

Reflexiones sobre el trabajo con soluciones en terapia familiar sistémica

**ALBERTO RODRÍGUEZ MOREJÓN
Y MARK BEYEBACH**

En los últimos años la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) se ha extendido con profusión por nuestro país y por el resto de Europa. Además, han aumentado sus campos de aplicación, la TCS ha demostrado ser una técnica útil en psicoterapia (Beyebach, Arribas, Hernández, Martín, Rodríguez y Rodríguez Morejón, 1996; Fontecilla, Ramos y Rodríguez-Arias, 1993; Nunnally, 1990), se usa en contextos educativos (Bonnington, 1993; Littrell, Malia y Vanderwood, 1995; Murphy, 1994, 1996), en tratamientos hospitalarios (Vaughn, Young, Webster y Thomas, 1996) e incluso en psicología del trabajo (Piqueras y Rodríguez Morejón, en preparación). En este marco de expansión geográfica y temática, también se han producido algunos cambios en la forma de actuar del terapeuta centrado en soluciones, y el esquema original se ha ido modificando. El objetivo de este artículo es discutir sobre algunos de estos cambios. Para ello desarrollaremos tres apartados. Empezaremos revisando algunas de las cuestiones epistemológicas básicas que prestan el corpus filosófico a la TCS: ¿cómo han afectado a la TCS las nuevas corrientes como la narratología o el Construccionismo social? También contemplaremos algunos de los supuestos “puntos flojos” de esta escuela sistémica. Así, en el segundo apartado abordaremos el tema de la intervención cuando los clientes no parecen detectar mejorías y en el tercer apartado analizaremos la importancia de trabajar con los sentimientos en TCS: ¿es ésta una terapia fría, próxima a las orientaciones cognitivo conductuales, alejada de los sentimientos de las personas?

Siempre hemos defendido que un modelo de psicoterapia debe aunar, entre otras, dos cualidades. Por una parte debe responder a un esquema de trabajo claro, basado en una serie de presupuestos básicos y guiado por una serie de algoritmos de toma de decisión que permitan que la terapia sea repetible y, por lo tanto, asequible a las investigaciones de proceso y de resultados (Beyebach, Rodríguez Morejón, Palenzuela y Rodríguez-Arias, 1996). Una forma de garantizar esta cualidad es asegurarnos que lo que hacemos es enseñable, no nos valen terapias brillantes y personalistas basadas en la intuición e imposibles de transmitir a los terapeutas en formación. Pero tampoco debemos dejarnos deslumbrar por la técnica, ni convertirnos en terapeutas robotizados; por ello, la segunda cualidad tiene que ver con la flexibilidad. Un modelo de terapia debe ser eficaz en una amplia variedad de quejas, debe contar con un esquema adaptable, debe permitir que el terapeuta tome decisiones despegándose del esquema. Debe, en definitiva, permitir que el terapeuta sea capaz de pasar por encima de sus presupuestos y de sus esquemas, responder a la máxima de que los esquemas están al servicio del terapeuta y no lo contrario. Nuestra meta ahora es responder a algunas de las cuestiones supuestamente polémicas de la TCS, exponiendo para ello los cambios que hemos ido introduciendo en nuestro esquema de trabajo.

1.- TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES Y CAMBIOS EPISTEMOLOGICOS¹

Últimamente la narratología se ha convertido en una de las metáforas favoritas que los terapeutas sistémicos usan para explicar lo que ocurre cuando hacemos psicoterapia (de Shazer y Berg, 1991; Sluzki, 1992; Sluzki, 1996). Desde esta perspectiva, los terapeutas trabajamos con las historias que las personas cuentan sobre ellas mismas y sus relaciones. Estos relatos engloban significados, conductas y sentimientos. Somos lo que contamos de nosotros mismos y lo que narramos acaba influyendo sobre nuestra manera de actuar, pensar o sentir (White, 1995, Shotter, 1996). Trabajamos con relatos, ayudamos a las personas a generar historias diferentes para explicar lo que les sucede, favorecemos situaciones que permitan la construcción y deconstrucción de significados hasta conseguir visiones de mundo, formas de actuar o formas de sentir que les abran alternativas. Pensar en términos de relatos no nos obliga a nada, es sólo una metáfora útil para entender lo que hacemos, un punto de vista que abre opciones al terapeuta, no es sólo una moda, es una forma de ver las cosas que tiene implicaciones concretas sobre las posiciones que adopta un terapeuta ante las familias.

Las narraciones se formulan y reformulan en el marco de la interacción social. En los intercambios conversacionales los significados se renegocian constantemente. Esta idea de que los significados se generan en el marco de la interacción es lo que llamamos Construccinismo social (McNamee y Gergen, 1996; Gergen, 1996). El constructivismo defendía que la realidad era inalcanzable porque sólo contábamos con las interpretaciones de una mente singular que percibía influida por sus ideas previas. El Construccinismo social va un poquito más allá; la realidad, las interpretaciones que hacemos sobre la realidad, se construyen en el marco de la interacción. No son sólo el producto de una mente individual que percibe, son el producto de las relaciones entre las personas que comparten un grupo. Lo que hacemos, pensamos o sentimos únicamente tiene sentido cuando es validado, analizado o discutido por las personas que nos rodean. Nuestros grupos de referencia nos dictan significados, nuestros puntos de vista son el producto de contrastar nuestras experiencias con las de las personas de nuestro entorno.

La terapia es un contexto privilegiado para renegociar significados. La conversación es el medio, una psicoterapia puede ser entendida como una conversación para el cambio, una oportunidad para renegociar algunos de los significados que atrapan a las personas, el contexto en el que la “depresión” se convierte en “tristeza” o la “ansiedad” se transforma en “energía” (Anderson y Goolishian, 1988).

Pensar que trabajamos para modificar relatos y que la terapia es el contexto interaccional idóneo para modificarlos no serían más que ideas bonitas si no fuera porque suponen cambios profundos en nuestra forma de trabajar, en lo que hacemos cada día cuando a nosotros acuden personas con problemas. A continuación veremos algunas de las implicaciones prácticas de estas ideas teóricas: la posición del terapeuta en sesión (la estupidez en terapia y la búsqueda de ajuste), el rechazo radical a las etiquetas diagnósticas y una forma alternativa de hablar sobre los clientes.

¹Algunas de las afirmaciones que en este apartado presentamos fueron expuestas en el XVII Congreso Nacional de Terapia Familiar celebrado en Las Palmas de Gran Canaria en octubre de 1996.

1.1.- El “terapeuta estúpido”.

La idea central de la TCS es que las personas tienen recursos, por mucho que cuando lleguen a terapia parezcan desesperados o impotentes, por muy grandes y complejos que parezcan los problemas que traen, por muy difícil que sea su situación económica o bajo su nivel cultural. Por muy complicada que parezca la situación, las personas que acuden a nosotros ya están haciendo pequeñas cosas que les ayudan a resolver sus problemas, o tal vez sólo están pensando hacerlas, o quizás ni siquiera lo están pensando pero podrían hacerlo si se lo propusieran. No nos parece demasiado útil la posición del “terapeuta seguidor”, el que siempre está dispuesto a repartir consejos y ayudas, y cuanto más grave sea el problema y más indefensos parezcan los clientes más ayuda proporcionará. Preferimos un terapeuta “más estúpido”, que va por detrás de los clientes, adaptándose a su ritmo; un terapeuta centrado en soluciones que trata de facilitar que se amplíen las cosas que ya funcionan, que se lleven a la práctica lo que sólo son intenciones o que se descubran posibles formas de actuar que puedan ser útiles. Usando para todo ello cualquier aspecto que suene a recurso: cualidades personales, puntos de vista, sentimientos, relaciones interpersonales o ilusiones.

Los postulados teóricos no tendrían ningún sentido si no se plasmaran en conclusiones prácticas sobre cómo debe actuar el terapeuta en sesión. Pensar que las personas tienen recursos parece conducirnos a posiciones en las que el terapeuta se desprende de su autoridad para convertirse en un facilitador de lo que los clientes traen que puede serles útil. Esto supone una variación importante sobre las posiciones de los primeros teóricos de la terapia sistémica breve. En aquel entonces la posición del terapeuta era la del estratega y las metáforas que se utilizaban para describir su trabajo eran las de “jugador de ajedrez” o “yudoca” (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Desde esta perspectiva tenían sentido conceptos como los de “capacidad de maniobra del terapeuta” o “resistencia del cliente”.

Ahora preferimos pensar en *terapeutas estúpidos* cuya misión es generar conversaciones que faciliten la renegociación de los significados que paralizan a las personas. El protagonista es el nosotros, la conversación, y no la brillantez del terapeuta. No se trata de ser terapeutas hábiles sino buenos conversadores. Ya no somos expertos en personas o en problemas, somos conversadores curiosos e ignorantes cuyas principales habilidades son: formular preguntas que favorezcan los cambios y conseguir ajuste con los clientes (Anderson y Goolishian, 1996). La habilidad que se espera del terapeuta es la de formular preguntas que ayuden a que las personas descubran sus recursos, adopten puntos de vista diferentes o se decidan por nuevas formas de actuación. Mucha gente ve en este tipo de técnicas una especie de utopía: “eso no son más que buenas intenciones, no es terapia”, dicen. Y tal vez sea bueno que lo dejemos de llamar terapia, a lo mejor vale con llamarle placebo o como ustedes quieran. Eso sí, un placebo que funciona como demuestran algunas estadísticas, pero un placebo al fin y al cabo (Beyebach, Arribas, Hernández, Martín, Rodríguez y Rodríguez Morejón, 1996; Dejong y Hopwood, 1996; Fontecilla, Ramos y Rodríguez-Arias, 1993; Nunnally, 1990).

1.2.- El ajuste, variable fundamental

Para este terapeuta estúpido el ajuste, conseguir generar un clima de colaboración, de confianza mutua en la terapia, es una tarea esencial. Conseguir este clima de colaboración tiene que ver, en

principio, con cómo maneja el entrevistador cuestiones como la autoridad terapéutica o la neutralidad, y con habilidades de entrevista más específicas que tienen que ver con que los clientes se sientan atendidos y entendidos (Rodríguez Morejón y Beyebach, en prensa). Pero además está fuertemente vinculado a que el terapeuta logre captar las motivaciones, las ilusiones, las potencialidades de las personas y familias. El ajuste debe estar relacionado con cuestiones como: ¿qué es lo que las personas quieren conseguir? ¿qué están dispuestos a hacer para conseguirlo? ¿a quién escucha cada uno de ellos? ¿dónde está la energía que necesitan para luchar?

Lo que hace que el ajuste sea intangible y difícil de describir es que, de nuevo, es algo que no depende de los clientes (el concepto de resistencia ha muerto), ni de los terapeutas (por mucho que nos empeñemos en describir cuales son las variables del terapeuta que favorecen la creación de un clima de colaboración). El ajuste es por naturaleza interaccional, es algo que surge de la interacción entre terapeutas y clientes; de forma que no puede haber recetas previas y si hay algún consejo general es el de la flexibilidad: escucha a tus clientes, entiende lo que quieren, estate atento a cuáles son sus estilos comunicativos, sus recursos potenciales, sus intereses, sus objetivos o sus motivaciones para el cambio. Habrá clientes que nos quieren como especialistas y habrá otros que quieren alguien confiable que les ayude a salir de su situación. Nuestro trabajo consiste en ser capaces de adoptar cualquiera de estos diferentes registros para poder encajar con lo que ellos nos piden. ¿Cómo consigue ajuste el terapeuta estúpido? Ante todo adoptando el principio de flexibilidad que postulamos, pero prefiriendo desprenderse de su autoridad para validar lo positivo que los clientes traen. Aferrándose a la idea de que las personas pueden conseguirlo y confiando en sus recursos.

Estamos en contra del “terapeuta Rambo” que se va a la guerra contra la familia, bien armado con un buen libro de jugadas de ajedrez y estrategias bélicas, nuevas técnicas de yudo para la lucha cuerpo a cuerpo, el respaldo de un buen equipo a modo de pelotón de reserva o armas estratégicas como el equipo reflexivo.² La propuesta del terapeuta estúpido es justamente la contraria, más allá de equipos y “técnicas estratégicas”, la familia es el equipo del terapeuta, no son personas a las que haya que engañar para que cambien, ellos son los más interesados en hacerlo y los verdaderos artífices del cambio.

1.3.- Más antidiagnósticos que nunca

“Las palabras eran originalmente mágicas” dice Steve de Shazer en su último libro (de Shazer, 1994) y probablemente guardan todavía una parte de esa magia. Pero la magia puede ser negra o blanca, puede servir a bajos fines o a grandes objetivos, y lo mismo ocurre con el poder de las palabras. Hay palabras que se convierten en el impulso de una terapia, de repente nuestro cliente empiezan a hablar de “confianza” en vez de relatarnos una y otra vez las profundidades de su “depresión”, o tal vez el termino “fuerza de voluntad” surge un día entre las tinieblas de la “impotencia”, o la “valentía” empieza a abrirse paso entre los sufrimientos y las limitaciones de la “fobia”. Los terapeutas nos aferramos a esas palabras que un día pronunciaron nuestros

²Los autores de este trabajo reconocen la posible utilidad e incluso usan (muy de vez en cuando) la técnica del equipo reflexivo. Pero al mismo tiempo les produce un cierto desasosiego más que nada estético. El equipo reflexivo parece representar el futuro de la terapia, un futuro en el que hay más terapeutas que clientes, tiene en sí algo que nos parece poco natural, demasiado alejado del contexto habitual de la psicoterapia en el que un terapeuta trabaja con una o varias personas.

clientes y las hacemos crecer: “¿cómo te las arreglas para mantener viva tu ‘valentía’?, ¿qué ha ocurrido durante la última semana que te hace pensar que tu ‘fuerza de voluntad sigue creciendo’?, ¿quién de esta familia disfruta más de tu ‘mayor confianza’?”. Las hacemos crecer porque las palabras son los vehículos que transportan nuestros significados, las palabras reflejan nuestras creencias y a la vez las conforman. No se trata de cambiar palabras, como algunos han dicho para criticar a los enfoques narratológicos, se trata de modificar significados, creencias, puntos de vista. Las palabras son “las palancas” para cambiar los significados y, al mismo tiempo, el reflejo que nos permite comprobar que éstos se modifican.

Pero también las palabras pueden ser magia negra, también hay palabras que encierran, palabras que atrapan (White y Epston, 1989). Podemos pensar que los diagnósticos están dentro de la categoría de lo que Riikonen denomina “palabras muertas” (Riikonen, 1993). El diagnóstico, la clasificación de las enfermedades mentales comenzó como un loable intento de hacer avanzar los tratamientos, ahora nos preguntamos si realmente cumple esa función. Todos estamos de acuerdo en que deben existir los lenguajes técnicos como una forma de simplificar las relaciones entre profesionales, pero ¿qué ocurre cuando estos lenguajes técnicos se convierten en parte de la cultura de nuestra sociedad y empiezan a transformar ésta? Es un buen tema para reflexionar.

Las etiquetas diagnósticas y las categorías de clasificación entran también a formar parte de los juegos del lenguaje. Las personas saben lo que significa estar deprimido, o tener ansiedad, o “ser” un esquizofrénico y reaccionan ante los significados. Uno ya no es el mismo una vez que sabe lo que tiene y tampoco la gente le trata de la misma forma, eso hace que se inicien interacciones diferentes del tipo a lo que llamamos en esquizofrenia “relación a través del síntoma”.

En conclusión, renunciamos al uso de lenguajes técnicos y clasificaciones diagnósticas para centrarnos en las “palabras vivas”, en las que potencian recursos y ayudan a crear alternativas nuevas a nuestros clientes.

1.4.- Glasnost en terapia sistémica: una forma diferente de hablar sobre los clientes

Este cuestionamiento de la utilidad de los diagnósticos no es nuevo, cada vez más personas están de acuerdo en que el lenguaje-para-hablar-entre-profesionales está causando perjuicios a nuestros clientes. Hasta el extremo de que podríamos llegar a cuestionarnos si los terapeutas somos parte del problema o parte de la solución. Por ejemplo, hay modelos que usan tres o cuatro sesiones para evaluar la estructura y la dinámica familiar. Si, desde un enfoque narratológico, podemos entender que la conversación de evaluación sirve para generar realidades, ¿no será lo que tengamos al final de la etapa diagnóstica el producto de las preguntas que hemos hecho para “evaluar”?, ¿será nuestro diagnóstico el resultante de todo lo que hemos removido y generado al evaluar?

Una posible solución para esta cuestión de los efectos negativos de nuestros lenguajes técnicos sería volver a los inicios, tratar de que los diagnósticos y las clasificaciones quedaran únicamente como una parte más de la infraestructura de nuestro sistema de salud mental, que volvieran a ser un lenguaje de comunicación entre profesionales del cual no tienen noticia los clientes. Es una posibilidad, pero a nosotros nos gustaría ir todavía más allá, nos gustaría proponer que incluso entre profesionales cambiáramos nuestra forma de hablar sobre los clientes. Las clasificaciones y

diagnósticos no solo limitan a nuestros clientes sino que hacen que los terapeutas generemos una serie de expectativas que en modo alguno benefician a los tratamientos. Es algo que, en broma, llamamos “tercera cibernética”. Si desde puntos de vista de primera cibernética analizábamos lo que ocurre *dentro* de las familias, y desde los postulados de la segunda nos interesábamos por las interacciones entre terapeuta y familia, esta supuesta “tercera cibernética” propondría analizar las interacciones que ocurren entre terapeutas y de cómo estas repercuten sobre los procedimientos de intervención.

Nosotros apoyamos la propuesta de Ben Furman y Tapani Ahola (Furman y Ahola, 1992, 1993) que invitan a utilizar ideas de la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) también a la hora de intercambiar información entre terapeutas. Cada vez está más extendido el uso del equipo reflexivo (Andersen, 1991) y Furman propone que las conversaciones entre profesionales sean tan respetuosas y centradas en lo positivo como cuando usamos el equipo reflexivo como una técnica adicional en TCS.

Proponemos pues conversaciones entre los terapeutas centradas en los recursos de los clientes. Abandonar términos como madre esquizofrénica, paciente obsesivo o familia aglutinada, para hablar de lo unidos que están los padres, la paciencia que está demostrando la hija o toda la serie de conductas eficaces que está desplegando la abuela. Es lo que conocemos por la “glasnost” en terapia breve (Furman y Ahola, 1993). Una forma respetuosa y positiva de hablar sobre los clientes que serviría, si ellos estuviesen presentes en nuestras reuniones de equipo o charlas de café, para fomentar recursos y generar expectativas de cambio.

2.- BUSCANDO EXCEPCIONES DESESPERADAMENTE

La TCS se basa fundamentalmente en el uso de dos líneas de trabajo: proyección al futuro y trabajo con excepciones (de Shazer, 1988, O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Muy brevemente pues es de sobra conocido; la primera consiste en imaginar con los clientes un futuro en el que el problema haya desaparecido, lo que nos permite establecer objetivos y facilitar que las personas se pongan en disposición de conseguirlos; la segunda tiene que ver con detectar avances, ampliarlos y atribuirlos a lo que los clientes están haciendo, pensando o sintiendo (o a cualidades que han empezado a emerger) (Beyebach, 1995; Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994).

Vamos a centrarnos en la segunda de las técnicas, puesto que la primera ha sido suficientemente descrita (de Shazer, 1988). En algunos casos el asunto parece claro, en segunda o tercera sesión las personas informan sobre mejorías y ponemos en marcha todas nuestras preguntas para localizarlas, concretarlas y hacerlas repetibles, construyendo así relatos que reflejan la eficacia y buen hacer de los clientes. En otros casos, no resulta tan fácil, los clientes no parecen haber notado mejorías y no hay nada que pueda ser considerado como un avance. Muchas sesiones empiezan así y, sin embargo, después de un trabajo conjunto resulta que durante los últimos días ellos han estado haciendo cosas, en algunas áreas del problema, que sí han sido eficaces. En ocasiones como éstas, podemos pensar que algo de lo que ha hecho el terapeuta ha facilitado que se construyan historias de mejoría. Sobre esta forma de actuar de los terapeutas es sobre lo que queremos hablar. No pretendemos con ello proveer de técnicas o decir cómo hay que hacer las cosas, nos limitamos a revisar algunas de los puntos de vista y formas de actuar que a nosotros

parecen resultarnos de utilidad.³ Por seguir delimitando nuestro objetivo, lo que vamos a presentar son ideas para seguir buscando excepciones cuando éstas no son evidentes. No nos ocuparemos aquí de lo que hacemos en casos “atascados”; cuando después de cinco o seis sesiones las cosas no van bien y por hacer “algo distinto” revisamos objetivos y relación, nos hacemos terapeutas “todavía más estúpidos” (Hjerth, 1995), o cambiamos de modelo (trabajamos M.R.I., estructural o psicoeducativo), o usamos extenalización (White y Epston, 1989).

2.1.- Una sugerencia general: no te rindas, trabajar con recursos es una actitud más que una técnica.

La primera idea de alguien que utiliza la TCS como una fuente de recursos más entre otros posibles enfoques sistémicos es: “la TCS no funciona con algunas personas, de forma que en cuanto tengo dificultades para aplicarla mejor pruebo con algo diferente”. Después de una decisión así parece que tendemos a girarnos sobre el problema olvidándonos de las soluciones, es decir, tendemos a complicarnos las cosas. Michael Hjerth (1995), por ejemplo, propone hacer todo lo contrario, sugiere que nos convirtamos en terapeutas todavía más estúpidos, nos mantengamos trabajando por detrás de los clientes y sigamos buscando posibles avances.

Nosotros también proponemos seguir adelante, seguir intentándolo un poco más, seguir confiando en que las personas tienen recursos. Trabajar con “lo que hacen las personas que funciona” es algo más que una técnica, responde a una actitud del terapeuta; una actitud que tiene que ver con las ideas que hemos presentado en el primer bloque de este artículo: con la idea de que trabajamos con personas y no con “pacientes”, con gente que se siente momentáneamente estancada en su desarrollo vital y no con personas que “padecen enfermedades mentales”; con pensar que los seres humanos nos enfrentamos activamente con nuestras dificultades y no nos limitamos a sufrirlas o, con entender que el terapeuta es un “facilitador de recursos” y no un “sanador”.

Es lógico que cuando las personas viven dentro de una historia según la cual “las cosas están muy mal”, sea complicado que den relevancia a “lo poco que funciona”. Es trabajo nuestro que ellos lo descubran. Desde el punto de vista del terapeuta, en ese poquito que va mejor pueden estar las claves que faciliten futuros avances. Por utilizar un ejemplo gráfico, a veces las personas tienen metas que suponen avanzar un kilómetro y resulta que en segunda sesión informan que han recorrido ya trescientos metros, es fácil trabajar con eso; lo complicado es decidir qué hacer cuando en su opinión no hay ningún cambio y tenemos que tratar de buscar algo que suponga un avance de tan solo un centímetro, pero en la dirección adecuada.

Lo importante, lo que queremos resaltar, es que analizar ese “centímetro” puede servirnos también para encontrar las claves del éxito. Incluso es posible que estas sesiones de las que únicamente salen pequeñas razones para mantener la esperanza, tengan más impacto sobre las personas que aquellas otras de avances claros en las que todo el mundo sabe qué fue distinto y cómo volver a conseguirlo.

³Las ideas que presentamos son el producto de las discusiones que hemos mantenido con alumnos y profesores del *Máster de Formación de Terapeutas Sistémicos* de la Universidad de Salamanca. Para ellos nuestra consideración y agradecimiento.

2.2.- Dos posiciones básicas para buscar excepciones: terapeuta y clientes un equipo “al ataque” o “al contragolpe”.

La cuestión es que, desde una filosofía centrada en soluciones, las conversaciones que más cambio producen son las de objetivos o de avances. Pero hay personas que nos demuestran lo mucho que les cuesta detectar los avances e insisten una y otra vez en contarnos sus problemas. En estas ocasiones, proponer los temas que en nuestra opinión producen más cambio nos despega de nuestros clientes, nos hace perder el “ajuste” al que tanta importancia damos. La cuestión está en conseguir un equilibrio entre conversaciones útiles (en opinión de la TCS) y conservar el ajuste.

Nosotros pensamos que, en este ejercicio de flexibilidad, el terapeuta puede adoptar dos posiciones diferentes que explicaremos a partir de una analogía. Pensamos en terapeuta y clientes como un equipo de fútbol, dentro del cual el terapeuta realiza la labor de una especie de “central distribuidor de juego” que debe estar muy atento al tipo de “jugadas” que prefiere su equipo. Hay dos tipos extremos de estrategias que puede adoptar un equipo en un campo de fútbol: una posición decididamente adelantada y otra más a la defensiva esperando el contragolpe (y, como no, un montón de modalidades intermedias). En cualquier caso el terapeuta debe estar atento a la posición en el campo que parece solicitarle el equipo del que forma parte.

Jugando en “posición adelantada” el terapeuta se esfuerza por mantener al resto del equipo (los clientes) en el “mediocampo de las soluciones”; buscando activamente con ellos cualquier aspecto que pueda significar un cambio, bloqueando “charlas sobre problema” y tratando de construir excepciones a base de concretar temas o sondear buscando pequeñas diferencias. La segunda posición que llamamos “jugar al contragolpe” sería la aplicable cuando el equipo parece preferir jugar más retrasado, en el “mediocampo de los problemas”, en este caso el terapeuta va por detrás de los clientes, escuchando y recogiendo sus quejas, pero tratando de aprovechar cualquier ocasión que se presente para hacer una “pase” hacia delante, hacia el “campo de las soluciones”. Si “el pase” funciona bien, hablaremos de soluciones; si no se “repliegan las líneas” y se continúa hablando de problemas hasta que surja una nueva oportunidad de contraataque. Ni que decir tiene que hablamos de posiciones extremas para ser lo más didácticos posible. En realidad pensamos que las definiciones de relación entre terapeuta y clientes se negocian cada minuto, de manera que es posible que estas dos posiciones se alternen constantemente en el curso de una sesión. Explicaremos las posibilidades que nos ofrece cada una de estas posiciones en los dos siguientes apartados.

2.3.- El equipo adelantado: buscando pequeños avances.

Vamos a la parte más técnica, ¿qué tipo de actuaciones del terapeuta facilitan la construcción de avances cuando los clientes no los perciben? Todo lo que a continuación se expone son ideas para que el terapeuta se mantenga hablando de soluciones, ello debe ir acompañado de todo un trabajo de recoger las quejas e ir introduciendo nuevas preguntas para buscar excepciones. En principio tenemos dos opciones: a) hacer preguntas buscando mejoras más pequeñas o temas más concretos, o b) usar preguntas para introducir temas de conversación centrados en soluciones.

Una primera opción para seguir tratando de construir avances es buscar algo más concreto o más pequeño. En este caso podemos jugar, por ejemplo, con la variable **tiempo**: es posible que no haya respuesta a una pregunta muy abierta del tipo ¿qué cosas van mejor?, pero si nos abrirá alguna alternativa preguntar por el día mejor o el día *menos malo*, o incluso por el rato menos malo que haya tenido lugar durante la última semana.

Otra estrategia que puede ayudar a concretar es hacer preguntas sobre algunos de los **objetivos** que se negociaron al principio de la intervención. Por ejemplo, cuando no hay respuesta a la pregunta ¿qué cosas van mejor?, podemos recordar las metas y hacer preguntas más específicas como: ¿en qué momentos ha habido algo más de comunicación entre vosotros?, ¿cuándo te has sentido algo más alegre (o menos triste)?, ¿en qué rato estuviste algo más concentrada?, ¿en qué ocasiones te has sentido más segura? o ¿qué es lo más parecido a un buen rato que habéis tenido durante esta semana? Cuestiones todavía más pequeñas y específicas relacionadas con los objetivos son: ¿cuál fue la vez que más cerca estuviste de... contárselo todo a tus padres?, ¿en qué ocasión estuviste a punto de...contenerte y no inyectarte heroína?⁴ Otra alternativa poderosa para concretar puede consistir en buscar diferencias entre **personas**, sencillamente preguntando a todos los presentes, o introduciendo nuevas perspectivas a base de preguntar quién de fuera ha podido notar alguna mejoría.

Además de preguntar por cuestiones más pequeñas podemos pensar en iniciar otro tema de conversación que pueda favorecer la construcción de mejorías. En este sentido una de las mejores posibilidades es hacer una pregunta de **escala**. Una escala de avance por ejemplo: “me gustaría que pensarais en una escala de 1 a 10, en la que 10 significaría que habéis alcanzado todos los objetivos que os propusisteis y 1 que las cosas están peor que nunca. Quiero que penséis en los últimos quince días y hagáis una media. ¿En qué punto os colocaríais de esa escala? Cualquier puntuación superior a 1 nos permite trabajar cuestiones como: ¿qué os hace pensar que estáis en 3?, ¿cómo hacéis para manteneros en 3 a pesar de lo mal que parecen venir las cosas? O, girar hacia el futuro preguntando: ¿que vais a notar distinto cuando estéis en 4?¿qué cosas de las que venís haciendo os pueden ayudar a subir? (Beyebach, 1995).

Otra opción para iniciar una conversación centrada en soluciones es traer a la sesión **excepciones anteriores**. Es posible que no haya nada nuevo durante las últimas semanas y podamos aprovechar para hablar de aquello que nos contó cuando hablábamos sobre objetivos; aquella vez, hace tres meses, en que nuestro cliente estuvo sin beber varias semanas, por ejemplo. Otra posibilidad para mantenernos centrados en las soluciones es **preguntar sobre la tarea** (si es que les mandamos una en la sesión anterior), tratando de ver los efectos positivos que ésta ha podido tener sobre ellos. Por ejemplo, ¿conseguiste predecir los días en que se iban a producir los “atracones de comida”?

Otra estrategia para iniciar un tema de conversación enfocado hacia lo positivo es hablar de **recursos**. Aquí recogemos la diferenciación de Riikonen y Vataja (1996) entre soluciones y recursos; las soluciones serían todos los intentos eficaces que las personas y/o familias han puesto en marcha para resolver el problema; recursos es todo aquello que puede ser considerado

⁴Proponemos una serie de preguntas con el fin de ejemplificar claramente, pero no son más que eso, ejemplos; hay cientos de opciones. Es importante entender que no son como las balas de un cargador que hay que disparar a ciegas una tras otra esperando que alguna de ellas en el blanco. Sólo tendrán sentido si se usan en el momento adecuado, ajustadas al tema de conversación que tiene lugar en un momento concreto.

como “punto fuerte” de una persona o su grupo y que, hipotéticamente, pudiera ser usado para enfrentarse al problema que les preocupa en la actualidad. Podemos hablar, por ejemplo, de lo unidos que se sienten los padres y de cómo eso puede ayudar a que su hijo supere su “adicción”. Podríamos resaltar la tozudez de nuestra cliente con “trastornos alimenticios”, hablar de en qué facetas de su vida aplica esta tozudez y cómo la ayuda, para luego preguntarnos como puede serle útil para abordar su dificultad.

2.4.- Jugando al contragolpe: hablar sobre problemas, centrados en soluciones.

Todas las estrategias que presentábamos en el apartado anterior responden al denominador común de que el terapeuta busca activamente avances y para ello trata de promover temas de conversación centrados en soluciones. Esta posición va unida a una cierta imagen de terapeuta “problemifóbico” que se pone nervioso cuando los clientes hablan de problema y se precipita a proponer temas de conversación centrados en lo positivo. Como decíamos, este tipo de posición a veces no comulga en absoluto con algo que denominábamos “ajuste” y que considerábamos fundamental en cualquier modelo de terapia sistémica breve.

Lo que la experiencia parece decir es que hay personas que tienden a hablar de problemas y todos nuestros intentos de hablar sobre “soluciones”, al mismo tiempo que tratamos de que se sientan entendidos en sus quejas, parecen ineficaces. En estos casos lo que hacemos para ajustarnos a su estilo es ir por detrás de ellos y escuchar sus quejas, eso sí, aprovechando al máximo nuestras intervenciones para generar recursos y/o soluciones. La finalidad es la misma que cualquiera de las técnicas que presentábamos anteriormente, lo que cambia es la posición del terapeuta, ahora jugamos con nuestro equipo al contragolpe.⁵

Esta segunda forma de actuar consigue que los clientes se sientan escuchados al hablar de sus problemas, mientras que el terapeuta continua buscando la manera de construir soluciones con ellos, de hacer “un pase adelantado”. Esta basada en otra forma de entender el habla sobre la queja; ya no es algo que un terapeuta centrado en soluciones deba evitar, al contrario, hasta el “habla sobre problemas” se puede convertir en un recurso para generar soluciones.

Imaginemos un trabajo con una persona que el psiquiatra nos deriva junto con un diagnóstico de “depresión”. Nada de lo que hemos hecho hasta ahora parece haberle sacado de su “charla sobre problemas”, así que nos decidimos a “jugar al contragolpe” y estar atentos para **girar la queja** hacia las soluciones. Algunas de las preguntas para concretar o buscar objetivos más pequeños que antes presentábamos pueden ser de utilidad también en este contexto. De forma que si están contándonos que hay momentos *muy malos* podemos hacer un reflejo entendiendo su situación y preguntar por los ratos *menos malos*. También podemos devolver cualquier aspecto que suene a

⁵Otra metáfora que nos gusta para describir esta posición al contragolpe es la de “buscar pepitas de oro en río revuelto”. La idea es dejar que hablen sobre queja (que fluya el turbio río de los problemas) y estar atento a cualquier comentario que pueda parecernos la entrada a una posible excepción (objetos brillantes que parezcan pepitas de oro). En esos casos el terapeuta recoge la queja y trata de ver hasta que punto, mezclado con ésta, puede haber algo de utilidad para la terapia (al igual que el buscador de oro introduce su cedazo en el río para recoger la posible pepita y todo el barro de alrededor). En ocasiones puedes ser que haya algo útil de forma que se empiecen a construir historias de avances y de agencia personal de los clientes (encontramos una pepita que separamos del barro y empezamos a pulir conjuntamente), en otras sencillamente no sirve para nada y tenemos que seguir atentos a lo que el cliente nos da (la pepita resulta ser un trozo de cuarzo que devolvemos al río).

un recurso, “me dices que hubo un momento en que te planteaste que no podías seguir así y pensaste en llamar a una amiga. aunque no lo hicieras, ¿cómo es que se te ocurrió una idea tan buena?”; o hacer de nuevo una pregunta específica para buscar excepciones: ¿cuál fue la última vez que, en esa misma situación, te decidiste a llamar a alguien?

Una sugerencia básica para el terapeuta que juega con su equipo “al contragolpe” es la de demostrar un **pesimismo** equivalente al de sus clientes. Si somos demasiado optimistas corremos el riesgo de entrar con ellos en un círculo vicioso en el que nuestro optimismo mantiene su pesimismo. En cambio, al adoptar su desesperanza tal vez facilitemos su esperanza si al mismo tiempo hacemos las llamadas **preguntas de afrontamiento**: “entiendo que no aguantes más, incluso he llegado a preguntarme ¿cómo haces para resistir?” o incluso, siendo más pesimistas que ellos “teniendo en cuenta lo complicado de la situación, ¿cómo es que las cosas no van peor?”.

Nuevas posibilidades de girar la queja nos las dan las **preguntas hipotéticas**. Supongamos que nuestra cliente anterior sigue contándonos que se quedó en casa pasándolo mal, podemos preguntarle sobre el pasado, “además de llamar a tu amiga. ¿qué podrías haber hecho diferente para salir de la tristeza?”; o sobre el futuro ¿qué crees que vas a hacer diferente cuando vuelvas a pasar por una situación similar? Siempre a la espera de que alguna de estas preguntas permitan hablar sobre formas de actuar que les permiten tener ratos menos malos, formas de pensar que les llevan a llamar a una amiga o cualidades que les permiten resistir hasta que pase la “mala racha”. Si no es así, continuamos por detrás, escuchando sus problemas y haciendo que se sientan atendidos y entendidos, a la espera de que ellos mismos se “desmarquen” y podamos hacer un “pase hacia el campo de las soluciones”.

El hablar sobre problemas nos permite, además, estar atentos a otras posibles entradas desde modelos diferentes. Así, podemos estar atentos a analizar la secuencia que mantiene el problema (Fisch, Weakland y Segal, 1982), podemos redefinir y/o deconstruir significados que no ayudan a avanzar, externalizar aspectos negativos (White y Epston, 1989) o convertir los problemas en dilemas y pensar en alternativas de solución (Pakman, 1994).

3.- TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES Y EMOCIONES

En los últimos tiempos las emociones se han convertido en una especie de arma arrojada en terapia familiar, en el campo de batalla en el cual se dirimen diferencias entre las distintas escuelas que se integran en nuestra compleja disciplina. Hay como dos polos de difícil reconciliación: a) Los que se atienen estrictamente a la teoría general de los sistemas y opinan que los sentimientos son lo analógico que cuando se digitaliza pierde su verdadera esencia; dicho de otro modo, “los sentimientos son para sentirlos, no para hablarlos”. b) Los que desde una orientación dinámica consideran importante trabajar con los sentimientos tanto de las familias como de los terapeutas. Estos últimos acusan a los nuevos enfoques de terapia breve de fríos, cognitivistas, robotizados y alejados de las alegrías, tristezas o sufrimientos de las personas con quienes trabajamos. El desacuerdo está servido. En este apartado expondremos una manera de entender las emociones diferente a las dos anteriores. Hablaremos de las emociones como parte de un sistema en el que se incluyen también conductas y significados, y del carácter interpersonal que éstas tienen. Expondremos además algunas ideas prácticas sobre cómo incluir las emociones

en los relatos alternativos (proyecciones al futuro, excepciones) que construimos con nuestros clientes.

3.1.- Emociones, conductas y cogniciones: los materiales de trabajo.

Volvamos a la polémica entre escuelas que más arriba señalábamos. Los más sistémicos consideran que trabajar sobre los sentimientos supone una especie de vuelta al psicoanálisis, a las energías estancadas que hay que movilizar, a la transferencia y contratransferencia. Los más dinámicos entienden que los modelos sistémicos breves son demasiado limitados, renunciar a las emociones es renunciar a una faceta demasiado importante de la personalidad. Ellos consideran las terapias sistémicas breves como intervenciones demasiado superficiales, como algo que, en todo caso, podría servir de apoyo a las terapias individuales.⁶

Nosotros consideramos que las emociones pueden convertirse también en material de trabajo del terapeuta centrado en soluciones, porque las emociones están relacionadas con la motivación que hace que las personas pongan en marcha los cambios. Por todo ello nos parecería una limitación innecesaria renunciar al trabajo con emociones, sólo que necesitamos un marco para entenderlas alejado de los postulados más intrapsíquicos que caracterizan al psicoanálisis. Entre los muchos modelos posibles, a nosotros nos gusta pensar en uno que incorpora tres contenidos sobre los que podemos trabajar en psicoterapia: conductas, cogniciones (pensamientos, puntos de vista, cosmovisiones) y emociones (sentimientos). Nos parece además que podríamos considerar estos tres elementos como las tres unidades de un sistema interdependiente. Es muy fácil pensar, probablemente encaja con la experiencia clínica de todos nosotros, que cambios en puntos de vista de nuestros clientes conllevan modificaciones en su forma de actuar (“no creo que valga la pena estar gritando todo el día, ahora creo que todo es cuestión de tener más mano izquierda, tengo más paciencia con mi hijo y yo creo que obedece más”); y lo contrario, cambios en la conducta conllevan variaciones en cogniciones (“me sorprendió que el aceptara de buen grado mis demandas, pienso que estaba equivocada y que el me quiere mucho más de lo que es capaz de expresar”). De igual forma podríamos postular relaciones similares entre emociones y conductas (“me siento menos triste y eso ha permitido que regrese a mi trabajo habitual” o “me he estado forzando a estar más activo y lo cierto es que últimamente me encuentro algo más alegre”)⁷.

Las mismas relaciones podemos postular entre emociones y cogniciones y aquí entraríamos de lleno en la teoría del etiquetado social de las emociones de Weiner (1986) quien defiende que las atribuciones tienen su efecto en la conducta a través de las emociones. Todos conocemos la

⁶En nuestra opinión esta diferencia entre terapia individual y terapia familiar es profundamente antisistémica. Olvida principios de la teoría de los sistemas tan básicos como el de totalidad. La familia es un todo interrelacionado, el cambio en uno de sus miembros afectará a los otros, independientemente del número de personas que acudan a las sesiones.

⁷En los ejemplos que presentamos respetamos las puntuaciones realizadas por los clientes. En realidad, desde un punto de vista sistémico tenderíamos a entender las relaciones entre emociones, pensamientos y conductas de una manera completamente circular: el sentirse menos triste te permite estar más activo y el estar más activo hace que te sientas menos triste. Los terapeutas sólo elegimos la puntuación que nos permite mayores posibilidades de cambio.

teoría clásica de Schachter y Singer (1962) sobre cómo las personas acudimos al entorno social para etiquetar y entender las reacciones fisiológicas (el componente orgánico de la emoción) que experimentamos. Sus investigaciones demuestran que reacciones fisiológicas inducidas artificialmente son etiquetadas como alegría cuando se coloca a las personas que participan en los experimentos en situaciones joviales, o como tristeza si se les coloca en un grupo que está discutiendo sobre algún suceso triste. Esta teoría ha sido también aplicada al estudio de cuestiones como la “depresión” o la “ansiedad”. Por ejemplo, algunas investigaciones se han centrado en los estilos atribucionales que aparecen relacionados con la depresión (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Ahrens y Haaga, 1993) y otras han tratado de analizar el tipo de atribuciones que se asocian a la ansiedad (Heimberg, Klosko, Dogde, Shadick, Becker y Harlow, 1989). Lo que nosotros comprobamos en clínica es que algunos cambios en sentimientos se asocian a cambios en puntos de vista (“ahora nos queremos más, tal vez porque hemos descubierto que ninguno de los dos tenía realmente mala intención”); y viceversa, cambios en forma de sentir se asocian con cambios cognitivos (“durante la última semana nos hemos sentido más próximos, más enamorados, eso me ha dado que pensar, ¿será que lo que existe entre nosotros dos es más fuerte de lo que yo pensaba?). Nos hemos detenido tanto en esta relación entre puntos de vista y sentimientos porque más adelante la propondremos con uno de los posibles entradas que tiene un terapeuta centrado en soluciones para construir cambios con sus clientes.

3.2.- Las emociones como constructos interpersonales.

La idea que pretendemos transmitir con claridad es que emociones, pensamientos y conductas son tres materiales posibles de trabajo y que los cambios que se generen en uno de estos campos favorecerán la aparición de variaciones en los otros dos. Pero queríamos dar un paso más para insistir en una idea que nos parece bastante coherente con los postulados sistémicos: cualquiera de los tres materiales puede ser entendido como el resultado de una negociación interpersonal o, por decirlo de otra manera, conductas, significados y emociones son en sí mismos constructos relacionales

Lo más característico de la terapia familiar ha sido entender internacionalmente las conductas de las personas que constituyen un sistema. Precisamente uno de los constructos más característicos de la terapia familiar es el de proceso o pautas de conducta que se repiten. La idea de proceso interpersonal nos permite trabajar las relaciones con la esperanza de que los síntomas desaparezcan y las personas alcancen sus objetivos. Pero también podemos entender emociones y cogniciones como el producto de las relaciones interpersonales (Markus y Cross, 1990). Volvemos con ello a la idea del Construcciónismo social que antes exponíamos, hemos hablado de cómo los significados son el resultado de negociaciones que se produce en el marco de la interacción social, por ello no resulta difícil entender las cogniciones (nuestros pensamientos) como fenómenos interpersonales. ¿De qué depende que tengamos un punto de vista u otro? De lo que se acuerde en el grupo de referencia en el que nos desenvolvemos.

De igual manera podríamos entender las emociones como un fenómeno interpersonal:

“Como ejemplos de fenómenos multidimensionales mencionaremos a las emociones, que pueden entenderse como historias de interacción encarnadas en compuestos psicofisiológicos, disparados por interacciones verbales y no verbales de las que somos parte en contextos

asociados aquellos que históricamente generaron esas respuestas ahora consolidadas.” (Pakman, 1994, p. 366).

Efectivamente, aunque estamos acostumbrados a pensar en los sentimientos como fenómenos individuales -nadie puede saber lo que la otra persona siente exactamente- no podemos negar el papel que imprime lo social sobre las emociones.⁸ De hecho muchas de las emociones son “historias de interacción encarnadas en compuestos psicofisiológicos”: amamos a..., sentimos furia contra..., estamos tristes porque X nos ha..., estamos orgullosos de... En definitiva sentimos con, hacia, por o para otras personas.

Resumiendo, tenemos que las emociones se producen en contextos interpersonales y que, incluso, la etiqueta que le otorgamos a lo que es únicamente una reacción psicofisiológica es, en gran medida, el producto de lo que percibimos en esos contextos (Shachter y Singer, 1962). Hemos insistido tanto en la importancia del etiquetado social de las emociones y en su naturaleza interpersonal porque el trabajo que vamos a proponer se centra precisamente en estas dos características. Esta faceta interpersonal de las emociones es la que nos permite trabajar con ellas en terapia sistémica sin necesidad de recurrir a obsoletos modelos intrapsíquicos.

3.3.- “Relatos con sentimiento”.

Como hemos señalado antes, una forma posible de entender lo que ocurre en terapia es que las personas traen “relatos saturados de problemas” que les impiden avanzar y que el terapeuta, a través de la conversación, les ayuda a generar relatos alternativos que favorezcan nuevas salidas a la dificultad. Los relatos se componen fundamentalmente de hechos y de los significados que se atribuyen a éstos, pero también podríamos incluir emociones en estas narraciones.

La escuela de Michael White propone un modelo de dos dimensiones, hechos y significados, de los que podemos hablar en cualquiera de las tres coordenadas temporales: pasado presente y futuro (Smith, 1994). Según ellos los contenidos de las narraciones que construimos en terapia tienen que ver con hechos que sucedieron, están sucediendo o esperamos que sucedan y con los significados que atribuimos a esos hechos o les llegaríamos a atribuir si sucedieran. Este modelo da lugar a muy diferentes preguntas para construir historias: ¿qué puede significar que la semana pasada consiguieras no vomitar? (significados que se atribuyen a hechos del pasado), ¿qué cosas diferentes te va a permitir hacer el haber descubierto que tienes más fuerza de voluntad de la que pensabas? (influencia de significados presentes en conductas futuras). Nosotros pensamos que es posible incluir un tercer contenido en este modelo: las emociones

Veamos un ejemplo de como podríamos utilizar combinadamente los tres componentes de los que venimos hablando. Podríamos preguntar a esa persona que tiene dificultades de relación social:

⁸Precisamente la faceta social de las emociones es la que ayuda a que los terapeutas experimentemos un poquito lo que nuestros clientes pueden estar pasando, lo que nos permite entenderles y transmitirles que lo hacemos (eso que llamamos empatía).

Terapeuta: De manera que te acercaste a una persona que no conocías e iniciaste tú la conversación. Esto es algo nuevo. ¿cómo te lo explicas? ¿que puede significar el que hayas empezado a atreverte más? (significado presente de conducta pasada).

Cliente: No lo sé, no he pensado demasiado sobre eso. Pero tienes razón, yo creo que ya era hora de que me decidiera, me estoy dando cuenta que era algo cobarde, que no pasa nada por arriesgarse un poco, no pasa nada si alguien te da un corte. A lo mejor es que soy algo más valiente de lo que pensaba.

Terapeuta: Eres más valiente de lo que pensabas.

(... se habla de la mayor valentía)

Terapeuta: ¿Qué te va a permitir hacer esa mayor valentía? (implicaciones conductuales en el futuro de un significado presente).

Cliente: Bueno despacio, es solo que me siento algo más valiente pero tengo que ir despacio. Tengo que decidirme a hablar más en mi grupo de amigos, siempre soy el invitado de piedra.

(...se analiza más despacio en qué va a consistir ese hablar más en grupo. Y, a continuación)

Terapeuta: ¿Cómo crees que te vas a sentir cuando comiences a hablar más? (sentimientos asociados a una conducta futura).

Cliente: Más seguro, con más confianza y con más alegría, la gente se va a dar cuenta de que puedo ser simpático y alegre no el “soso” que piensan que soy.

(en el resto de la sesión se continua trabajando sobre el sentimiento de mayor confianza)

Este no es más que un ejemplo de cómo pueden incluirse las emociones en las historias que construimos con nuestros clientes. Hablamos de sentimientos asociados a hechos y significados, y de como varían unos cuando se modifican los otros. Adoptando posiciones narratológicas nos interesa especialmente incluir las emociones en las historias que ayudamos a crear, sobretodo porque, como señalábamos antes, las emociones están relacionadas con la motivación (en inglés “e-motion” y “motion” es movimiento). Incluso parte del efecto facilitador que atribuimos a las preguntas de proyección al futuro (imaginarse un futuro en el que el problema ha quedado resuelto), puede tener que ver con que las personas no sólo son capaces de imaginar qué va a ser diferente, si no que parece que son capaces de experimentar imaginariamente las emociones que van asociadas a esos cambios (Markus y Nurius, 1986; Markus y Ruvolo, 1989).⁹

3.4.- Deconstruir las etiquetas que otorgamos a los estados emocionales

Hemos hablado de cómo nos influye el contexto social a la hora de etiquetar las reacciones fisiológicas que experimentamos. De forma que si un día sentimos un desasosiego extraño y resulta que acabamos de tener un revés profesional tenderemos a pensar que lo que sentimos es preocupación por nuestro trabajo. Otro día cualquiera esa misma sensación podría haber sido interpretada como cansancio o simplemente como el resultado de haber tenido una mala digestión. Hay muchas palabras que podrían servir para describir una misma reacción emocional y a veces las palabras que las personas eligen sirven únicamente para atraparlas aún más. Por ejemplo, podemos describir como tristeza el estado en que nos deja no haber conseguido el

⁹Baste para ejemplificar esta cuestión el recordar como mejora nuestro estado de humor al hablar de dónde vamos a ir de vacaciones o qué vamos a hacer durante ellas, después de una conversación de este tipo tendemos a tener todavía más ganas de salir de la rutina diaria para hacer algo diferente.

ascenso que esperábamos y la tristeza tiende a paralizarnos y a hacer que nos encerremos en nosotros mismos. Pero parte de la emoción que sentimos también puede ser descrita como enfado y éste más fácilmente nos lleva a reaccionar y a tratar de luchar para conseguir aquello que nos merecemos (Smith, 1994). Por tanto, no se trata solamente de que el contexto interpersonal influye en el etiquetado de las emociones; una vez establecida la etiqueta, está va a influir en nuestra forma de relacionarnos con las personas que participan en ese contexto (por ejemplo, una vez que decido que estoy triste, mi tristeza va a influir en los intercambios que tengo con las personas que me rodean).

Los terapeutas nos encargamos de seleccionar, entre las etiquetas que nos dan nuestros clientes, aquellas que les proporcionan salidas. Esto es lo que llamamos deconstruir, seleccionar y apoyar los significados nos dan que pueden ayudar a promover sus cambios, al tiempo que bloqueamos los que les estancan. Por ejemplo, todos hemos tratado de hacer ver a algún cliente inseguro que los nervios no son necesariamente una señal de incompetencia sino la energía que necesitamos para afrontar situaciones nuevas. Es precisamente éste otro de los posibles trabajos factibles en el terreno de los sentimientos, trabajo sobre los significados y etiquetas que se atribuyen a los estados emocionales. Veámoslo sobre un ejemplo, se trata de una persona en tratamiento de alcoholismo que nos consulta por lo que el médico le ha dicho que es una “depresión ansiosa”. Sus objetivos para la terapia eran superar la ansiedad para estar en condiciones de buscar trabajo y abandonar la casa de sus padres.

TERAPEUTA: ¿En qué momentos te has sentido mejor durante la semana pasada?

CLIENTE: Estuve algo mejor, aunque la ansiedad sigue aquí conmigo. Hablé con mis padres y les puse las cosas claras, tuvimos una fuerte discusión.

TERAPEUTA: Me imagino que fue algo desagradable, ¿cómo es que te decidiste a hablar con ellos a pesar de la ansiedad?

CLIENTE: Ya no podía soportar más esta sensación que tengo constantemente de miedo, de angustia, de querer salir de la situación en la que estoy y no sentirme capaz. Les dije todo eso y más, les dije que sus comentarios no me ayudaban nada.

TERAPEUTA: Sí, sí, eso es precisamente lo que me sorprende, ¿cómo hiciste para pasar por encima del miedo y aclararles las cosas a tu familia?

CLIENTE: Es que ya no podía más, no podía más con esa sensación de opresión, de no poder seguir así.

(... durante los siguientes minutos se habla sobre cómo le ayudó el sincerarse con sus padres y se concluye que ha sido una medida efectiva de cara a empezar a buscar su propio camino. En un momento posterior...)

TERAPEUTA: De manera que ya has empezado a hacer algunas cosas que sirven para conseguir tus propósitos. Me pregunto qué papel juega en todo esto la ansiedad, porque ahora dices que es como una sensación de opresión.

CLIENTE: Sí, es como si fuera a estallar o algo por el estilo.

TERAPEUTA: Eso no tiene que ver con el miedo.

CLIENTE: No, es más como un agobio.

TERAPEUTA: La necesidad de hacer algo. No se como llamarlo.

CLIENTE: Agobio.

TERAPEUTA: Sí pero un agobio que no paraliza, al contrario te impulsa a no conformarte, a hacer algo.

CLIENTE: (Riendo) Sí después de todo va a resultar que soy una inconformista.

TERAPEUTA: Claro a lo mejor esa sensación no es más que puro inconformismo.

(Durante el resto de la sesión terapeuta y clientes utilizan la palabra “inconformismo” para referirse a la ansiedad).

El producto final es que lo que era “ansiedad” y “miedo” se ha convertido en “inconformismo”. Si lo conseguido no es más que cambiar una palabra por otra todo el trabajo no serviría para nada. Pero si conseguimos que en adelante la persona interprete su estado emocional como una prueba de que no puede seguir tal y como está y de qué tiene que empezar a hacer algo eficaz para cambiar su situación, la “diferencia que establece una diferencia” está sembrada. Podremos hablar de cómo va a utilizar su inconformismo para mejorar su situación, de en qué cosas van a notar las personas que le rodean ese mayor inconformismo, etc, etc, etc.

CONCLUSION

En este artículo presentamos algunas de las innovaciones técnicas que hemos introducido en nuestro trabajo terapéutico en los últimos años. Defendemos la idea de un “terapeuta facilitador”, como opuesto al “terapeuta consecuidor”, cuya tarea es mantener conversaciones centradas en lo positivo con la finalidad de descubrir y construir recursos que ayuden a las personas a enfrentarse a sus dificultades. Este “terapeuta facilitador” se esfuerza por ajustarse al estilo de sus clientes y rechaza el uso de lenguajes técnicos.

Pensamos que la tarea de construir recursos responde más a una actitud que a una técnica, por lo que el terapeuta no debe rendirse ante aquellos clientes a los que les cuesta más percibir sus avances. Hay diferentes maneras para buscar avances, hay preguntas que nos ayudan a buscar cambios más pequeños y concretos, o preguntas para introducir temas de conversación centrados en lo positivo (uso de escalas, traer excepciones anteriores, hablar de recursos). En algunos casos también podemos trabajar sobre avances hablando de problema, utilizando preguntas que nos ayudan a “girar la queja”, haciendo “preguntas de afrontamiento” o tratando de imaginar soluciones hipotéticas.

Consideramos que las emociones pueden ser entendidas como constructos interaccionales que se generan y etiquetan en el marco de la relación interpersonal. Y, por lo tanto, susceptibles de ser trabajadas en terapia sistémica. Pueden formar parte de las historias de avance que construimos con nuestros clientes e, incluso, pueden convertirse en catalizadores de cambio si las reetiquetamos de manera que ofrezcan salidas diferentes.

BIBLIOGRAFIA

- Abramson, L., Y., Metalsky, G.I. y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Ahrens, A.H. y Haaga, A.F. (1993). The specificity of attributional style and expectations to positive and negative affectivity, depression & anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 83-98.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team*. New York Norton. Trad. cast.: El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona, Gedisa, 1994.
- Anderson H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen, K.J., *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (1995). Avances en terapia breve centrada en las soluciones. En J. Navarro Góngora y M. Beyebach (Eds.), *Avances en terapia familiar sistémica* (pp. 157-194). Barcelona: Paidós.

- Beyebach, M., Arribas, J., Hernández, C., Martín, M.J., Rodríguez, M. y Rodríguez Morejón, A. (1996 octubre). Resultados de la terapia centrada en soluciones. Comunicación presentada en el XVII Congreso Nacional de Terapia Familiar, Las Palmas de Gran Canaria.
- Beyebach, M., Rodríguez Morejón, A., Palenzuela, D.L. y Rodríguez-Arias, J.L. (1996). Research on the process of solution-focused therapy. En S.D. Miller, M.A. Hubble y B.L. Duncan, *Handbook of solution-focused brief therapy*, San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Bonnington, S. B. (1993). Solution-focused brief therapy: Helpful interventions for school counselors. *School Counselor*, 41 (2), 126-128.
- 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. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- de Shazer, S. y Berg, I.K. (1991). Haciendo terapia: Una revisión del Post-estructuralismo. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 17-30.
- Dejong, P. y Hopwood, L.E. (1996). Outcome research on treatment conducted at the Brief Family Therapy Center, 1992-1993. En S.D. Miller, M.A. Hubble y B.L. Duncan, *Handbook of solution-focused brief therapy*, San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass. Trad. cast.: La táctica del cambio. Barcelona: Herder, 1984.
- Fontecilla, G., Ramos, M. y Rodríguez-Arias, J.L. (1993). Evaluación de resultados en terapia familiar. Trabajo presentado en las XIV Jornadas de Terapia Familiar. Santiago de Compostela.
- Furman, B. y Ahola, T. (1992). *Pickpockets on a nudist camp. The systemic revolution in psychotherapy*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Furman, B. y Ahola, T. (1993). *Solution Talk: Hosting Therapeutic Conversations*. New York: Norton.
- Gergen, K. (1996). La construcción social: emergencia y potencial. En M. Pakman (comp.), *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Heimberg, R.G., Klosko, J.S., Dogde, C.S., Shadick, R., Becker, R.E. y Harlow, D.H. (1989). Anxiety disorders, depression and attributional style: A further test of the specificity of depressive attributions. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 21-36.
- Hjerth, M. (1995). *Seminario impartido en el Máster de Formación de Terapeutas Sistémicos*. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Littrell, J. M., Malia, J. A. y Vanderwood, M. (1995). Single-session brief counseling in a high school. *Journal of Counseling and Development*, 73 (4), 451-458.
- Markus, H. y Cross, S. (1990). The interpersonal self. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality. Theory and Research*. New York: Guilford Press.
- Markus H. y Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Markus, H. y Ruvolo, A. (1989). Possible selves: Personalized representations of goals. In L.A. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social Psychology*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Murphy, J. J. (1994). Working with what works: A solution-focused approach to school behavior problems. *School Counselor*, 42 (1), 59-65.
- Murphy, J.J. (1996). Solution-Focused brief therapy in the school. En S.D. Miller, M.A. Hubble y B.L. Duncan, *Handbook of solution-focused brief therapy*, San Francisco, CA: Jossey Bass.
- McNamee, S. y Gergen, K.J. (1996). La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.
- Nunnally E. (1990). Follow-up study of clients seen at the Brief Family Therapy Center, Milwaukee. *Manuscrito no publicado*.
- O'Hanlon, W.H. y Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions*. New York: Norton. Trad. cast.: En busca de soluciones. Barcelona: Paidós, 1990.
- Pakman, M. (1994). Investigación e intervención en grupos familiares: una perspectiva constructivista. En J. Delgado y J. Gutierrez, *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Piqueras, R. y Rodríguez Morejón, A. (en preparación). Técnicas sistémicas para trabajar con parados de larga duración.
- Riikonen, E. (1993). Problem models and interviewing practices in professional helping: From problem language to competence language. *Psychiatria Fennica*, 24, 143-151.
- Riikonen, E. y Vataja (1996, noviembre). *Seminario impartido en el Máster de Formación de Terapeutas Sistémicos*. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Rodríguez Morejón, A. y Beyebach, M. (1994). Terapia Sistémica Breve: Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (241-290). Valencia: Promolibro.

- Rodríguez Morejón, A. y Beyebach, M. (en prensa). ¿Familias poco colaboradoras o terapeutas poco motivadores? Técnicas de entrevista familiar en patología del lenguaje. *Revista de la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiofonología*.
- Schachter, S. y Singer, J.E. (1962). Cognition, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Shotter, J. (1996). El lenguaje y la construcción del sí mismo. En M. Pakman (comp.), *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Sluzki, C. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la practica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Smith, G. (1994). *Seminario impartido en el Máster de Formación de Terapeutas Sistémicos*. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Vaughn, K., Young, B.C., Webster, D.C. y Thomas, M. R. (1996). Solution-focused work in the hospital: A continuum-of-care model for impatient psychiatric treatment. En S.D. Miller, M.A. Hubble y B.L. Duncan, *Handbook of solution-focused brief therapy*, San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory fo motivation and emotion*. New York: Springer.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: interviews and essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. y Epston, E. (1989). *Narrative means to therapeutic ends*. Adelaide: Dulwich Centre Publications. Trad. cast.: Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós, 1993.

AUTORES

A. Rodríguez Morejón Universidad de Málaga. e-mail: aromore@uma.es
Mark Beyebach Universidad Pontificia de Salamanca

RESUMEN

El objetivo de este artículo es discutir sobre algunos de los cambios que en los últimos años se han introducido en la escuela de terapia sistémica breve que conocemos como Terapia Centrada en Soluciones. Revisaremos algunas de las cuestiones epistemológicas básicas que prestan el corpus filosófico a este enfoque, la narratología y el construccionismo social, insistiendo en las implicaciones prácticas que de ellas se derivan. Abordaremos la cuestión de la búsqueda de excepciones en aquellos casos en los que nuestros clientes parecen tener dificultades en percibir los avances que están experimentando. Por último, propondremos una forma de entender las emociones en terapia sistémica y algunas ideas sobre como incluirlas en el trabajo de los terapeutas centrados en soluciones.

ABSTRACT

The goal of this paper is to discuss on some of last changes that have been introduced in Solution-focused Therapy, a brief systemic therapy school. We will revise some of the philosophical issues that have been influencing our way of working in therapy, as narratives approaches or social constructionism, and their practical implications. We will approach the subject of looking for exceptions in those cases in which clients seem to have difficulties in perceiving the advances that they are experiencing. For finishing we will propose a form of understanding the emotions in systemic therapy and some ideas to include the feelings in the work of a solution-focused therapist.

KEY WORDS

FAMILY-THERAPY, BRIEF-PSYCHOTHERAPY, SOLUTIONS-FOCUSED-THERAPY, SOCIAL-CONSTRUCTIONISM, EMOTIONS, PSYCHOTHERAPY-TECHNIQUES.