Capítulo 5

El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones

María Rosario Espinosa Salcido

La terapia es una conversación entre dos personas como mínimo (un terapeuta y un cliente) sobre el modo de alcanzar la meta de este último. De Shazer (1994) especifica que la psicoterapia es fundamentalmente una serie de intercambios lingüísticos. Solo cuando por obra de esta conversación, el cliente empieza a dudar al fin del encuadre inmutable de su situación difícil, podemos considerar que se abre la puerta hacia el cambio y la solución. Esto es lo que constituye, en esencia, la terapia breve.

La terapia breve no significa menos tratamiento sino mayor eficacia. Por terapia eficiente se entiende aquella dirigida a un estado específico, a un objetivo. Si nuestras intervenciones son efectivas, el paciente sabrá, aun antes que nosotros, cuándo ha completado el tratamiento (Cummnings, 1994). Lazarus y Fay (1990) expresan que la buena terapia es precisa y que no requiere métodos prolongados o redundantes; esto no significa que el terapeuta deba tratar superficialmente detalles importantes o sacrificar la escrupulosidad a la brevedad, sino que cada intervención debe producir un efecto.

Quien trabaja con terapia breve trata de comprender el problema de los clientes desde una perspectiva que privilegia la interacción humana, apoyándose en la comunicación sobre la base de que el lenguaje está presente por todas partes y organiza la vida en la familia y en otros contextos; cabe resaltar que la comunicación construye significados.

La aproximación interaccional abandona el punto de vista de la causalidad lineal y deja de lado el problema de la verdad, centrándose en cambio en el significado que los pacientes atribuyen a una persona, a una situación; dicho significado es considerado una construcción estrictamente ligada a un particular modo de usar el lenguaje "aquí y ahora". Se podría decir que estamos más interesados en la versión del acontecimiento que en el acontecimiento

en sí, más interesados en ayudar a los clientes a que codifiquen su percepción de la realidad de un modo diferente, que en cambiar el valor semántico de lo que es percibido, lo cual nos coloca en el nivel de las realidades de segundo orden (Watzlawick, 2000).

Orígenes y desarrollo del modelo

En el marco de los inicios de la terapia breve, podemos identificar dos enfoques principales: el encauzado a problemas y el orientado a soluciones. Ambos enfoques tienen sus antecedentes en el pensamiento constructivista, el trabajo de Milton H. Erickson y los análisis de Gregory Bateson.

Watzlawick y Nardone (2000) consideran que la introducción de las ideas constructivistas en el trabajo clínico ha ejercido influencias, ya que nos obligan a enfrentarnos a nuestras concepciones sobre el cambio, lo cual nos hace confiar aún más en la reestructuración, centrarnos más en "crear una realidad realizable" y comprender la importancia de que algunas convicciones relativas al problema tienen que ver con las personas implicadas. Además, dentro de este sistema los terapeutas han reducido las expectativas acerca de su propia capacidad de comprensión.

La epistemología constructivista (Simon, 1995; Steier, 1989; Glasersfeld, 1996) establece que las familias y las personas forman su propia realidad, es decir, están en un proceso constante de comprenderse a sí mismas y su experiencia. También señala que todo conocimiento o "realidad" es resultado de ese proceso. En la terapia, por lo tanto, no nos ocupamos de la "verdad" sino de la experiencia de nuestros clientes y de sus percepciones de esa experiencia. El modelo de terapia breve asume la idea de que no hay una realidad única, por lo tanto el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal a sus clientes. Su función es preocuparse por solucionar las quejas que presenten y no deberá creer que existe una sola forma correcta y válida de vivir la vida (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

A Milton Erickson se le considera un pionero en diversas áreas de la terapia; sus aportaciones a la hipnosis, a la terapia familiar y a la terapia breve son numerosas. Este autor rechazaba la llamada resistencia de la familia y creía en el enfoque de la utilización (Erickson y Rossi, 1983; Gordon y Meyers-Anderson, 1981), donde los síntomas, las creencias rígidas, la conducta compulsiva, entre otros elementos, son componentes esenciales que deben tomarse en cuenta y ser utilizados como parte de la solución. Por lo tanto, la terapia debía ser ajustada para satisfacer los estilos y la idiosincrasia de cada cliente, ya que las personas con problemas tienen en su propia estructura psíquica y

social la capacidad de solución. Así, el terapeuta deberá utilizar como objetivo terapéutico los recursos y las soluciones de sus pacientes. Zeig (1985) comenta que Erickson evitaba encasillar al individuo en un perfil patológico, porque este limitaba las posibilidades de libertad y salud, pues no hay una forma única de concebir los problemas. Otra intervención terapéutica importante para la terapia breve (principalmente en el enfoque de soluciones) es la "seudoorientación temporal" (Erickson, 1954). Erickson ponía en trance al paciente y luego lo ayudaba a crear una distorsión del sentido del tiempo; el propósito último en todo el proceso era que el paciente se pusiera en contacto con sus recursos y los pusiera en juego para la solución del problema. Además incorporaba el humor, la sorpresa y el uso de cuentos y metáforas.

Si bien la terapia ericksoniana no siempre era breve, sí apoyaba la idea de que era innecesario, en ocasiones, proponer un proceso terapéutico largo, ya que "si la enfermedad puede surgir de repente, la terapia puede darse igual de pronto" (Rossi *et al.*, 1983: 71).

Son muchas las innovaciones que Erickson aportó al campo de la terapia; invitamos al lector a dirigirse a la sección correspondiente de este libro para profundizar en su trabajo.

Los estudios de Gregory Bateson apuntalaron muchos de los supuestos de la terapia breve y del cambio. Este investigador establece que existe una relación recursiva entre el significado y la acción; un cambio de visión respecto al problema puede conducir a un cambio en la conducta del paciente.

Bateson empezó a interesarse por la psicología clínica y la psiquiatría alrededor de la década de 1950, como lo demuestran los objetivos que plantea en uno de sus primeros trabajos:

- Explicar los principios epistemológicos subyacentes en el trabajo clínico de los psicoterapeutas.
- Crear las condiciones descriptivas y operativas para una aproximación interaccional en psicoterapia como parte de una comprensión más global de los fenómenos humanos en términos de fenómenos comunicativos.
- Valorar la validez práctica de la teoría de los tipos lógicos para comprender algunos de los modos con que construimos la realidad en las relaciones interpersonales (Ruesch y Bateson, 1951).

En estas ideas se detecta la influencia del pensamiento cibernético, que destaca la circularidad en los procesos interactivos.

Posteriormente, este autor dejó de interesarse en la investigación empírica y se dedicó a la formulación de una teoría de la mente (Bateson, 1979), en la cual sus análisis sobre el observador dieron un giro decisivo en la práctica clínica, ya que el terapeuta se desplaza de provocar comportamientos previstos por sus propias convicciones hacia intervenciones para crear las condiciones en las que se pueda inducir un comportamiento alternativo. Estas visiones, que colocan a Bateson como padre de la terapia sistémica (Watzlawick y Nardone, 2000), influyeron de manera más específica en los creadores de la terapia breve, pues los indujeron a crear las habilidades para acercarse gradualmente, por medio de pasos adecuados en la conversación, a las idiosincrasias del otro, entendidas como "estructura determinante" que le hace preferir, de forma autorregulada, algunas sugerencias en lugar de otras.

Las ideas de este antropólogo fueron retomadas en el campo de la psicoterapia y siguen siendo fuente invaluable de conocimiento.

Terapia breve enfocada a los problemas: representantes y principales postulados

El modelo de terapia breve centrado en el problema fue elaborado por John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California.

Es conveniente ubicar el contexto particular que dio origen al modelo. Jackson fundó el MRI en 1959; el grupo estaba formado originalmente por Jules Riskin y Virginia Satir. Posteriormente se les unieron Haley, Weakland y Watzlawick. Gregory Bateson fungía como investigador asociado y como profesor. Los intereses del grupo en ese tiempo se relacionaban con la interacción, los sistemas humanos, la cibernética (Jackson, 1986) y la comunicación en familias con un miembro esquizofrénico, donde se incorpora el aspecto emocional de la comunicación, como producto de una amplia variedad de conductas y comunicación humanas (Wittezaele y García, 1994).

Esta teoría afirma que toda comunicación implica la utilización de clases y categorías. Su interés se centra en la aparición de síntomas de clasificación en la comunicación, que generan una paradoja. Se pone gran énfasis en la manera en que se transmiten dos o más mensajes o metamensajes y a su relación recíproca, así como a la clasificación de estos para la producción de paradojas basadas en los tipos lógicos de Russell (Whitehead y Russell, 1910). La teoría del doble vínculo se concretó gracias a las aportaciones y deducciones de Bateson, formuladas a partir de las características de la comunicación del paciente esquizofrénico, quien presenta en su discurso una confusión de

mensaje y metamensaje (Bateson *et al.*, 1956). Las conclusiones del proyecto sobre el doble vínculo son las siguientes:

- Es una clase de secuencia que aparece cuando se dan pautas contradictorias en la comunicación.
- Es una condición necesaria para el surgimiento de la esquizofrenia, pero no es suficiente para explicar su etiología y, a la inversa, es un producto inevitable de la comunicación esquizofrénica.
- El estudio y tratamiento de los individuos y de la familia deberán enfatizar la comunicación observable, la conducta y los contextos que los relacionan, en lugar de solo observar los estados afectivos y perceptivos de los individuos.
- La dinámica en que se presenta el doble vínculo no es la de un victimario y de una víctima, sino que se trata de personas atrapadas en un sistema en marcha que produce pugna en cuanto a las relaciones y una consiguiente angustia subjetiva (Bateson, 1979).
- Los elementos que tendrían que estar presentes para relaciones de doble vínculo o paradójicas serían: que exista una relación cercana entre al menos dos miembros de la familia, que las experiencias sean recurrentes, un mandato o mensaje y luego otro que lo contradice y, finalmente, la imposibilidad de escapar de la situación (Watzlawick *et al.*, 1985).

En 1967, se constituyó el proyecto de terapias breves, bajo la iniciativa y dirección de Richard Fisch. Sus asociados fundadores fueron Arthur Bodin, Paul Watzlawick y John Weakland. El proyecto se inició con tres objetivos: solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presentaran las familias, transformar la terapia de un arte en un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros, y estudiar los cambios de los sistemas familiares.

Sistema conceptual del modelo

El modelo es un sistema de creencias, opiniones o mitos. No pretende presentar "la realidad" o "la verdad", sino una idea de eficacia, es decir, su importancia se mide pragmáticamente por sus consecuencias.

No busca causas históricas. Considera que toda conducta normal o problemática, sea cual fuere su relación con el pasado o con los factores de la personalidad individual, está configurada y conservada (o cambiada) de manera continua por los esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo que presenta tal conducta. Por lo tanto, el mantenimiento de

un problema se debe a conductas actuales y para eliminarlas o transformarlas se deben alterar los patrones de interacción familiar, es decir, pone el acento descriptivo en los circuitos interactivos que mantiene el comportamiento problemático.

Se interesa activamente por la definición precisa de intervenciones que tienen como objetivo bloquear o interrumpir los circuitos considerados externos al terapeuta-observador.

No busca patología, dado que las cosas que pasan son un fenómeno social, no individual (no dentro sino entre personas).

No es normativa. No se plantea un "deber ser"; cada persona lo establece. No hay estándares de normalidad o funcionalidad, por lo tanto la meta es el objetivo de cambio del paciente.

No es una terapia de crecimiento, ya que no intenta que el paciente se conozca más o clarificar la *verdad*. En todo caso, lo que el modelo intenta es *redefinirla*. En terapia, cuando se redefine, se demuestra que hay otras maneras, se dan otras opciones de ver la *realidad*.

No se maneja la noción de que el paciente tenga una ganancia secundaria por el síntoma. La ganancia no se ve como tal o como causa u obstáculo.

Se acepta todo lo que el paciente ofrece, por ejemplo: la resistencia se ve como miedo natural al cambio. Se aprovecha de manera positiva, siguiendo a Erickson, todo lo que el paciente tiene o hace.

Se considera que los problemas se dan por un mal manejo de las dificultades cotidianas o por una mala adaptación a transiciones en el ciclo de vida. Una dificultad mal manejada es un intento de solución.

Se trabaja con un solo problema por tratamiento, y por lógica se esperan aspectos colaterales en las habilidades de solución de problemas. Se buscan pequeños cambios sobre la base de que estos forman parte de un ecosistema y, en consecuencia, producirán otros cambios.

Esta terapia tiene límites de tiempo, unas 10 sesiones por problema.

Las ventajas de este modelo son: sencillez, concreción y reducción al máximo de presupuestos e inferencias.

Concepción de la familia

Se ve a la familia como un sistema evolutivo que pasa por crisis o dificultades y cuyo mal manejo dará origen a problemas o síntomas particulares. La persistencia en una actitud inadecuada frente a las dificultades no implica necesariamente la existencia de defectos fundamentales en la organización familiar o un déficit mental en los protagonistas. La gente persiste por inadvertencia

en actividades que mantienen vivos los problemas y a menudo lo hacen con la mejor de las intenciones.

En la terapia breve enfocada a problemas, el paciente real es quien reporta el problema, es decir, se analiza quien está motivado para cambiar, ya que a mayor motivación mayor probabilidad de éxito. Se puede ver a la familia completa, con fines de esclarecimiento, pero no necesariamente se trabaja con todos sus miembros.

A este respecto el modelo hace una distinción entre "paciente" (el o los que presentan algún síntoma) y "cliente" (el o los miembros del sistema que están más preocupados y dispuestos a hacer algo). Por eso recomienda estar alerta a los llamados "falsos clientes", por ejemplo: cuando la persona hace cita para un tercero, sobre todo si este es mayor de edad; o cuando el llamado paciente identificado hace la cita pero menciona que fue obligado. En un momento dado un paciente puede convertirse en cliente, si se logra establecer con él un contrato terapéutico.

Cómo se concibe el problema

Se hace una distinción entre *dificultades* y *problemas*. Las *dificultades* serían un estado de cosas indeseable que puede resolverse mediante algún acto de sentido común (cambio de tipo 1) para el cual no se necesita o precisa una capacidad especial para resolver problemas, o bien se refieren a una situación de la vida indeseable pero común, para la que no existe solución conocida y la cual hay que saber sencillamente conllevar, al menos por un tiempo. En cuanto a los problemas, ya se hablará de callejones sin salida, de crisis y de situaciones al parecer insolubles, creadas y mantenidas al enfocar mal las dificultades.

En el libro *Cambio* (Watzlawick *et al.*, 1985) se habla de tres maneras de enfocar mal las dificultades, o de los requisitos para que una dificultad se haga problema:

- Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad; es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.
- Intentar un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente, es decir, se emprende una acción cuando no se debería emprender.
- Cometer un error de tipificación lógica, se intenta un cambio 1 cuando se requiere un cambio de tipo 2, o viceversa, ejemplo: se da un cambio de actitud en vez de determinado cambio de conducta. En este caso la acción es emprendida a un nivel equivocado.

Abundando sobre los modos equivocados de enfocar el cambio, los autores aducen que se opta en ocasiones por la "política del avestruz", que niega la existencia del problema, o que acepta que es, cuando mucho, un *problemita sin importancia* y quien diga lo contrario "está loco o actúa de mala fe". Se unen la negación de los problemas y el ataque a aquellos que los señalan o intentan enfrentarlos. Otras ideas son las relacionadas con la búsqueda de utopías, donde existe un extremismo en la solución de problemas humanos como resultado de la creencia de que uno ha encontrado (o puede encontrar) la solución única o absoluta. Es decir, se trata la dificultad como un problema cuando se tienen pensamientos utópicos y se exagera. Se ve una solución donde no hay ninguna.

Por último estarían las situaciones paradójicas. Uno de los estudiosos del tema fue Bateson, quien postuló la teoría del doble vínculo, ya mencionada en los párrafos anteriores. En las relaciones humanas se dan con frecuencia este tipo de comunicaciones, en las que pedimos u obligamos a alguien a que haga algo porque *quiere* hacerlo, es decir, se coloca a esa persona en la situación imposible de ser espontánea. En otras palabras, se postula que la obediencia a una orden emanada del exterior es un comportamiento inaceptable, ya que dicho comportamiento ha de estar libremente motivado desde el interior.

Las paradojas se dan en el plano individual cuando se intenta provocar algo que es de por sí natural (por ejemplo, forzarse a dormir), y en el contexto social más amplio tenemos el ejemplo de las dictaduras que no solo reclaman la obediencia a las leyes, sino que desean cambiar los pensamientos, sentimientos y valores de aquellos a quienes van dirigidas; aquí no basta con su sometimiento, sino que además tienen que quererlas.

Métodos de intervención

El modelo plantea dos grandes categorías de intervenciones: las generales y las principales, que revisaremos a continuación.

Las *intervenciones generales*, que se pueden utilizar en cualquier momento de la terapia, son: decir a la persona o a la familia que no debe apresurarse, cuestionar los peligros de una mejoría, hacer un cambio de dirección y discutir sobre cómo empeorar el problema.

Las *intervenciones principales*, que son indicadas cuando se tienen datos suficientes en el contexto de los cinco tipos de soluciones intentadas: forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente, dominar un acontecimiento temido aplazándolo, llegar a acuerdos mediante coacción, conseguir sumisión a través de la libre aceptación y confirmar las sospechas del acusador mediante

la autodefensa (Fisch *et al.*, 1982). Bajo este *hilo rector*, se diseñan las intervenciones tomando siempre en cuenta el lenguaje, las motivaciones y la visión del mundo de nuestros clientes.

Las *técnicas de intervención específicas* comprenden la redefinición, las tareas, las prescripciones paradójicas y el uso de cuentos y metáforas.

El papel del terapeuta en este modelo es directivo, estratégico y presta mucha atención a los procesos y acciones que le permiten conservar la capacidad de maniobra en la terapia. En otras palabras, el terapeuta debe guiar la sesión, dirigir las preguntas y proponer nuevas tareas, de manera que el paciente pueda aprender nuevos significados y comportamientos alternativos.

Terapia breve enfocada a las soluciones: representantes y principales postulados

Este modelo se centra en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o problemas, por lo que supone un enfoque innovador y bastante radical respecto a otros planteamientos psicoterapéuticos. Se distinguen dos autores: Steve de Shazer y William O'Hanlon, con métodos particulares pero que comparten el interés por explorar y destacar las soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones.

El enfoque sigue también las líneas de pensamiento de la terapia breve y aparece como un modelo diferente en la década de 1980 en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee, en Estados Unidos. El grupo estaba encabezado por De Shazer y entre sus colaboradores más destacados se encuentran: Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kim Berg. Se incorporan un poco después: Wally Gingerich, John Walcer y Michele Weiner-Davis. La revisión de los antecedentes teóricos los conduce a plantear una perspectiva apoyada en una epistemología sistémica (De Shazer, 1989), que incluía al terapeuta principal, al equipo y a la familia como un todo y parte de un sistema, o subsistemas, es decir, que se comportan como una totalidad. En palabras de Bateson: "El sistema o ecosistema es circular, los efectos de sucesos que acontecen en un punto del circuito pueden transmitirse a todo él y producir cambios en el punto de origen" (Bateson, 1979: 104).

Estas consideraciones los llevan a formular una teoría binocular del cambio que considera tanto los isomorfismos entre la conducta de la familia y el equipo terapéutico como la distinción del estilo de cooperación (cooperancia) de la familia. Se alejan así de los principios que sustentaban y apoyaban el concepto de *resistencia* (De Shazer, 1984). Bill O'Hanlon y Michele Weiner-Davis (1990) apoyan estos aspectos básicos y contribuyen aportando, en su

propio método, la co-creación de problemas solubles. Esto supone introducir en el proceso terapéutico el principio de incertidumbre en la definición del problema, para lo cual se apoyan en el uso de preguntas que generen información acerca de los aspectos fuertes, las capacidades y los recursos. Se resalta también el lenguaje (como una conversación para el cambio), ya que ofrece la posibilidad de reificar y solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad, aunque también se puede usar como un instrumento para cuestionar certezas inútiles, utilizando las presuposiciones para introducir en la sesión de terapia ideas o expectativas de cambio.

Se recomienda, siguiendo a Erickson, adaptarse al lenguaje del cliente no solo para propiciar un acercamiento empático y cooperativo entre él y el terapeuta, sino también para hacerlo sentirse comprendido. Esto se puede lograr utilizando sus propias palabras o frases favoritas (en un primer momento, antes de encauzar los significados de tales palabras hacia una dirección positiva), o a través de metáforas. Por último, vale la pena destacar que cuando se trabaja hacia el futuro, orientado a las metas en la terapia enfocada a soluciones, un paso fundamental es el establecimiento de objetivos alcanzables y lo bastante concretos para identificarlos cuando se hayan alcanzado. Este modelo recae en la cibernética de segundo orden, ya que el paciente es quien determina los objetivos a seguir en la terapia; en otros encuadres terapéuticos, el terapeuta es el experto y él sabe lo que el paciente necesita y por qué viene a verlo.

Sistema conceptual del modelo

La resistencia no es un concepto útil. Las excepciones constituyen una alternativa mucho más útil.

No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo. Los problemas no se presentan todo el tiempo, hay excepciones temporales y circunstanciales. Las soluciones son más importantes que los problemas, por lo tanto hay que centrarse en los aspectos de la situación particular relacionados con la solución.

Los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para resolver sus quejas y cambiar. Las terapias que enfatizan las fuerzas y recursos de las familias y pacientes para resolver sus problemas dan mejores resultados que otras terapias.

La cooperación es inevitable: cualquier cosa que el cliente traiga a la terapia se puede utilizar como elemento de cooperación. No solo las conductas negativas pueden ser connotadas o reformuladas como intentos de solución, sino también, y sobre todo, las excepciones. El cambio es constante e inevita-

ble. Como dicen los budistas: el cambio es un proceso continuo y la estabilidad una ilusión. Todo cambio llegará de manera inevitable como una excepción.

Solo se necesita un pequeño cambio. Las partes de un sistema familiar, o un conjunto de problemas individuales, están interconectados, de modo que un pequeño cambio en un elemento clave del sistema produce efectos en otras partes del sistema.

Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento. Es importante que el terapeuta induzca a los pacientes a describir cómo serán las cosas cuando resuelvan el problema actual, y a que describan este como si se vieran en una cinta de video.

No se considera que el paciente tenga una "postura" (a diferencia de la terapia breve enfocada a problemas); por lo tanto no se intenta determinar una posición *a priori* que tal vez tenga el cliente respecto a su problema.

El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos. Este tipo de intervención conduce a que los clientes obtengan una nueva visión más productiva y optimista de su situación, casi siempre desde la primera sesión, lo que acelera la presentación de cambios significativos y hace que estos sean duraderos. La duración media de la terapia es variable, pero regularmente es inferior a 10 sesiones. La realidad se define por el observador, y el terapeuta participa en la construcción del sistema terapéutico. Existen muchas maneras de enfocar una situación, pero ninguna es más "correcta" que otra, no hay una explicación última de la realidad.

Concepción de la familia

Ya se trate de una persona o de una familia, se les considera *clientes*, lo que refleja una visión de los mismos más respetuosa. Al igual que en el enfoque de problemas, se ve en terapia a quien esté realmente motivado para acudir y realizar cambios, o a quienquiera que se sienta preocupado (que suele ser la persona que ha pedido la consulta, aunque también puede ser que la pida en nombre de varias). Se puede empezar con una persona y el proceso mismo lleva, en ocasiones, a incluir a otros miembros o a la familia completa; también ocurre lo contrario: se puede empezar con una familia entera y luego descomponerla en grupos más pequeños.

Cómo se concibe el problema

Se establece que los problemas que la gente lleva a terapia no son "cosas" sino patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. La visión interaccional de la conducta humana supone que es posible desarrollar

nuevos patrones si los esfuerzos terapéuticos se enfocan en los procesos que constituyen excepciones a la norma problemática.

Presentación de un caso clínico

Retomando fragmentos de algunas sesiones de dos casos, se ilustrarán con viñetas algunas de las intervenciones enfocadas a soluciones. Caso 1. R., joven de 27 años, profesional exitoso que expresa desconcierto ante los sentimientos de tristeza y desinterés laboral que presenta a raíz del abandono de su pareja, tres meses atrás. En la primera parte de la sesión explica su problema, los síntomas y los relaciona con el rompimiento; se culpa porque cree que fue poco considerado, demasiado objetivo y tal vez insensible.

> Terapeuta: Si esta terapia resultara útil para usted, qué cosas estará haciendo o pensando sobre su vida.
>
> Cliente: No lo sé, esto es algo que nunca me había pasado, pero creo que podría ser como antes o mejor.
>
> T: Eso es interesante, ¿cómo era antes de que esto pasara?
>
> C: Alegre, entusiasta; me regía por la razón —"esto es así"— y eso me funcionaba muy bien; en mi trabajo tengo un puesto muy importante, manejo buenos programas, aunque ahora no me llama la atención. Incluso pedí un permiso de un mes, pero no tengo problemas de dinero, tengo casa, en general estoy bien.
>
> T: Se ve usted joven, ¿cómo ha logrado tanto en tan poco tiempo después de terminar la carrera?
>
> C: He sido trabajador, analizo y propongo cosas, no me importaba el tiempo, yo le echaba ganas. He sido muy entusiasta, y sí…, tal vez he logrado más cosas que algunos compañeros de la escuela.

Se dan pasos para buscar una definición conductual de la solución, o a fin de establecer los objetivos del cliente, así como para empezar a evocar recursos.

> T: Me dice que a pesar del problema, usted está manejando bien su situación laboral, pidió un permiso y lo consiguió, en vez de renunciar.

C: Sí, aunque no sé qué voy a hacer con mi vida. Yo antes tenía el control, era objetivo.

En este punto el terapeuta puede hacer preguntas relacionadas con el control y la objetividad, por ejemplo: ¿ante qué situaciones específicas era objetivo? ¿Qué resultados obtenía? ¿Qué aspectos personales y sociales le han sido útiles para mantener el control?

En el siguiente fragmento, el terapeuta sigue buscando excepciones (regla de excepción) y situaciones cuando sí existe el problema (regla del problema).

T: Cuando uno ha manejado con éxito tantas cosas, podría resultar complicado manejar estas otras situaciones, ¿cómo le hace?, ¿en qué momentos tiene el control?

C: Busco distraerme, paseo a mis perros, a veces veo a mis hermanas y a mis sobrinos, hago algunas cosas de mi casa.

T: Platíqueme qué sucede cuando lo hace (qué siente, qué piensa).

C: Me siento un poco mejor, platico, aunque hay momentos en mi casa en que no aguanto y lloro; esto me asusta, nunca pensé que mis sentimientos me pusieran así.

En este punto de la terapia, el terapeuta podría profundizar para identificar los patrones y diseñar una intervención sobre el patrón de la queja: cambiando la frecuencia, el tiempo, la duración, el lugar, añadir un elemento nuevo, cambiar la secuencia de eventos, todo en relación con el síntoma.

En el caso que nos ocupa, se sugirió cambiar el cuándo de la ejecución de la queja y el lugar donde se presenta.

T: Dice que la tristeza y el llanto se presentan más bien cuando está en casa por la tarde, entonces llama a su ex y aunque ella es amable y usted también, después de colgar se pone peor.

C: Sí… no dejo de llorar, es inexplicable.

T: Sí, aparentemente así es. ¿Alguna vez se le ha ocurrido llamarla a otra hora, por ejemplo, en la mañana?

C: Creo que no.

T: Tal vez sería una buena idea, si en estos días desea hablarle, que lo haga a esa hora y se me ocurre, no sé por qué, que lo haga desde su celular en vez de hacerlo desde su casa. Después de todo, usted y ella se llevan bien y ella le reconoce muchas cualidades.

C: Así es, podría probar, por qué no.

Analicemos otra intervención:

T: Son muchas las cosas diferentes que están ocurriendo en usted, en su vida, en su estilo de manejar las cosas. Quisiera pedirle, si esto es una buena idea para usted, que en estos días en que no nos vamos a ver, que observara y pensara en cuáles son las cosas o situaciones que quiere seguir manteniendo.

C: No había pensado en eso, pero voy a hacerlo.

Este tipo de tareas, llamadas de fórmula, se pueden utilizar en cualquier etapa de la terapia; se sugieren en la primera sesión para propiciar en el cliente la identificación de aspectos o situaciones positivas en su vida. Cuando se usan dirigidas al problema pretenden interrumpir la secuencia problemática.

En otras tareas, como las de la sorpresa, se pide a los clientes que hagan algo nuevo y sorpresivo, con el propósito de que lo "novedoso" se convierta en solución exitosa. Solo para ilustrarla se expone la siguiente conversación con una pareja que asistió a consulta por pleitos frecuentes.

Él: Siempre trato de complacerla y nada le parece bien, me reclama.

Ella: Como le decía, doctora, yo lo quiero mucho y sé que también él siente lo mismo, pero ya me cansé de esforzarme y estar explicando.

T: A lo largo de la sesión me han hablado de cómo se han esforzado, primero para lograr un patrimonio y luego para no separarse. Tal vez el problema sea el esfuerzo excesivo. Les voy a pedir, puesto que dicen amarse y querer seguir juntos, que de aquí a la próxima sesión, hagan una o dos cosas novedosas y realmente sorprendentes, el uno para el otro. Algo que

realmente les nazca, pero no tienen que decir qué es, ni esperar nada, así el otro tendrá que adivinar qué cosa novedosa hicieron.

En la siguiente sesión, la pareja reportó que se estaban sintiendo muy bien, que tal vez sí habían hecho cosas diferentes y que notaban que cada uno estaba poniendo de su parte. El terapeuta debe seguir en la línea de los cambios, de lo novedoso, en una conversación que aumente la visión de competencia y evoque múltiples recursos. Un apoyo importante para llegar a este punto, e incluso a lo largo de la terapia, es la utilización de la redefinición.

Retomemos el caso 1. La segunda sesión se inicia con las siguientes preguntas:

T: ¿Cuáles son los cambios que observó en estos días?

C: Me he sentido mejor, ya no lloro y he visitado con mayor frecuencia a mi familia, tal vez vaya a visitar a mi hermana en Sonora. Le he hablado algunas veces a mi ex novia y creo que lo estoy superando, pero aún no me queda claro qué rumbo voy a dar a mi vida.

T: Realmente es interesante todo lo que le ha pasado; me gustaría preguntarle algunos detalles. ¿Qué es lo que decidió hacer en lugar de llorar?

C: (Risas). Simplemente ya no me dan ganas.

T: Platíqueme un poco más de eso.

C: ¿Se acuerda de que después de platicar con mi ex novia, me sentía peor? En primer lugar, solo le hablé dos veces y no hubo esa sensación de tristeza; pensé: "Si yo no soy así", y cuando colgué, salí a comprar comida para los perros. Ya no la he llamado, creo que no tiene caso. Tal vez tengan que pasar otras cosas, pero creo que estoy un poco mejor.

Este tipo de respuestas da pie al terapeuta para seguir profundizando en las excepciones y los estados de ánimo del cliente. Analicemos una secuencia diferente, que refleja otra intervención.

T: Me llama mucho la atención lo que menciona y me gustaría hacerle una pregunta, que tal vez parezca extraña, pero ¿le gustaría que jugáramos un poco con la magia o algo así?

C: (Afirma con la cabeza.)

T: Usted empezó a hacer algunos cambios, pero quiere más, obviamente. Supongamos que hoy en la noche, mientras duerme, ocurre un milagro al respecto. Usted no se daría cuenta ya que estaría dormido mientras el milagro ocurre. Al despertar, mañana, ¿qué cosas serían diferentes? ¿Qué se ve haciendo? ¿Qué estaría pensando?

C: ¿Si ocurriera el milagro? Mmmh, bueno, regresaría a mi trabajo y le tomaría otra vez el gusto, estaría contento, alegre, tendría planes.

T: ¿Cómo habría logrado regresar al trabajo y estar contento haciendo planes?

C: Bueno, acordándome de que me aprecian mucho en el trabajo, que he logrado cosas muy importantes. Incluso me proponen que eche a andar otros programas para apoyar a la sucursal de Monterrey, son cosas interesantes, creo que sí soy optimista, siempre he logrado mejorar mi trabajo. Creo que soy inteligente, que puedo hacer muchas cosas.

Ante este tipo de respuestas del cliente, el terapeuta debe profundizar en cada una de las posibilidades utilizando preguntas, por ejemplo: ¿quiénes lo aprecian en el trabajo? ¿Por qué cree que lo aprecie (su colega, su jefe)? Platíqueme un poco más sobre esas cosas importantes. ¿Qué hace (piensa, siente) cuando dice que es inteligente?

Siempre es importante sondear otras áreas de vida de la persona, antes de cerrar el proceso.

T: ¿Qué otras cosas serían distintas?

C: Tal vez aceptaría la ayuda de mi familia, no me sentiría vulnerable.

T: ¿Qué pensará de usted, en esos momentos?