1980). *De sapos a príncipes*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Haley, J. (1976). *Problemsolving therapy*. New York: Harper Colophon Books. Trad. cast. Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jackson, D.D. (1959). Family interaction, family homeostasis and some implications for conjoint family psychotherapy, In J.H. Marseman (Ed.), *Individual and familial dynamics*. New York: Grune and Stratton.
- Minuchin, S., & Fishman, H.C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge: Harvard University Press. Trad. cast.: Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós, 1984.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Newman, D., Griffin, P. y Cole, M. (1989). *The construction zone: Working for cognitive change in school*. Cambridge:

Cambridge University Press. Trad. Cast.: La zona de construcción del conocimiento. Madrid: Morata, 1991.

O'Hanlon, W.H., & Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions*. New York: Norton. Trad. cast.: En busca de soluciones. Barcelona: Paidós, 1990.

Rogers, C.R. (1972). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.

Rodríguez Morejón, A. y Beyebach (1994). Terapias sistémica breve: trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia. Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.

Rodríguez Morejón, A., Palenzuela, D.L. y Beyebach, M. (1995). *Un modelo cognitivo para analizar el cambio intrapersonal en terapia familiar sistémica*. En prensa.

Sánchez, E. (1989). *La instrucción como un medio para examinar los límites de la capacidad de aprendizaje*. Salamanca: Kadmos, Universidad Pontificia de Salamanca.

Segal, L. (1986). *The dream of reality*. New York: Norton. Trad. cast.: Soñar la realidad. Barcelona: Paidós, 1994.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G.F., & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality. Three guidelines for the conduction of the session. *Falimy Process*, 19, 3-12.

Watzlawick, P. (1984). *The invented reality*. New York: Norton. Trad. cast.: La realidad inventada. Barcelona: Gedisa, 1989.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton & Company. Trad. cast.: Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder, 1983.

Wertsch, J.V. (1985). *Vigotsky and the social formation of mind*. Cambridge: Harvard University Press. Trad. Cast.: Vygotsky y la formación social de la mente. Barcelona: Paidós, 1988.

Correspondencia:

Alberto Rodríguez Morejón

aromore@uma.es