

Giorgio Nardone
Paul Watzlawick

El arte del cambio

Trastornos fóbicos y obsesivos

Herder

Giorgio Nardone / Paul Watzlawick

El arte del cambio

Trastornos fóbicos y obsesivos

Traducción de
Antoni Martínez-Riu

Herder

www.herdereditorial.com

Título original: L'arte del cambiamento

Traducción: Antoni Martínez-Riu

Diseño de la cubierta: Claudio Bado

Maquetación electrónica: Manuel Rodríguez

© 1990, G.E.F., S.r.l., Florencia

© 1992, Herder Editorial, S. L., Barcelona

© 2012, de la presente edición, Herder Editorial, S. L., Barcelona

ISBN DIGITAL: 978-84-254-3004-6

La reproducción total o parcial de esta obra sin el consentimiento expreso de los titulares del *Copyright* está prohibida al amparo de la legislación vigente.

Herder

www.herdereditorial.com

Lo que al final se estrecha
antes ha de ser extenso.
Lo que se debilita
al principio debe estar fuerte.
Lo que se derriba
antes está en pie.
El que quiera tomar
debe empezar dando.

Lao-tse, *Tao Te King*

Introducción

Capítulo primero. Si quieres ver, aprende a obrar

Capítulo segundo. Las «herejías» del enfoque estratégico de la terapia: características generales de la terapia estratégica

1. Primera herejía
2. Segunda herejía
3. Tercera herejía
4. Cuarta herejía

Capítulo tercero. Breve historia evolutiva del enfoque estratégico

1. Orígenes del enfoque estratégico de la terapia
2. La revolución sistémica en psicoterapia
3. De la terapia familiar a la terapia estratégica

Capítulo cuarto. La praxis clínica en terapia estratégica: proceso y procedimientos

1. Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica
2. Definición del problema
3. Acuerdo sobre los objetivos de la terapia
4. Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema
5. Programación terapéutica y estrategias de cambio
 - 5.1. Acciones y comunicación terapéuticas
 - 5.1.1. Aprender a hablar el lenguaje del paciente
 - 5.1.2. La reestructuración
 - 5.1.3. Evitar las formas lingüísticas negativas
 - 5.1.4. El uso de la paradoja y la comunicación paradójica
 - 5.1.5. Uso de la resistencia
 - 5.1.6. Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico
 - 5.2. Prescripciones de comportamiento
 - 5.2.1. Prescripciones directas
 - 5.2.2. Prescripciones indirectas
 - 5.2.3. Prescripciones paradójicas
6. Conclusión del tratamiento

Capítulo quinto. Dos modelos de tratamiento específico

1. El tratamiento de los trastornos fóbicos
 - 1.1. El problema presentado
 - 1.2. El protocolo del tratamiento
 - 1.3. Eficacia y eficiencia del tratamiento
 - 1.3.1. Muestra
 - 1.3.2. Eficacia
 - 1.3.3. Eficiencia
2. El tratamiento de los trastornos obsesivos
 - 2.1. El problema presentado

- 2.2. El protocolo del tratamiento
- 2.3. Eficacia y eficiencia del tratamiento
 - 2.3.1. Muestra
 - 2.3.2. Eficacia
 - 2.3.3. Eficiencia

Capítulo sexto. Ejemplos de tratamiento no usual

- 1. Caso 1: la terapia sin lugar de terapia
- 2. Caso 2: reestructurar la importancia de ser hermanos
- 3. Caso 3: la utilidad del error; la invención de la «fórmula mágica»
- 4. Caso 4: declarar el secreto turbador

Capítulo séptimo. La investigación evaluadora

- 1. Criterios metodológicos
 - 1.1. El concepto de eficacia de la terapia
 - 1.2. El concepto de eficiencia de la terapia
- 2. Exposición de la investigación
 - 2.1. La muestra
 - 2.2. Resultados
 - 2.3. Reflexiones sobre los resultados

Bibliografía

Índice de autores

Índice analítico

Me complace escribir esta introducción a un libro que considero obra fundamental de aquella disciplina que en la actualidad se denomina terapia estratégica y que es el desarrollo moderno de un planteamiento sistémico y ericksoniano de la psicoterapia. Me complace igualmente haber contribuido a esta importante obra trabajando junto con Giorgio Nardone. Y no me ha complacido menos observar cómo este autor, partiendo de la formación sistémica recibida de colegas míos y de mí mismo, ha sabido desarrollar ideas y definir estrategias a menudo del todo originales, incorporando nuestro modelo sistémico a su trabajo personal.

El libro es un verdadero y auténtico manual para un enfoque estratégico de la psicoterapia, en el sentido de que ofrece una profunda y detallada exposición que se inicia con los presupuestos teóricos y los fundamentos epistemológicos de este modelo, continúa con una presentación sistemática de diversas estrategias que tienen por fin el cambio de las situaciones humanas y concluye con una rigurosa investigación evaluadora de los resultados obtenidos con la aplicación del modelo de terapia expuesto.

Ello significa que esta obra no es un simple recetario constituido por la descripción superficial de formularios dispuestos para uso de terapeutas, sino una compleja exposición tanto teórica como práctica de este nuevo enfoque de la solución de los problemas humanos.

En concreto, el volumen se abre con mi ensayo introductorio al desarrollo moderno de la psicoterapia, al que sigue la definición de las características teóricas y prácticas que diferencian el planteamiento estratégico de las demás formas de psicoterapia. Ello se logra mediante la exposición de las cuatro prerrogativas conceptuales fundamentales típicas de este modelo (las llamadas cuatro «herejías», porque no concuerdan con las presuntas «verdades» tradicionales de la psicoterapia): su base teórica sistémico-constructivista, su referencia a una teoría específica de la persistencia y del cambio y la consiguiente conceptualización referente a la formación y solución de los problemas humanos.

El tercer capítulo presenta una panorámica históricoevolutiva que evidencia la matriz ericksoniana y sistémica de la terapia estratégica. Se delinearán también aquí algunas

diferenciaciones conceptuales presentes en la actualidad en las formulaciones efectuadas por los principales autores estratégicos.

El más amplio de los capítulos, el cuarto, está dedicado a la exposición del «proceso» terapéutico usual desde el inicio hasta el final de la terapia, y a la explicitación de los «procedimientos» principales (estrategias) utilizados para desbloquear y resolver los problemas humanos. Esta explicitación no se limita a la simple descripción del proceso y de las estrategias de la terapia, sino que hace frente también a la demostración de su eficacia para el cambio del comportamiento y de las concepciones de las personas, y se remite asimismo a investigaciones, experimentos y ejemplos propios también de ámbitos científicos así como de otros contextos distintos de la psicoterapia.

En el capítulo siguiente se presentan dos protocolos, originales e innovadores, de tratamiento específico, uno relativo a las formas graves de los trastornos fóbicos, el otro relativo a los trastornos de tipo obsesivo. Los dos tipos de tratamiento son expuestos de un modo sistemático mediante el análisis puntual de la terapia subdividida en cuatro estadios con objetivos específicos por alcanzar y estrategias específicas ordenadas a la obtención de estos resultados. Ambos protocolos han demostrado en su aplicación una notable eficacia y una sorprendente eficiencia. Por ello representan dos ejemplos de cómo la terapia puede ser un rápido y bien programado viaje del que se procura prever, además del comienzo, los diferentes pasos sucesivos, el punto de llegada y la duración del viaje. Justamente lo contrario de lo que sucede en la concepción tradicional de la psicoterapia entendida como un viaje al vacío del que se conoce sólo el punto de partida, sin que sea posible prever ni las etapas del recorrido ni el punto de llegada, y mucho menos la duración del viaje.

Tras la exposición de estos dos modelos de tratamiento específico, compuesto por una secuencia programada de acciones prefijadas, que pone de relieve el carácter sistemático y la corrección metodológica del trabajo, se presentan, en el capítulo sexto, cuatro casos de tratamiento inusuales y simpáticos. Son ejemplos que muestran cómo, en el intento de hallar la solución focal de diversas situaciones problemáticas humanas, resulta indispensable, por parte del terapeuta, una síntesis personal entre la técnica sistemática, la inventiva y la elasticidad mental.

Porque, a veces, el terapeuta debe, en orden a encontrar nuevas soluciones eficaces a un problema, romper con sus esquemas conceptuales y el propio sistema perceptivo y reactivo con relación al paciente, dejando de lado rápidamente las soluciones ineficaces

que se habían intentado hasta aquel momento.

La exposición relativa a los aspectos prácticos del modelo, con miras a hacer evidente la diferencia sustancial entre el comportamiento del terapeuta que se remite a esta concepción y el que es propio de la figura tradicional del psicoterapeuta, sigue una analogía entre el enfoque estratégico de la terapia y el juego de ajedrez. Por ello, como sucede en un manual de ajedrez, primero se describen las reglas del juego y el procedimiento usual de la apertura. Luego se describe una serie de movimientos eficaces y de estrategias disponibles, a los que sigue la exposición de dos clases de jaque mate realizable en unas pocas jugadas para partidas específicas. Por último, se proponen algunas partidas inusuales que demuestran cómo en la interacción de movimientos y jugadas en contra el juego llega a hacerse extraordinariamente complejo y dotado de una gama inestimable de posibles tácticas de juego. Pero gracias a esta analogía, se pone una vez más en evidencia que la terapia, al contrario del juego de ajedrez, es un juego cuya suma final no es cero, en el que no existe un vencedor y un vencido, sino que en él la partida acaba o con la victoria de ambos jugadores, terapeuta y paciente, o con la derrota conjunta de ambos. Esto lleva a pensar que cualquiera que sea el medio que el terapeuta pueda utilizar para ganar la partida, aun en el caso de que parezca deliberadamente manipulador, siempre recibe un valor ético profundo, porque su finalidad se ordena a una rápida y efectiva resolución de los problemas que sufre el paciente. Todo esto ayuda a despejar el campo de las frecuentes acusaciones que se dirigen a los terapeutas estratégicos, por parte de los psicoterapeutas tradicionales, de ser desleales manipuladores de personas.

La obra se cierra con una cosa rara en nuestro sector de trabajo, esto es, con la presentación de una investigación valorativa, sistemática y rigurosa sobre los resultados de la aplicación del modelo de terapia expuesto en una muestra abundante y diferenciada de sujetos por el espacio de dos años. Los datos muestran que este enfoque resulta decididamente eficaz, es decir, capaz de resolver efectivamente los problemas a los que se aplica; así como extremadamente eficiente, a saber, capaz de obtener tales resultados en tiempos muy reducidos respecto de los usuales empleados por los psicoterapeutas.

Considero fundamental la lectura de este libro para todos aquellos profesionales interesados en la psicoterapia basada en conceptos sistémicos y ericksonianos, pero pienso también que esta lectura es ciertamente deseable para todos aquellos que sienten interés por la educación y por la solución de los problemas humanos, porque, aun cuando

se trata de una obra especializada, el libro es de lectura agradable y accesible, y las estrategias que en él se describen resultan aplicables no sólo a la psicoterapia, sino también a otros contextos interpersonales más usuales y no clínicos.

Palo Alto, 1989 Paul Watzlawick

Si quieres ver, aprende a obrar

El título de este capítulo ha sido tomado de un ensayo del famoso cibernético Heinz von Foerster, quien lo considera su imperativo estético. Aunque postulado en un contexto diferente (Foerster 1973), expresa no obstante lo que considero que es un aspecto importante de la evolución de la terapia (la omisión del prefijo «psico» antepuesto a la palabra «terapia» no es un descuido, como pienso explicar a lo largo de mi exposición).

No sé cómo puede haber surgido la idea exactamente contraria al imperativo de Von Foerster —esto es, la idea de que para *obrar* de un modo diferente sea necesario antes aprender a *ver* el mundo de un modo diferente— y haya tomado luego un valor dogmático en nuestro campo. Por muy diferentes y hasta contradictorias entre sí como puedan ser las escuelas clásicas y las filosofías de la psicoterapia, una de las convicciones que comparten resueltamente es que el conocimiento del origen y del desarrollo de un problema en el pasado es la condición previa para su solución en el presente. Sin duda alguna, una de las motivaciones irresistibles para esta manera de ver reside en el hecho de que se halla impresa en el modelo del pensamiento y de la investigación científica *lineal*, un modelo al que cabe atribuir el vertiginoso progreso de la ciencia en los últimos trescientos años.

Hasta mediados del siglo xx, eran relativamente pocos quienes ponían en duda la presunta validez definitiva de una concepción científica del mundo basada en la causalidad estrictamente determinista, lineal.

Freud, por ejemplo, no vio motivo alguno para ponerla en duda. «Al menos en las más antiguas y maduras ciencias, existe incluso hoy día un sólido fundamento que se modifica y mejora, pero que no se destruye» (Freud 1964). Esta afirmación no reviste un mero interés histórico. Vista desde la perspectiva actual, nos hace conscientes del carácter evanescente de los paradigmas científicos, tanto si se ha leído como si no se ha leído a Kuhn (1970).

Podría ingenuamente creerse que bastaría considerar la historia del siglo xx para no tener ninguna duda acerca de las consecuencias terribles producidas por la ilusión de

haber hallado la verdad definitiva y, por tanto, la solución final. Pero la evolución en nuestro campo, normalmente con un retraso de una treintena de años, no ha llegado en modo alguno a comprobar esta misma afirmación. Innumerables horas de discusiones «científicas» y decenas de miles de páginas de libros y publicaciones se han malgastado constantemente para demostrar que, siendo el modo propio de ver la realidad el único justo y verdadero, todo aquel que vea la realidad de otro modo ha de estar necesariamente equivocado.

Un buen ejemplo de este error lo constituye el libro de Edward Glover, *Freud or Jung?* (1956), en el que este eminente autor emplea cerca de doscientas páginas para decir lo que podría ser dicho en una sola frase, esto es, que Jung estaba equivocado porque estaba en desacuerdo con Freud. Esto, cabalmente, es lo que Glover mismo afirma finalmente en la p. 190 de la versión italiana (1978): «Como hemos visto, la tendencia más consistente de la psicología jungiana es la negación de cualquier aspecto importante de la teoría freudiana.» Ciertamente, escribir un libro de este género debería ser considerado una pérdida de tiempo, a menos que el autor y sus lectores estén convencidos de que su punto de vista es el adecuado y que, *por ello*, cualquier otro es erróneo.

Hay algo más que el desarrollo de nuestra profesión no debe hacernos descuidar. El supuesto dogmático de que el descubrimiento de las causas reales del problema actual es una *conditio sine qua non* para cambiar da origen a lo que Karl Popper ha llamado un enunciado que se autoinmuniza, es decir, una hipótesis que se legitima tanto con su cumplimiento como con su fracaso, convirtiéndose por lo mismo en un enunciado no falsable. En términos prácticos, si el mejoramiento de un paciente es el resultado de lo que en la teoría clásica se llama *insight*, entonces ello constituye la prueba de la corrección de la hipótesis que anuncia que es necesario hallar en el inconsciente las causas reprimidas, olvidadas. Si el paciente no mejora, entonces ello es prueba de que la búsqueda de estas causas no se ha dirigido hacia el pasado con suficiente profundidad. La hipótesis vence en cualquier caso.

Una consecuencia correlativa a la convicción de poseer la verdad última es la facilidad con la que quien lo cree puede refutar toda evidencia en contrario. El mecanismo que ello implica es bien conocido por los filósofos de la ciencia, pero no generalmente por los clínicos. Un buen ejemplo lo ofrece la reseña de un libro que trata de la terapia conductista de las fobias: la reseña culmina en la afirmación de que el

autor del libro define las fobias «de un modo aceptable sólo por los teóricos del condicionamiento, pero que no satisface los criterios que exige la definición psiquiátrica de este trastorno. Por consiguiente, sus afirmaciones no pueden aplicarse a las fobias, sino a otras situaciones» (Salzman 1968, p. 476).

La conclusión es inevitable: una fobia que mejora por efecto de la terapia conductista es, *por esta razón*, una no fobia. Se tiene la sensación de que tal vez parece más importante salvar la teoría antes que al paciente, y vuelve a la mente el dicho de Hegel: «Si los hechos no se adecuan a la teoría, tanto peor para ellos» (Hegel era probablemente una mente excesivamente superior para no hacer una afirmación de este género más que en un tono irónico. Pero puedo equivocarme. El marxismo hegeliano, en verdad, la tomó trágicamente en serio).

Por último, no podemos por más tiempo permitirnos permanecer ciegos con relación a otro *error epistemológico*, como lo habría llamado Gregory Bateson. Con demasiada frecuencia descubrimos que las limitaciones inherentes a una hipótesis dada son atribuibles al *fenómeno* que la hipótesis, se supone, debería aclarar. Por ejemplo, en el seno de la estructura de la teoría psicodinámica, la remoción del síntoma debería llevar necesariamente a la sustitución y al agravamiento del síntoma mismo, no porque esta complicación sea de alguna forma inherente a la naturaleza de la *mente* humana, sino porque se impone lógica y necesariamente a partir de las premisas de aquella *teoría*.

En medio de tan complicados pensamientos también podemos imaginar que somos presa de una fantasía desconcertante: si aquel hombrecillo verde de Marte llegase y nos pidiera que le explicásemos nuestras técnicas para provocar cambios en los hombres, y nosotros se las expusiéramos, ¿no se rascaría la cabeza (o su equivalente) por la incredulidad y nos preguntaría por qué se nos han ocurrido teorías tan complicadas, abstrusas y poco concluyentes, en vez de, y ante todo, investigar acerca de cómo sucede el cambio, en el hombre, de un modo natural y espontáneo y a partir de hechos cotidianos? Quisiera por lo menos indicar algunos de los antecesores históricos de aquella idea tan razonable y práctica que Von Foerster ha resumido tan acertadamente con su imperativo estético.

Uno de ellos es Franz Alexander, a quien se debe el importante concepto de *experiencia emocional correctiva*; nos dice (Alexander y French 1946): «Durante el transcurso del tratamiento, no es necesario –ni tampoco posible– evocar todos los sentimientos que han sido reprimidos. Es posible alcanzar resultados terapéuticos sin que

el paciente evoque todos los detalles importantes de su historia pasada; en realidad, ha habido buenos resultados terapéuticos incluso en casos en que no ha sido liberado a la superficie ni un solo recuerdo olvidado. Ferenczi y Rank fueron de los primeros en reconocer este principio y aplicarlo en terapia. No obstante, la antigua convicción de que el paciente *sufre con los recuerdos* ha incidido y penetrado tan profundamente en la mente de los analistas que incluso hoy día les es difícil a muchos reconocer que el paciente está sufriendo no tanto por los propios recuerdos como por su incapacidad de hacer frente a los problemas reales del momento. Los acontecimientos del pasado han preparado, claro está, el camino a las dificultades del presente, pero toda reacción de la persona depende, en definitiva, de los modelos de conducta asumidos en el pasado.»

Algo más adelante el autor afirma que «esta nueva experiencia correctiva pueden proporcionarla la relación de transferencia, las nuevas experiencias vitales o ambas causas a la vez» (Alexander y French 1946, p. 22). Aunque Alexander atribuye una importancia mucho mayor a las experiencias del paciente en las situaciones de transferencia (porque éstas no son acontecimientos casuales, sino inducidos por el rechazo del analista a dejarse imponer un rol parental), es no obstante consciente de que es propiamente el mundo externo el que suministra aquellos acontecimientos casuales que pueden provocar un cambio profundo y duradero. De hecho, en su *Psychoanalysis and psychotherapy* (Alexander 1956, p. 92), afirma específicamente que «estas intensas y reveladoras experiencias emocionales nos dan la clave para la comprensión de los resultados terapéuticos enigmáticos obtenidos en un tiempo considerablemente más breve de lo que es usual en psicoanálisis».

En relación con esto, Alexander (Alexander y French 1946, p. 68-70) hace referencia al famoso relato de Victor Hugo sobre Jean Valjean, en *Los miserables*. Valjean, un criminal violento, tras su liberación después de una larga permanencia en la cárcel que lo había vuelto todavía más brutal, es sorprendido robando los objetos de plata de la diócesis. Es conducido ante el obispo quien, en vez de tratarlo como a un ladrón, le pregunta con mucha amabilidad por qué ha olvidado dos candeleros de plata que formaban parte del regalo que él le había hecho. Esta amabilidad cambia totalmente el modo de ver de Valjean. Todavía bajo el efecto de la turbación causada por la «reestructuración» de la situación operada por el obispo, Valjean encuentra a un muchacho, Gervais, que, jugando con sus monedas, pierde una pieza de cuarenta sous. Valjean pone el pie sobre la moneda impidiendo que Gervais la recupere. El muchacho

llora, le pide desesperadamente que le devuelva su moneda y, al final, se va. Sólo entonces, a la luz de la generosidad del obispo, Valjean se da cuenta de cuán horrorosamente cruel es su comportamiento que sólo una hora antes le habría parecido de lo más normal. Corre tras de Gervais, pero no llega a encontrarlo.

Victor Hugo explica: «Tuvo la vaga impresión de que la comprensión del obispo era el asalto más formidable que jamás hubiera sufrido; que su dureza habría perdurado si hubiese resistido a su clemencia; que si él hubiese cedido, habría debido renunciar al odio con el que las acciones de los demás habían llenado su alma durante tantos años y que tanto le gustaba; que esta vez debía vencer o quedar vencido y que una lucha, enorme y definitiva, había comenzado entre su maldad y la bondad de aquel hombre. Pero una cosa que antes ni sospechaba era cierta: que él no era ya el mismo hombre; todo había cambiado para él, y ya no estaba en su mano poder desembarazarse del hecho de que el obispo le había hablado y le había cogido la mano.»

Debemos tener presente que *Los miserables* es una obra escrita en 1862, medio siglo antes de la aparición de la teoría psicoanalítica, y que sería algo ridículo afirmar que el obispo podría ser un simple analista precursor. Más bien, lo que Victor Hugo muestra es la perenne experiencia humana del cambio profundo que emerge de la acción inesperada e imprevisible de alguien.

No sé si otro eminente psiquiatra y estudioso, Michael Balint, ha asumido explícitamente en su trabajo el concepto de Alexander sobre la experiencia emocional correctiva. No obstante, en su libro *The basic fault* (1968, p. 128-129), menciona el clásico «incidente» de la voltereta, que sirve de excelente ilustración de esta experiencia. Estaba él trabajando con una paciente, «una muchacha atractiva, vivaz, más bien coqueta, de unos treinta años, cuya principal inquietud era su incapacidad de llegar a un objetivo». Ello se debía, en parte, a un «temor e inseguridad paralizantes que le asaltaban cuando se hallaba en trance de exponerse a algún riesgo, como por ejemplo tomar una decisión». Balint describe cómo tras dos años de tratamiento psicoanalítico «se le dio la explicación de que aparentemente la cosa más importante para ella era mantener una postura bien erguida, con los pies bien puestos sobre el suelo. Como respuesta, ella dijo que nunca, desde su más tierna infancia, había sido capaz de hacer una voltereta, aun cuando, en el transcurso de su vida, hubiese intentado muchas veces hacerla. De modo que le dije: "¿Y ahora?" Entonces se levantó del diván y, con gran sorpresa suya, hizo una perfecta voltereta sin dificultad alguna.

»Este hecho vino a ser una auténtica brecha. Siguieron muchos cambios, en su vida emocional, social y profesional, todos ellos en el sentido de una libertad y elasticidad mayores. Además, estuvo en condiciones de hacer frente a un examen profesional de especialización de gran dificultad, superándolo, se prometió y se casó.»

Balint prosigue luego, por un par de páginas más, intentando demostrar que este repentino cambio significativo no estaba, pese a todo, en contradicción con su teoría de las relaciones objetales. «Quiero subrayar –concluye– que *la satisfacción no ha sustituido a la interpretación*, sino que se le ha añadido» (p. 134).

La primera anomalía notable en la evolución de nuestra comprensión del cambio en el hombre tuvo lugar a partir de 1934, cuando Jean Piaget publicó su obra fundamental *La construction du réel chez l'enfant*, traducida posteriormente al castellano en 1965 con el título de *La construcción de lo real en el niño*.

En esta obra demuestra Piaget, partiendo de observaciones minuciosas, que el niño *construye* literalmente su realidad mediante *acciones* exploradoras, en lugar de formarse una imagen del mundo mediante sus percepciones y *luego* actuar en consecuencia. Aquí sólo nos es posible referir algunos de los pasos de su enorme y detallado trabajo ordenado a sostener esta tesis. En lo que Piaget denomina tercer estadio del desarrollo del concepto de objeto, entre los tres y los seis meses de edad, «el niño comienza a asir aquello que ve, a llevarse ante los ojos los objetos que toca, en suma, a coordinar su universo visual con el táctil» (Piaget 1934; versión it. 1973, p. 13).

Seguidamente, en el mismo capítulo, Piaget afirma que estas acciones llevan a un mayor grado de la supuesta permanencia del objeto. «El niño comienza a atribuir un grado más elevado de permanencia a las imágenes que se desvanecen, porque espera hallarlas de nuevo no sólo en el mismo lugar en que se habían quedado, sino también dentro de la extensión de su trayectoria (reacción al caer, prensión interrumpida, etc.). Pero, al comparar este estadio con los sucesivos, demostramos que esta permanencia queda exclusivamente conectada a la acción en curso y no implica todavía la idea de una permanencia sustancial independiente de la esfera de la actividad del organismo. Todo lo que el niño supone es que, si continúa girando la cabeza o bajándola, podrá ver cierta imagen que acaba de desaparecer, que bajando la mano encontrará de nuevo la impresión táctil que poco antes ha experimentado, etcétera.»

Y de nuevo, algo después (p. 42-43): «En efecto, en este estadio, el niño no conoce el mecanismo de sus propias acciones y, por tanto, no las disocia de las mismas cosas;

conoce sólo su esquema total e indiferenciado (que hemos denominado esquema de asimilación) abarcando en un solo acto tanto los datos de la percepción externa como las impresiones internas, que son de naturaleza afectiva y cinestésica, etc.

»[...] El universo del niño es todavía sólo una totalidad de figuras que emergen de la nada en el momento de la acción, para volver a la nada en el momento en que la acción ha terminado. Se añade a ella sólo la circunstancia de que las imágenes persisten más tiempo que antes, porque el niño intenta hacer durar estas acciones por más tiempo que antes; al extenderlas, o bien redescubre las imágenes desvanecidas, o bien supone que se hallan a su disposición en la misma situación en que comenzó la acción que se desarrolla.»

Difícilmente puede valorarse la importancia de los descubrimientos de Piaget para nuestro trabajo. Con el desarrollo gradual de los resultados de sus investigaciones, Piaget demuestra que no sólo la idea de un mundo «externo», independiente de por sí, es consecuencia de *acciones* exploradoras, sino que lo es también el desarrollo de conceptos básicos como la causalidad, el tiempo y hasta, como él dice, la *elaboración del universo*. Si así es, entonces, obviamente, diferentes acciones pueden llevar a la construcción de diferentes «realidades». Con todo, antes de llegar a este tema, es preciso hacer mención de alguna otra piedra miliar del camino evolutivo de la terapia.

Puede parecer excesivamente rebuscado el que, para remontarnos a este punto, vuelva yo a la época en que Blaise Pascal, en su *Pensée 223*, desarrolló aquella argumentación que hoy se conoce como la *apuesta de Pascal*. Resulta interesante para nosotros, los terapeutas, porque, aunque su formulación es teológica, trata de un problema muy cercano a nuestro campo. Pascal examina la antigua pregunta de cómo un no creyente puede llegar, por sí mismo o a través de sí mismo, a la fe. La sugerencia es interesante: *compórtate como si ya fueras creyente*, por ejemplo, rezando, usando agua bendita, recibiendo los sacramentos y cosas parecidas. La fe seguirá por causa de estas acciones. Y porque hay al menos una probabilidad de que Dios exista, para no hablar de los potenciales beneficios (paz del alma y salvación final), el riesgo en este juego es pequeño. «¿Qué pierdes en ello?», pregunta retóricamente.

La *apuesta* de Pascal fue origen de innumerables interpretaciones, especulaciones y tratados. Séame permitido mencionar uno.

En su fascinante libro *Ulysses and the sirens*, el filósofo noruego Jon Elster (1979; versión it. 1983, p. 47-54) recoge el pensamiento de Pascal y lo lleva al extremo para

poner en evidencia el hecho de que no se puede decidir creer en algo si no se *olvida* necesariamente la decisión: «La implicación de esta afirmación es que la decisión de creer se puede mantener con éxito sólo si va acompañada de la decisión de olvidar, es decir, de la decisión de olvidar la decisión de creer. Esto, no obstante, es tan paradójico como la decisión de creer [...]. El procedimiento más eficaz sería iniciar un único proceso causal con el doble efecto de inducir a creer y de obligar a olvidar que esto haya comenzado alguna vez. Pedir ser hipnotizado es uno de estos mecanismos [...]» (p. 50).

Este punto es crucial para mi tema. Olvidar a propósito es algo imposible. Pero otra cosa es hacer algo para que la razón, el impulso o la sugestión para esta acción venga del exterior, ya sea como resultado de un acontecimiento casual o de una acción deliberada o sugestión de otro; en otras palabras, por medio de la interacción comunicativa con otra persona.

Llegados aquí debo tomar en consideración la evolución de la moderna terapia sistémica, que no pregunta ya «¿por qué el paciente correspondiente se comporta de esta manera extraña e irracional?», sino más bien «¿en qué clase de "sistema" humano este comportamiento asume su sentido y es, quizás, el único comportamiento posible?», y «¿qué tipo de solución ha intentado este "sistema" hasta el presente?» Pero estas consideraciones harían excesivo mi tratamiento. Me limito sólo a destacar que, en este momento, la terapia poco o nada tiene que ver con conceptos expresados por términos que comienzan con el prefijo «psico»: psicología, psicopatología, psicoterapia. Puesto que no es sólo la *psykhe* individual, monádica, lo que entra en juego, sino aquellas estructuras supraindividuales que nacen de la interacción entre individuos.

Lo que pretendo afirmar es el hecho de que, en su gran mayoría, los problemas que queremos resolver mediante el cambio no son problemas relacionados con las propiedades de los objetos o de las situaciones –la *realidad de primer orden*, como se ha propuesto llamarla (Watzlawick 1976; versión cast. 1989, p. 148-150)–, sino únicamente relacionados con el significado, el sentido y el valor que hemos llegado a atribuir a estos objetos o situaciones (su *realidad de segundo orden*). «No son las cosas en sí lo que nos preocupa, sino las opiniones que tenemos de las cosas», decía Epicteto hace unos 1900 años. Casi todos sabemos la respuesta a la pregunta sobre la diferencia que hay entre un optimista y un pesimista: de una botella en la que el vino llega hasta la mitad, el optimista dice que está medio llena; el pesimista, que está medio vacía. Una misma realidad de primer orden –una botella conteniendo vino–, pero dos realidades de segundo orden

bastante diferentes que, en verdad, suponen dos mundos diversos.

Desde este punto de vista, se puede decir que toda la terapia consiste en operar cambios en aquellas modalidades por cuyo medio las personas han construido su realidad de segundo orden (realidad respecto de la cual están totalmente convencidos de que es la única *verdadera*).

En la psicoterapia tradicional, se intenta llegar a este resultado mediante el uso del lenguaje *indicativo*, esto es, el lenguaje de la descripción, de la explicación, de la confrontación, de la interpretación y demás. Éste es el lenguaje de la ciencia clásica y de la causalidad lineal. No obstante, este lenguaje no se presta muy bien a la descripción de los fenómenos no lineales, sistémicos (por ejemplo, las relaciones humanas); y aún se presta menos a la comunicación de nuevas experiencias y percepciones, para las que el pasado no proporciona posibilidad de comprensión y que se encuentran más allá de la construcción de la realidad de una persona determinada.

¿Y qué otro lenguaje existe? La respuesta nos la da, por ejemplo, George Spencer Brown (1973) en su libro *Laws of form* (Leyes de la forma), en el que, casi entre líneas, define el concepto de lenguaje imperativo. Tomando la comunicación matemática como punto de partida, escribe (p. 77): «Puede ser provechoso en esta fase comprobar que la forma primaria de la comunicación matemática no es la descripción, sino la imposición. En este sentido se puede establecer una comparación con las "artes" prácticas, como la cocina, en la que el gusto de un dulce, aunque indescribible con palabras, puede ser comunicado al lector en forma de un conjunto de instrucciones que se denomina receta. La música es una forma artística similar: el compositor no intenta ni tan siquiera describir el conjunto de sonidos que tiene en su mente, y menos aún el conjunto de sentimientos por su medio imaginados, sino que escribe un conjunto de órdenes que, si el lector las pone en práctica, pueden conducir al lector mismo a la reproducción de la experiencia original del compositor.»

Más adelante (p. 78) el autor comenta el papel del lenguaje imperativo en la formación del científico: «Hasta la ciencia natural parece más dependiente del imperativo de cuanto estamos dispuestos a admitir. La iniciación del científico consiste menos en la lectura de textos apropiados que en la obediencia a órdenes como "mira por el microscopio". Pero no cae fuera de lo normal en un hombre de ciencia el que, tras haber mirado por el microscopio, describa a otro científico lo que ha visto y discuta con él y escriba reseñas y textos con dicha descripción.»

En otras palabras, si logramos motivar a alguien a que emprenda una acción, por sí misma siempre posible, pero que alguien no ha llevado a cabo porque en su realidad de *segundo orden* no veía ni sentido ni razón en cumplirla, entonces a través de la misma realización de esta acción experimentará algo que nunca explicación o interpretación alguna habría podido inducirlo a ver o experimentar. Y con esto hemos llegado a Heinz von Foerster y a su imperativo: *Si quieres ver, aprende a obrar*.

Es inútil decir que es posible resistir esforzadamente a la exigencia de llevar a cabo una acción de este género. Un ejemplo clásico lo constituyen los contemporáneos de Galileo, cuando rechazan mirar por su telescopio, porque ellos *sabían*, aun sin mirar, que lo que él afirmaba ver no podía quedar comprendido entre los límites de su realidad de *segundo orden*, esto es, el geocentrismo. Recordemos: «Si los hechos no se adecuan a la teoría, tanto peor para ellos.»

Para quien conozca la labor de Milton Erickson, el concepto de lenguaje imperativo, si ya no la misma designación, no representa nada nuevo. En la segunda mitad de su carrera profesional, Erickson utilizó cada vez más, en orden a lograr un cambio terapéutico, las prescripciones de comportamiento directo al margen de los estados de trance. Siendo como era un verdadero maestro en esquivar la resistencia, nos proporcionó una regla importante: «Aprende y usa el lenguaje del paciente.»

También esto representa un alejamiento radical de la psicología clásica, en la que buena parte del tiempo en los estadios iniciales del tratamiento se emplea en el intento de enseñar al paciente un nuevo «lenguaje», esto es, los conceptos característicos de la escuela particular de terapia a la que se adhiere el terapeuta. Sólo cuando el paciente ha empezado a pensar en términos de esta epistemología, para verse a sí mismo, con sus problemas y su propia vida desde dicha perspectiva, puede alcanzar, desde el interior de esta estructura de trabajo, el cambio terapéutico. Es innecesario decir que este proceso puede exigir mucho tiempo. En la hipnoterapia, sucede lo contrario: es el terapeuta quien aprende el lenguaje del paciente, su construcción de la realidad (como podemos llamarla hoy) y luego imparte sus sugerencias en este mismo lenguaje, minimizando así la resistencia (y el tiempo).

Al margen de sus aplicaciones terapéuticas, el estudio del lenguaje imperativo tuvo sus orígenes en el trabajo del filósofo austríaco Ernst Mally. En su obra *Grundgesetze des Sollens* (Leyes fundamentales del deber) (1926), Mally desarrolló una teoría de los deseos y de los imperativos que denominó lógica «deóntica».

Otra importante contribución al tema puede hallarse en los trabajos del filósofo británico John L. Austin (1962). En sus famosas conferencias de Harvard del año 1955, identificó una particular forma de comunicación que definió como «actos lingüísticos performativos» (*performative speech acts*) o «enunciados performativos» (*performative sentences*). «El término *performativo* puede usarse según un amplio abanico de modos y construcciones, lo mismo que el término *imperativo*. El término deriva, naturalmente, de *perform*, el verbo que acompaña usualmente al sustantivo *action*, e indica que la emisión de una palabra es ella misma la realización de una acción, y no, como normalmente se considera, el simple decir algo» (Austin 1962; versión it. 1987, p. 6).

Por ejemplo, si yo digo: «Me prometió que mañana me devolvería el libro», describo (en el lenguaje indicativo) una acción, un «acto oral» (*speech act*) que una persona lleva a cabo. Pero si digo: «Prometo que mañana te devolveré el libro», la afirmación «prometo» es *ella misma* la promesa, la acción. En la terminología de Austin, el primer ejemplo (la descripción) se define como una «constatación», mientras que el segundo es un acto verbal «ejecutivo». En la cuarta lección, Austin subraya la diferencia que existe entre las afirmaciones «yo corro» y «yo me excuso». La primera es la simple relación verbal de una acción; la segunda es *ella misma* la acción, es la excusa. Otros ejemplos tomados de la vida cotidiana pueden ser: «Tomo a esta mujer como legítima esposa», «bautizo esta nave con el nombre de *Queen Elisabeth*», «dejo en herencia este reloj a mi hermano». En todos estos y en otros innumerables análogos actos verbales, se alcanza un resultado concreto, mientras que decir «está llegando el invierno» no hace que en realidad llegue el invierno. Naturalmente, para que un acto verbal «performativo» se realice y sea eficaz, deben darse en concreto muchas condiciones previas. Por ejemplo, engaños y mentiras del pasado pueden hacerme dudar de la promesa; la excusa no debe ofrecerse en un tono sarcástico, burlón; la ceremonia del bautismo de una nave debe constituir un procedimiento aceptado por una determinada cultura. Pero si y cuando estas precondiciones se realizan, a través de la expresión performativa se crea literalmente una realidad, y quienquiera que luego se refiriera a aquella nave como si se tratara de la *Jósif Stalin* recibiría la consideración propia de quien se aparta de la norma.

Con estas consideraciones he apenas rozado la superficie del trabajo de Austin en esa área especializada de la lingüística, es decir, apenas he aludido a su idea acerca de «cómo hacer cosas con palabras». Espero, no obstante, que las citas reproducidas, a pesar de su brevedad, hayan mostrado su fertilidad e importancia para nuestro trabajo.

De un efecto particularmente sorprendente para la mente humana son las denominadas «profecías que se autorrealizan», conocidas por los terapeutas no ortodoxos y los agentes de bolsa, pero no por aquellos que se dedican a las previsiones meteorológicas: efectos imaginados producen causas concretas; el futuro (no el pasado) determina el presente; la profecía del acontecimiento lleva a la realización de la profecía (Watzlawick 1981).

Estoy convencido de que el lenguaje imperativo adquirirá un papel central en el ámbito de la estructura de las técnicas terapéuticas modernas. Naturalmente, siempre ha ocupado este lugar de relieve en la hipnoterapia. De hecho, ¿qué es una sugestión hipnótica sino un imperativo a comportarse «como si» algo hubiera adquirido realidad por el hecho de haber ejecutado la orden? Pero esto equivale a decir que los imperativos pueden literalmente *construir* realidades y que, igual que acontecimientos causales, pueden tener este efecto no sólo sobre las vidas humanas, sino también sobre cuanto se refiere a la evolución cósmica o biológica. Con relación a esto, muchísimo podría decirse sobre las cuestiones de autoorganización, o lo que Prigogine (1980) llama *estructuras disipativas*; pero se trata de un tema que supera los límites de mi competencia y del espacio de este ensayo. Pero, ¿por qué existe una diferencia tan sustancial entre algo que se ha originado en mí mismo y un impulso que procede del exterior? Pueden darse diferentes respuestas, pero ninguna parece convincente. Que así es no es un secreto. Puede suceder que en nuestra propia vida creemos los mismos trastornos que nuestros denominados pacientes crean en las suyas.

Con todo, volviendo a Pascal, hay dos palabras en su norma de comportamiento que merecen nuestra atención. «Compórtate *como* si ya fueras creyente.» Tales palabras muestran claramente la naturaleza por así decir ficticia de la parte inicial de esta tipología de intervenciones. Y es precisamente este carácter ficticio lo que provoca dudas. La objeción, no obstante, es que, aun cuando tales intervenciones puedan tener éxito, sus efectos no pueden ser duraderos. A fin de cuentas, se trata solamente de ficciones. Tarde o temprano, probablemente lo segundo, habrán de enfrentarse con los duros hechos de la realidad y quedarán desbaratadas. He aquí la argumentación contraria: la idea de introducir una hipótesis «como si» dentro de una situación y llegar a resultados concretos no es en modo alguno reciente; se remonta por lo menos a 1911, cuando el filósofo alemán Hans Vaihinger publicó *Die Philosophie des Als-Ob* (La filosofía del como si).

Si no hubiera existido el reconocimiento por parte de Alfred Adler (y, en cierta

medida, de Freud mismo) de la importancia de estas ideas, su aplicación a nuestro campo podría ser denominada terapia del *como si*, o terapia de los «acontecimientos causales planificados».

Lo que Vaihinger presenta en poco menos de ochocientas páginas es una asombrosa cantidad de ejemplos sacados de todas las diversas ramas de la ciencia y también de la vida cotidiana, que muestran que obramos *siempre* según presupuestos no probados y no probables que, no obstante, llevan a resultados concretos, prácticos. No hay ni habrá nunca una prueba de que el hombre está verdaderamente dotado de libre albedrío y que, por tanto, es responsable de todas sus acciones.

Sin embargo, no conozco sociedad, cultura o civilización alguna, pasada o actual, en la que los hombres no se conduzcan *como si* éste fuera el caso, porque sin dicho presupuesto práctico ficticio resultaría imposible el mismo orden social. La idea de la raíz cuadrada de -1 es totalmente ficticia. No sólo es intelectualmente inimaginable, sino que viola también los principios fundamentales de la aritmética; y sin embargo, matemáticos, físicos, ingenieros y programadores de ordenadores y demás aceptan sin excesivas preocupaciones esta ficción en sus ecuaciones llegando a resultados muy concretos, como la moderna electrónica.

Las reglas y los modelos de interacción que un terapeuta de familia o de sistemas cree que observa más bien son *leídos* por él en los fenómenos que observa: no son verdaderamente presentes. Y, sin embargo, poner en práctica la terapia *como si* estos modelos fueran existentes puede llevar a resultados concretos y rápidos.

De esta manera, la pregunta no es ya «¿qué escuela terapéutica tiene razón?», sino «¿qué presupuesto de tipo *como si* produce mejores resultados concretos?»

Quizás nos hallemos cercanos al declive del dogma.

O quizás no. Con todo, se puede decir –a manera de modalidad prospectiva sobre la evolución de nuestro campo– que este modo de conceptualizar e intentar resolver los problemas humanos va mereciendo cada vez mayor atención por cuanto las técnicas tradicionales de la resolución de problemas parecen haber llegado al límite de su utilidad.

Estamos empezando a aplicar estos métodos también a las que pueden denominarse patologías específicas de los grandes sistemas. No parece totalmente utópico imaginar su aplicación también a algunos de los problemas más acuciantes y amenazadores de nuestro planeta, como son el mantenimiento de la paz, o la buena conservación de la biosfera.

No obstante, estos intentos adolecen con frecuencia de los mismos errores fundamentales que son causa de la ruina del trabajo clínico, esto es, el supuesto de que, siendo los problemas de proporciones enormes, sólo una solución igualmente enorme y trascendente puede llegar a tener probabilidades de éxito.

Lo real parece ser exactamente lo contrario. Si observamos la historia de los últimos siglos, empezando por la Revolución francesa y hasta por la Inquisición, vemos que invariablemente y sin excepciones las peores atrocidades han sido resultado directo de grandiosos y utópicos intentos de mejorar el mundo. Lo que Karl Popper llama la política de los pequeños pasos resulta inaceptable a los idealistas y a los ideólogos. Recordemos el aforismo que citaba a menudo Gregory Bateson: «Quien quiera hacer el bien debe hacerlo en los pequeños detalles. El bien general es la coartada de los patriotas, los políticos y los bribones.»

Para convencernos, no hace falta más que observar a la naturaleza. Los grandes cambios son siempre catastróficos.

La *neguentropía* (o anotropía, como mi amigo ateniense George Vassiliou prefiere llamarla para evitar la doble negación) trabaja pacientemente, silenciosamente, a pequeños pasos; sin embargo, es la fuerza que comporta la evolución, la autoorganización y a la cada vez mayor complejidad del universo. Pienso que si, como terapeutas, comenzáramos a considerarnos como «servidores de la neguentropía», desempeñaríamos de un modo mejor nuestra función, mejor de cuanto hacemos como presuntos perfeccionadores del mundo o gurús. Heinz von Foerster (1973) definió esta función en su imperativo ético: «Obra siempre de modo que aumentes el número de posibilidades de elección.»

Hace muchos siglos esta misma manera de ver las cosas fue puesta de manifiesto en un fascinante relato: tras su muerte, el sufí Abu Bakr Shibli apareció en sueños a uno de sus amigos. «¿Cómo te ha tratado Dios?», preguntó el amigo. El sufí respondió: «Apenas estuve ante su trono, me preguntó: "¿Sabes por qué te perdono?" Y dije: "¿Por mis buenas acciones?" Pero Dios dijo: "No, no por tus buenas acciones". Pregunté entonces yo: "¿Por mi adoración sincera?" Y Dios dijo: "No": Entonces dije yo: "¿Por causa de mis peregrinaciones y de mis viajes para alcanzar conocimientos e iluminar a los demás?" Y Dios respondió de nuevo: "No. Por nada de esto." De modo que pregunté: "Señor, entonces ¿por qué me habéis perdonado?" Y respondió Dios: "Te acuerdas que un gélido día de invierno mientras paseabas por las calles de Bagdad viste un gatito

hambriento que desesperadamente buscaba ponerse a cubierto del viento helado y tú tuviste piedad de él, lo recogiste y lo pusiste bajo tu abrigo de pieles y lo llevaste a tu casa?" "Sí –dije–, Señor, lo recuerdo." Y dijo Dios: "Porque trataste bien aquel gato, Abu Bakr, por esto te he perdonado"» (Schimmel 1983, p. 16).

Las «herejías» del enfoque estratégico de la terapia: características generales de la terapia estratégica

«Regla de oro: no hay que juzgar a los hombres por sus opiniones, sino por lo que estas opiniones hacen de ellos.»

G.C. Lichtenberg, *Libro de consolación*

«El verdadero misterio del mundo es lo que se ve, no lo invisible.»

O. Wilde, *Aforismos*

Llegados a este punto, creemos que el lector tiene ya claro que cuanto estamos expresando aquí entra en directa colisión con el concepto tradicional de psicoterapia y que quien se remita a las ideas y perspectivas teóricas presentadas no es más que un verdadero y auténtico «hereje» respecto de las teorías y las prácticas clásicas en el campo psicoterapéutico.

Y bien; también nosotros creemos que el planteamiento estratégico de la terapia de los trastornos psíquicos y de la conducta es una «herejía» con relación a gran parte de modelos de psicoterapia.

Por ello, parece indispensable, antes de adentrarnos en una exposición más detallada, trazar nítidamente un mapa de aquellos puntos que caracterizan a este pensamiento «herético» con relación a las ortodoxias teórico-prácticas presentes en el panorama actual de la psicoterapia.

1. Primera herejía

«Para conocer la verdad es preciso imaginarse miles de falsedades. Porque, ¿qué es la verdad? Para la religión, es simplemente una opinión que pervive. Para la ciencia, es el último descubrimiento sensacional. Para el arte, nuestro último estado de ánimo.»

O. Wilde, *Aforismos*

El terapeuta que enfoca los problemas humanos desde la perspectiva estratégica puede

ser considerado, con razón, un «hereje» de la psicoterapia (hereje en el sentido etimológico del término, es decir, «aquel que tiene posibilidad de elegir»), por cuanto no se deja encarcelar ni por un modelo rígido de interpretación de la «naturaleza humana» ni por una concepción metodológica rígida y ortodoxa de la psicología y la psiquiatría. El planteamiento estratégico de la terapia, que se remite directamente a la concepción filosófica moderna del conocimiento constructivista (Bannister 1977; Elster 1979; Glaserfeld 1979, 1984; Foerster 1970, 1973, 1974, 1987; Kelly 1955; Maturana 1978; Piaget 1934, 1970, 1971; Riedl 1980; Stolzenberg 1978; Varela 1975, 1979; Watzlawick 1976, 1981), se funda sobre la comprobación de la imposibilidad, por parte de cualquier ciencia, de ofrecer una explicación absolutamente «verdadera» y «definitiva» de la realidad y sobre el hecho de que la realidad más bien está determinada por el punto de observación del investigador/sujeto. No existe una sola realidad, sino tantas realidades como puntos de observación e instrumentos empleados para observar. Desde esta perspectiva epistemológica, queda refutado cualquier modelo de interpretación y explicación en sentido absolutista de la naturaleza del hombre y de su comportamiento, puesto que cualquier modelo de este tipo cae inevitablemente en la trampa de la «autorreferencia» (atribuirse a sí mismo el nombre, autojustificarse). En palabras del epistemólogo Karl Popper, ninguna teoría puede darse su confirmación a sí misma y por sus propios medios sin caer en la «no falsabilidad»¹. Este mismo autor, además, expresa elegantemente con la definición de «teorías o enunciados autoinmunizantes» el fenómeno relativo a los modelos teóricos que se inmunizan de toda posibilidad de ser falsos. Así, las teorías que son auténticos sistemas cerrados omnicomprendivos, en cuyo seno puede hallarse la explicación de todo. Pero justamente por ello, estas teorías asumen el papel de concepciones «religiosas» y no el de modelos de conocimiento científico. Como observaba Bateson (1980), «la ciencia es un modo de percibir, organizar y dar sentido a las observaciones construyendo teorías subjetivas, cuyo valor no puede ser definitivo».

Las teorías han de ser, para el clínico, no verdades irrefutables, sino hipótesis para relacionarse con el mundo, puntos de vista parciales, útiles para describir y organizar los datos observables, para reproducir acontecimientos terapéuticos, pero que han de corregirse frente a los fracasos. A este respecto es útil recordar que «precisamente de los psicólogos dedicados al estudio de *cómo* conocemos viene la noción de que los seres humanos, en cuanto "organismos pensantes", no actúan directamente sobre la realidad que nos sale al paso, sino sobre las transformaciones perceptivas que constituyen su

experiencia del mundo. Por lo que, "categorizaciones", "esquemas", "atribuciones", "inferencias", "heurísticas" y lenguajes constituyen los sistemas de representación por cuyo medio podemos realizar diversas configuraciones y explicaciones del mundo. A la manera como –acéptese el ejemplo– un telescopio y un radiotelescopio ofrecen representaciones diversas de los mismos cuerpos celestes y de sus propiedades» (Selvini y otros autores 1988, p. 7).

El pensamiento estratégico no se funda en una teoría que, describiendo la «naturaleza humana», prescriba en consecuencia conceptos de «sanidad» o «normalidad» comportamental y psíquica en oposición a los de la patología, como sucede con las teorías tradicionales de la psicoterapia. El pensamiento estratégico más bien se interesa por la funcionalidad del comportamiento humano frente a los problemas de la existencia y de la convivencia entre individuos, en los mismos términos de percepción y relación que todo individuo vive consigo mismo, con los demás y con el mundo. No se interesa por los objetos/sujetos «en sí», sino por los objetos/sujetos «en relación», puesto que tenemos la convicción de que es imposible aislar a un sujeto de su contexto interactivo. Remitiéndonos a una famosa metáfora de Von Glasersfeld: ante una cerradura, lo que nos importa no es la cerradura «en sí», su naturaleza y su constitución intrínseca, sino únicamente hacernos con la llave que la abre.

El foco de atención del terapeuta estratégico es la *relación interdependiente* que cada cual vive *consigo mismo*, con los *demás* y con el *mundo*. El objetivo es el buen funcionamiento de estas relaciones, no en términos generales y absolutos de normalidad, sino en términos de realidad totalmente personal, diversa de individuo a individuo y de contexto a contexto.

De modo que siempre se adapten las estrategias a la situación y no la situación a las propias teorías.

Por consiguiente, la «herejía» es el paso de los sistemas teóricos cerrados» a los sistemas teóricos «abiertos», del concepto de «verdad científica» al de «probabilidad»; de la «causalidad lineal» determinista a la «causalidad circular» elástica; de la «ortodoxia» a la «duda metódica». En otras palabras, a nuestro parecer, se pasa de la actitud fideísta del *creyente* a la actitud desengañada del *investigador*, en la convicción de que el criterio fundamental de validez y verificación de un modelo terapéutico no ha de ser su «arquitectura teórica», o la «profundidad» de los análisis que manifiesta, sino su valor heurístico y su capacidad de intervención real, medidos en términos de eficacia y

eficiencia en la resolución de los problemas a los que se aplica.

2. Segunda herejía

«El hombre es tan perfectible y tan corrompible que puede enloquecer por medio de la razón.»

G.C. Lichtenberg, *Libro de consolación*

Desde esta perspectiva (segunda herejía), la tarea del terapeuta se centra no en el análisis de lo «profundo» y la búsqueda de las causas del problema hasta la extrapolación de las verdades escondidas, sino en cómo funciona y cómo se puede cambiar la situación de malestar de un sujeto, de una pareja o de una familia. El paso es de los contenidos a los procesos, y se trata de un *saber cómo* más que de un *saber por qué*.

En otros términos, la función del terapeuta está en ayudar al paciente a resolver su problema y adquirir por medio de esta experiencia la capacidad de hacer frente de un modo adecuado a nuevos problemas que puedan salirle al paso más adelante.

Primeramente se rompe el «hechizo», luego se enseña a la persona a construirse su propia capacidad personal de no recaer en nuevos «hechizos» o sistemas de percepción y acción disfuncionales.

Para ello, el interés específico va dirigido a estudios y teorías relativas al «cambio», a cómo éste puede acontecer espontáneamente y a cómo puede ser provocado deliberadamente (Watzlawick y otros autores 1967; Watzlawick, Weakland y Fisch 1974). Por ello, se presta una atención particular a nuestra manera de percibir la realidad y a los aspectos pragmáticos de nuestra relación con dicha realidad, a cómo, mediante estos procesos, se constituyen situaciones problemáticas y, por último, a cómo, mediante estos mismos procesos, es posible resolver tales situaciones problemáticas.

Se parte de la convicción de que el trastorno psíquico y comportamental está determinado por la percepción de la realidad propia del sujeto; es decir, por su punto de observación que hace que perciba (o mejor, construya) una realidad ante la que él reacciona con una conducta disfuncional, también denominada «psicopatológica». La conducta disfuncional, a menudo, es la mejor reacción que el sujeto cree que puede ejercer en una determinada situación.

Ello significa que, con frecuencia, las «soluciones ensayadas» mantienen o agravan precisamente el problema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

La intervención terapéutica está representada por el *desplazamiento* del punto de observación del sujeto, desde su rígida y disfuncional posición perceptivo-reactiva a una nueva perspectiva elástica, no rígida y con más posibilidades perceptivo-reactivas. (Vuelve ahora el «imperativo ético» constructivista de Von Foerster: «Obra siempre de modo que aumentes el número de posibilidades de elección.»)

El cambio de perspectiva produce un cambio en la percepción de la realidad que cambia la realidad misma, determinando, como consecuencia, el cambio de toda la situación y de las reacciones a ella. Todo esto significa hacer elástica, no absolutista, la percepción de los sujetos, de modo que se les coloca en condiciones de hacer frente a las situaciones problemáticas sin rigidez y sin perseverar en el error. En otras palabras, el sujeto adquiere la capacidad de enfrentarse a un problema recurriendo a todo un abanico de diversas posibles estrategias resolutorias, comenzando con la aplicación de la que parece más idónea para cambiarla por otra si no funciona, hasta llegar a la aplicación de la solución al problema concreto. Como sabía bien Nietzsche, varias decenas de años atrás, «todo cuanto es absoluto pertenece a la patología», por lo que también una solución que en una ocasión ha demostrado ser buena y resolutoria puede convertirse, aplicada a una nueva situación, en una verdadera complicación del problema. De hecho, el sistema perceptivo-reactivo rígido de una persona problemática se expresa a menudo en la obstinada perseverancia en utilizar una estrategia que aparentemente puede proporcionar la solución del problema, o que en el pasado ha funcionado en la resolución de un problema similar, pero que, en la situación actual, funciona como auténtico y verdadero regenerador del problema mismo.

O bien sucede que este sistema perceptivo-reactivo se expresa recurriendo a una o varias «soluciones buenas» que se aplican indistintamente a diversos problemas, con el evidente resultado de que los problemas no se solucionan y aun se complican por la creciente desconfianza en la posibilidad de modificar la situación. Puede parecer extraño y paradójico pero, a menudo, los esfuerzos para cambiar no hacen más que mantener inmutable la situación, o por lo menos reforzarla en su problematicidad. En ambos casos, la persona se conduce como el protagonista de la siguiente anécdota: «Un borracho busca bajo un farol la llave que ha perdido: un transeúnte caritativo se ofrece para ayudar al pobre achispado a encontrar la llave perdida. Al cabo de un buen rato de buscar sin éxito alguno la llave bajo el farol, el señor compasivo, algo fastidiado, dirigiéndose al borracho le pregunta: "Pero, ¿está usted seguro de haberla perdido aquí?" Y el otro replica: "No,

pero es que donde la he perdido está muy oscuro para buscarla"» (Nardone 1988, p. 154).

«Las peores obras se han producido siempre con la mejor de las intenciones», decía Oscar Wilde.

Está claro, partiendo de cuanto hemos dicho hasta aquí, que la primera acción terapéutica que debe hacerse es la ruptura del sistema perceptivo-reactivo «rígido» del sujeto mediante la ruptura del mecanismo retorcido de «soluciones ensayadas» que mantienen el problema, y de la maraña de retroacciones personales que se construyen a partir de ellas. Para luego llegar, después de este cambio, a una redefinición cognoscitiva de la situación y de la experiencia.

Y llegados aquí, en relación con los procedimientos y el proceso terapéuticos y/o de cambio, pasemos a una nueva «herejía» respecto de los puntos de vista de las ortodoxias teórico-prácticas en psicoterapia.

3. Tercera herejía

«Para poner a prueba la realidad, es preciso obligarla a andar sobre una cuerda tensa y sólo se la puede juzgar cuando se ha vuelto acrobática.»

O. Wilde, *Aforismos*

Es evidente que donde haya una teoría relativa a la persistencia y al cambio de los problemas humanos radicalmente diversa de las clásicas concepciones psicológicas y psiquiátricas, los consiguientes procedimientos (estrategias destinadas a provocar el cambio) y el proceso (las fases evolutivas del cambio) habrán de ser totalmente distintos de lo que suponen las clásicas formas de psicoterapia.

La diversidad se apoya en el hecho de que, en cuanto a los procedimientos y el proceso de la terapia, el enfoque estratégico es el resultado de aplicar al campo clínico los principios matemáticos de la teoría de los *tipos lógicos* (Whitehead y Russell 1910-1913), de la *teoría de los sistemas* y de la moderna *cibernética* (Wiener 1947; Ashby 1954, 1956; Bateson 1967, 1972; Bateson y otros autores 1956; Bateson y Jackson 1964; Foerster 1974) y se basa en concepciones de *causalidad circular*, de *retroacción* entre causa y efecto y en el principio de discontinuidad del cambio y del desarrollo.

Desde esta perspectiva, que aquí por razones de límites de espacio no podemos

ciertamente resumir², aparece absurda la convicción, usual por lo demás, de que los problemas o las molestias madurados a lo largo de un amplio espacio de tiempo necesitan obligadamente, para ser resueltos, de un tratamiento terapéutico igualmente largo. O la de que los problemas humanos que se caracterizan por un gran sufrimiento y complejidad exigen una solución igualmente complicada y dolorosa. De igual manera existe la convicción de que un sistema no puede hallar la solución de un problema desde su propio interior, sin incurrir en la recursividad, y provocando sólo un cambio de tipo 1 y no ciertamente el cambio de tipo 2³, que representa la solución concreta. Este último, en efecto, exige salir fuera del sistema, requiere un salto de nivel que no puede hacerse en el interior del propio sistema donde actúa el problema.

Por ello, para esclarecer este concentrado de conceptos y referencias y qué entendemos con el término de cambio en terapia, se hace necesaria, aun a riesgo de repetirnos, una cita de *Change* (Watzlawick, Weakland y Fisch 1974), obra que, entre otras cosas, representa el texto fundamental de nuestro planteamiento estratégico de la terapia, a cuya lectura nos remitimos para una mayor profundización teórica.

De hecho, creemos que no existe mejor ejemplo de enfoque estratégico, para la solución de los problemas, y de su diferencia fundamental respecto de las demás formas de psicoterapia, que el que está representado por el «problema de los nueve puntos».

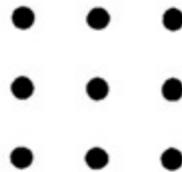


Figura 1

Enunciado: los nueve puntos que se ven en la figura 1 deben unirse mediante cuatro líneas rectas sin levantar el lápiz del papel. Si el lector no conoce la solución de este problema, tome un papel e intente resolverlo antes de continuar la lectura y, sobre todo, antes de mirar la solución (fig. 2).

«Casi todos los que intentan por vez primera resolver este problema introducen como parte de la solución un supuesto que hace esta última imposible. El *supuesto* consiste en que los puntos constituyen un cuadrado y que la solución debe hallarse dentro de este último, condición autoimpuesta que no está contenida en las instrucciones.» Este cuadrado forma parte únicamente del esquema lógico rígido del sujeto que circunscribe el

sistema de las posibles soluciones en el interior del cuadrado. «Así, pues, el fallo no reside en la imposibilidad de la tarea, sino en la propia solución intentada. Habiéndose así creado el problema, no importa en absoluto la combinación de las cuatro líneas que se intenta y el orden con que ello se haga: se terminará siempre, por lo menos, con un punto no conectado. Ello significa que se pueden recorrer todas las posibilidades del cambio 1 existentes dentro del cuadrado, pero que jamás se resolverá el problema. La solución consiste en un cambio 2, en abandonar el campo en que se intenta la solución y al que no puede estar contenida, ya que, en el lenguaje de los *Principia Mathematica*, ésta comprende la colección entera y, por tanto, no puede ser parte de la misma» (Watzlawick, Weakland y Fisch 1974; versión cast., 1989, p. 44s). El sujeto, para solucionar el problema de los nuevos puntos, debe salir del mismo sistema lógico que lo enjaula en el interior del cuadrado autoimpuesto.

«Muy pocos llegan a resolver por sí solos el problema de los nueve puntos. Aquellos que fallan y renuncian experimentan por lo general una sorpresa ante la inesperada simplicidad de la solución (véase la fig. 2). Resulta evidente la analogía de este ejemplo con multitud de situaciones reales de la vida. Todos nos hemos sentido encerrados en alguna ocasión en una especie de jaula y entonces daba lo mismo que intentásemos hallar la solución de un modo sereno y lógico o bien, lo cual es más frecuente, recorriendo frenéticamente círculos viciosos. Pero, como ya hemos dicho, es tan sólo desde dentro de la jaula, desde dentro de la perspectiva del cambio 1, como la solución se nos aparece como un sorprendente rayo de inspiración, que está más allá de nuestro control. Desde la perspectiva del cambio 2 se trata de un simple cambio desde una serie de premisas hasta otra serie del mismo tipo lógico. Una serie implica la norma de que el problema ha de resolverse dentro del ámbito en que se cree ha de encontrarse la resolución; la otra serie no implica tal premisa. Es decir: la solución se descubre como resultado de examinar los supuestos acerca de los puntos y no los puntos en sí. O bien, para hacer la misma afirmación términos más filosóficos: resulta claramente distinto que nos consideremos como peones de un juego cuyas reglas designamos como realidad, o bien como jugadores que saben que las reglas del juego tan sólo son «reales» en la medida en que las hemos creado o las hemos aceptado, y que podemos cambiarlas» (Watzlawick, Weakland y Fisch 1974; versión cast., 1989, p. 45s).

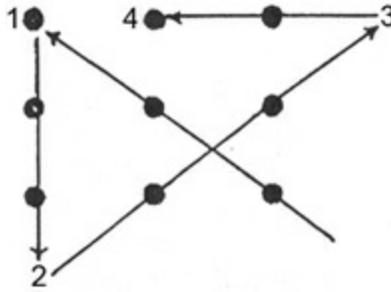


Figura 2. Solución del problema de los 9 puntos.

«Aquí puede resultar conveniente comparar esta manera de resolver problemas y esta clase de cambio con los supuestos que constituyen las raíces de las escuelas más clásicas de psicoterapia. Se postula en general que el cambio acontece a través del *insight* de las causas que en el pasado fueron responsables de las alteraciones actuales. Mas, como muestra el ejemplo representado por el problema de los nueve puntos, no existe razón convincente alguna para tal incursión en el pasado; la génesis de los supuestos que impiden la solución es secundaria, el problema se resuelve, ahora y aquí, dando un paso que conduce fuera de la jaula. Los clínicos se van dando cuenta cada vez más de que, si bien el *insight* puede proporcionar *explicaciones* muy sutiles de un síntoma, poco hace para mejorarlo. Este hecho empírico conduce a una importante conclusión epistemológica. Todas las teorías tienen sus limitaciones, lógicamente derivadas de sus premisas. En el caso de las teorías psiquiátricas, tales limitaciones son atribuidas frecuentemente a la naturaleza humana. Así por ejemplo, dentro de la teoría psicoanalítica, la desaparición del síntoma sin que se solucione el conflicto subyacente que es responsable del mismo, *debe* dar lugar a una sustitución de dicho síntoma por otro. Mas ello no es debido a que tal complicación estribe en la naturaleza de la *mente* humana, sino que estriba en la propia naturaleza de la *teoría*, es decir: en las conclusiones que lógicamente se derivan de sus premisas» (Watzlawick, Weakland y Fisch 1974; versión cast., 1989, p. 46, nota 7).

Por tanto, desde la óptica estratégica, los problemas humanos pueden resolverse mediante estrategias focales que rompen el sistema circular de retroacciones que mantiene operante el problema. De esta ruptura de un equilibrio disfuncional habrá de derivar el cambio en el comportamiento y en las concepciones del sujeto, enjaulado en su situación problemática. Ello es así porque el cambio depende de la modificación del sistema perceptivo-reactivo, o punto de observación de la realidad, mantenido activo por las «soluciones ensayadas» puestas en práctica por el mismo sujeto que quiere resolver

su situación de malestar.

Hay que «obligar» al paciente a salir de la rigidez de su perspectiva conduciéndolo a otras posibles perspectivas que determinarán nuevas realidades y nuevas soluciones, como en el problema de los nueve puntos.

Para alcanzar esto, por tanto, no es necesario una profunda y larga excavación en lo profundo a la búsqueda de un supuesto –siempre confirmador– «trauma originario», causa de la situación problemática, anulado el cual deberían desaparecer los problemas del paciente. Ni tampoco es indispensable un lento y progresivo proceso de adquisición del *insight* en busca de un hipotético estadio de suprema conciencia de sí mismo, resolución última de todo problema. Éstos son procedimientos basados en concepciones de causalidad lineal y relación determinista entre causa y efecto; concepciones y convicciones, por lo demás, ya superadas en todas las ciencias avanzadas, de la biología a la física.

Se requieren más bien prescripciones directas o indirectas de comportamiento, paradojas, trampas comportamentales, sugerencias y reestructuraciones que, rompiendo la rigidez del sistema relacional y cognoscitivo que mantiene la situación problemática, hagan posible el salto de nivel lógico indispensable para la apertura de nuevas vías de cambio, con el consiguiente desarrollo personal y un nuevo equilibrio psicológico. Como afirma Milton Erickson (en Watzlawick, Weakland y Fisch 1974; versión cast., 1989, p. 9s), «una psicoterapia es buscada en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro. Ni el paciente, ni el terapeuta pueden saber en qué dirección se ha de verificar un cambio y en qué grado ha de tener lugar este último. Pero se precisa cambiar la situación actual y una vez establecido tal cambio, por pequeño que sea, se precisa de otros cambios menores y un efecto en bola de nieve de estos cambios menores conduce a otros más importantes, de acuerdo con las posibilidades del paciente. Que los cambios sean transitorios, permanentes o evolucionen hacia otros cambios es de vital importancia con respecto a toda comprensión del comportamiento humano, tanto con respecto a un mismo, como con respecto a los demás. He considerado mucho de lo que he realizado como una forma de acelerar las corrientes que impulsan al cambio y que maduran ya en la intimidad de la persona y de la familia, pero se trata de corrientes que precisan de lo "inesperado", lo "ilógico" y lo "súbito" para desembocar en un resultado tangible».

La consecuencia de este punto de vista (herejía absoluta) es que el terapeuta asume la

responsabilidad de influir directamente en el comportamiento y en las concepciones del sujeto que pide ayuda. A este fin, en interés del paciente, utiliza las estrategias comunicativas y los medios más eficaces para lograr el cambio de las situaciones problemáticas presentadas. Sobre esta cuestión nos detendremos especialmente en el capítulo cuarto. Con todo, es necesario aclarar, ya desde este momento, que:

a) En terapia estratégica, el terapeuta mantiene la iniciativa en todo aquello que ocurre durante el tratamiento y estudia una técnica particular para salir al paso de cada problema concreto. Para él, el interrogante primario en realidad debe ser: ¿qué estrategia funciona mejor en un caso dado? (Haley 1976, p. 1).

b) Si una terapia funciona, podemos tener la convicción de que aparecerán rápidamente, ya en los primeros compases del tratamiento, determinados indicadores de cambio. Si esto no sucede, muy probablemente la estrategia terapéutica utilizada no funciona y se hace necesario cambiarla por otra que parezca más funcional.

c) Se exige del terapeuta una gran elasticidad mental unida a la posesión de un amplio repertorio de estrategias y técnicas de intervención terapéutica que, como veremos, provienen de sectores aplicados que no son la clásica psicoterapia. Ello ha de permitir cambiar el rumbo cuando los datos manifiestan que no se va en la dirección deseada, así como estudiar estrategias *ad hoc* para el caso, modificando a veces, con creatividad, técnicas ya utilizadas con éxito en otros casos semejantes. Como decíamos: adaptar el tratamiento al paciente y no el paciente al tratamiento.

4. Cuarta herejía

«Es mucho más difícil hablar de una cosa, que hacerla.»

O. Wilde, *Aforismos*

Otra gran «herejía», por lo que se refiere a estrategias y procesos de cambio, proviene del hecho de que la mayor parte de las psicoterapias, impregnadas de la idea del «cogitocentrismo» (centralidad del pensamiento por respecto a las acciones), se basa en el supuesto de que el obrar sigue al pensar. Por consiguiente, para cambiar un comportamiento erróneo o una situación problemática, hay que cambiar primero la manera de pensar del paciente y sólo después es posible cambiar su manera de obrar. De aquí la necesidad del *insight*, de procedimientos de análisis del psiquismo y de todas

aquellas técnicas que tienden a la «concienciación» y «racionalización» del obrar.

Desde el punto de vista estratégico, que en definitiva es el del constructivismo radical, este proceso debe invertirse. Es decir, se parte de la convicción de que, para cambiar una situación problemática, antes hay que cambiar el *obrar* y, como consecuencia, el pensar del paciente, o mejor, el punto de observación, el «marco» de la realidad. Y en esto vuelven a nuestra mente Von Foerster y su imperativo estético.

Cuando hacemos referencia a nuevos aprendizajes, hablamos propiamente de la experiencia concreta que determina el cambio de nuestro modo de percibir la realidad y reaccionar a ella. A este respecto, creemos que toda la obra, ya citada, de Jean Piaget demuestra claramente que la adquisición de nuevos aprendizajes tiene lugar por un proceso que va de la experiencia al conocimiento. Sólo después de que se ha producido el cambio, o el nuevo aprendizaje, el conocimiento permite repetirlo y aplicarlo de nuevo con conocimiento de causa.

Por consiguiente, no pretendemos en modo alguno negar el influjo del pensamiento y del conocimiento sobre la acción, pero mantenemos que el cambio de una situación perceptivoreactiva sólo se convertirá en bagaje cognoscitivo si antes pasa por la fase de experiencia concreta. Naturalmente, por *experiencia* no se entiende por cierto el concepto reductivo y fisicalista de acción sensoriomotriz, sino todo cuanto esperamos de nuestra relación con los demás y con el mundo. Una emoción fuerte determinada por la relación/comunicación con otra persona es, por ejemplo, una nueva experiencia concreta que puede lograr que el punto de observación de la realidad propio del paciente se desplace. Un incidente casual en nuestra rutina cotidiana o una sugestión intensa pueden ser otros tantos ejemplos de experiencias concretas que cambian nuestro *marco* de la realidad, es decir, la percepción-reacción a aquella situación determinada.

Así, pues, el terapeuta estratégico se orienta pragmáticamente a la acción y a la ruptura prioritaria del sistema de retroacción disfuncional que el paciente vive consigo mismo, con los demás y con el mundo, procurando por este medio hacer vivir concretamente al paciente nuevas experiencias perceptivo-reativas. Primero se intenta producir modificaciones efectivas en la percepción-acción del sujeto, para luego pasar a la redefinición, por lo que se refiere al conocimiento, de aquello que se ha experimentado, en una síntesis pragmática entre influjo personal del terapeuta e incentivo continuado a la autonomía personal del paciente. En esta perspectiva, el *insight* y los procedimientos de toma de conciencia de cuanto se refiere a los trastornos y a las causas

del problema han de ser considerados, en los primeros compases de la terapia, como una maniobra contraproducente por cuanto aumenta la resistencia al cambio. Todo sistema, por el principio de la homeostasis, es resistente al cambio. Tomar conciencia del cambio antes de que éste ocurra significa poner en guardia al sistema. Por esto, como veremos inmediatamente, la ruptura del sistema perceptivo-reactivo y de las soluciones ensayadas debe tener lugar por lo común sin que el paciente se dé cuenta ni se le dé una explicación de todo ello, para no activar la resistencia. Sólo si se ha producido ya el cambio pueden explicarse o hacerse conscientes las «trampas comportamentales» o los «conflictos benéficos» empleados.

Para ilustrar más la diferencia de «procedimiento» y «proceso» que se da entre la terapia estratégica y los demás enfoques de la psicoterapia, será provechoso recurrir a un ejemplo clínico: ante un paciente agorafóbico, según el punto de vista tradicional de la psicoterapia, se procede a la exploración intrapsíquica del miedo y sus causas en el pasado. Hecho esto, se induce gradualmente al sujeto, por medio de racionalizaciones y explicaciones, a hacer frente sin más al miedo y a las situaciones que lo desencadenan.

Por lo común, si se sigue este *proceso*, se requieren varios meses, a veces años, para que un sujeto se libere de su infeliz situación. Según la perspectiva estratégica, en cambio, a un paciente así se le podría prescribir que llevara a cabo, contemporáneamente a los ataques de angustia o pánico, una tarea embarazosa y decididamente ansiógena; con el resultado de que, normalmente, la persona vuelve a la siguiente cita con un sentimiento de culpa por no haber llevado a cabo la tarea asignada, pero relatando que sorprendentemente no ha padecido, en aquellos días, los síntomas por los que había acudido a la terapia. Por medio de un «conflicto benéfico», que ha *obligado* a la persona a comportarse de un modo diverso, se ha roto el sistema rígido de percepción de la realidad que la reducía a una respuesta automática. A partir de ese momento, la persona, lo hiciera conscientemente o no, habrá experimentado que puede dominar aquel miedo que parecía indomable y la terapia se vuelve rápida y súbitamente eficaz para reducir los síntomas. A través de una experiencia concreta, el sujeto ha adquirido confianza en la posibilidad de modificar su situación personal.

Volviendo al concepto inicial, es el obrar o la experiencia lo que produce el cambio, que posteriormente se refuerza y se vuelve consciente.

La terapia estratégica es una partida de ajedrez entre el terapeuta y el paciente con sus problemas, una sucesión de movimientos que tienden a producir efectos específicos.

Después de cada «cambio», o resultado obtenido, se procede a una redefinición del cambio mismo y de la situación en evolución. El programa terapéutico se desarrolla estrategia tras estrategia teniendo en la mira los objetivos previstos y debe reorientarse según los efectos observados en el intento de centrar y aplicar una estrategia que puede ser eficaz para un problema determinado o un momento determinado de la terapia.

Igual que en el juego del ajedrez, en el que existen determinadas combinaciones de movimientos para oponerse a una determinada apertura del adversario, también existen en la terapia programas específicos de estrategias para determinados tipos de problemas que el paciente presenta (en el capítulo quinto veremos dos ejemplos). Y también existen en ambos «juegos» –el ajedrez y la terapia– estrategias particulares para reaccionar a los movimientos del adversario, jugadas y contrajugadas. Pero con frecuencia la creatividad del jugador/ terapeuta debe modificar el sistema de movimientos previsibles para hallar nuevas, inesperadas y *aparentemente ilógicas* soluciones estratégicas vencedoras en el seno de la infinita gama de combinaciones posibles según una interacción comunicativa entre dos o más personas, de modo que la complejidad del juego y el abanico de posibilidades se amplifica y se vuelve enorme. Esto debería además llevar al lector a reflexionar sobre el hecho de que el planteamiento estratégico no consiste simplemente en una serie de «recetas» eficaces, sino en un modo de ver los problemas humanos que no se interesa en la extinción definitiva de todos los problemas de la vida del paciente (quien lo lograra no pertenecería, a nuestro entender, a la especie humana), sino únicamente en la solución focal de los problemas que, uno tras otro, pueden las personas hallar en el camino de su existencia. Esto no equivale a aplicar simples recetas o trucos de prestidigitador, sino a adaptar creativamente a cada individuo en particular y a cada contexto determinado los principios lógicos de la formación y solución de los problemas.

El desarrollo del «proceso» de la terapia se concluye con el «jaque mate» al problema presentado al comienzo de la misma y con la adquisición, por parte del paciente, del «procedimiento» para jugar y vencer de forma autónoma aquel determinado tipo de partida. Por lo demás, como decía Bateson (1972), la vida es «un juego cuyo objetivo es descubrir las reglas; reglas que cambian siempre y nunca llegan a descubrirse».

Breve historia evolutiva del enfoque estratégico

1. Orígenes del enfoque estratégico de la terapia

«Para observar las más simples, pero verdaderas, relaciones entre las cosas se requieren conocimientos muy profundos. Y no es extraño que sólo hombres extraordinarios hagan aquellos descubrimientos, que luego parecen sumamente fáciles y simples.»

G.C. Lichtenberg, *Libro de consolación*

Si queremos remontarnos a la matriz del enfoque estratégico en psicoterapia, podemos escoger entre dos posibilidades.

La primera posibilidad está en remitirse no sólo a la *ars curandi* específica, sino a la misma tradición de pensamiento «estratégico» que posee raíces mucho más lejanas en la historia humana. Por pensamiento estratégico entendemos no una escuela filosófica específica, sino un enfoque del pensamiento (*liberal thinking*) basado en una irreductible «elasticidad» que niega cualquier forma de «absoluto» o de «verdad» indiscutible y que, partiendo de aquí, se interesa por el funcionamiento de las cosas con una actitud desengañada y pragmática. A esto mismo se refiere precisamente el término «constructivismo radical». Los precursores de este estilo de pensamiento pueden ser hallados en el ámbito de la filosofía griega, desde los presocráticos hasta los sofistas y Epicuro, así como, en el mundo oriental, en algunas opiniones relativas a la conducta que se dan en el budismo y el zen.

Esta corriente de pensamiento ha impregnado, por medio de la voz y la personalidad de muchos pensadores, toda la historia cultural de la humanidad desde el comienzo a nuestros días.

Esta perspectiva histórica y filosófica es merecedora, sin duda alguna, de una erudita profundización, que en principio cae fuera de los fines de la presente obra y de la competencia de sus autores.

La segunda posibilidad consiste en tomar directamente como punto de partida las más recientes aplicaciones específicas, en el campo de los trastornos psíquicos y

comportamentales, del pensamiento «estratégico» o «constructivista» relativo a la «naturaleza humana» y a sus problemas.

Desde dicha perspectiva, es evidente que el padre de la terapia estratégica es, sin sombra de duda, Milton Erickson. Durante su asombrosa carrera de hipnoterapeuta y psicoterapeuta prolongada por más de cuarenta años, preparó miles de estrategias y técnicas de intervención para la resolución en breve tiempo de los problemas de orden psíquico y de la conducta. Erickson, que ha sido reconocido como la máxima autoridad en el campo del estudio y de la aplicación de la hipnosis, ha transferido genialmente al sector de la aplicación clínica sus descubrimientos y observaciones relativos a los fenómenos de la hipnosis y de la sugestión; sobre todo, por lo que se refiere al peculiar poder de ciertas tipologías del lenguaje o comunicaciones terapéuticas, que asumen un auténtico y verdadero papel de sugestiones hipnóticas capaces de llevar al paciente a cambios rápidos y efectivos. De la labor de Erickson, lo menos conocido hasta hace poco tiempo era el enfoque *estratégico* que elaboró para el tratamiento de pacientes individuales, parejas y familias, sin el recurso al uso formal de la hipnosis, pero con un estilo siempre profundamente vinculado a su concepción de la hipnosis como fenómeno relacional y psicosocial –libre por tanto de aquella aura propia de misterio y «ritual mágico»–, concepción que se expresa en un estilo peculiar de comunicación terapéutica basado en refinadas formas de lenguaje verbal y no verbal. No ha formulado nunca una teoría sobre la «naturaleza humana», o mejor, sobre la personalidad, porque creía que todo sujeto representa un ser irrepetible, con experiencias personales y maneras de percibir y elaborar la realidad totalmente individuales. Por consiguiente, desde su punto de vista, también el estudio clínico de un sujeto debe tener en cuenta todo esto, por lo que las estrategias de intervención deben adaptarse siempre a la personalidad individual del sujeto, a su contexto relacional y a sus experiencias de la vida.

«La terapia estratégica no es una concepción o una teoría particular, sino un nombre para aquellos tipos de intervención terapéutica en los que el psicoterapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas» (Haley 1973, p. 8). En la perspectiva estratégica ericksoniana no existen prejuicios de tipo teórico o clausuras en sistemas rígidos que pretendan describir de una manera exhaustiva la naturaleza humana, aun cuando parezca claro que este enfoque de la terapia se halla estrechamente relacionado con la formulación de la teoría de la comunicación y, en especial, con la terapia familiar de orientación *sistémica*. No siendo Erickson un teórico, sino una

persona decididamente pragmática, no ha dejado ningún escrito acerca de su modelo personal de psicoterapia, aunque podemos hacernos con este modelo a través de la lectura de la gran cantidad de artículos y estudios específicos publicados por él sobre la hipnosis y los más diversos casos clínicos. Sus técnicas y estrategias y, si se quiere, su actitud personal en la terapia, representan la mejor expresión demostrativa de planteamiento estratégico en el tratamiento de los trastornos psíquicos y de la conducta. Muchos autores han intentado formalizar su enfoque terapéutico a nivel teóricopráctico.

Pero, muy probablemente, todos estos autores (Bandler y Grinder 1975; Bergman 1985; Haley 1967, 1973, 1985; Lankton 1983; Rabkin 1977; Ritterman 1983; Rosen 1982; Erickson y Rossi 1979, 1982; Simon y otros autores 1985; Watzlawick 1977, 1985; Zeig 1980, 1985, 1987) han enmarcado la labor de Erickson en el interior de sus propias concepciones personales teórico-prácticas. Por consiguiente, sería mejor hablar de enfoques de la terapia con inspiración ericksoniana que de una terapia de Erickson en sentido estricto.

Por lo que atañe a nuestro trabajo, es preciso aclarar que seguimos la formulación y la sistematización de Erickson desde una perspectiva interaccionista o de la pragmática de la comunicación. A ella, pues, nos referimos aquí con la definición de terapia estratégica.

El modelo estratégico, en realidad, nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación realizado por el grupo de Palo Alto, dirigido por Bateson y Jackson, y el trabajo clínico y el estudio del fenómeno hipnosis llevado a cabo por Milton Erickson.

Como sostiene el cibernético Von Foerster (1987), la revolución copernicana de los años cincuenta en psicología y psiquiatría, representada por la formulación interaccionalsistémica, no se debe únicamente al trabajo de grupo de psicólogos clínicos, sino que es fruto del cruce de descubrimientos innovadores en diversas disciplinas científicas: la antropología, con los estudios sobre la comunicación hechos por Bateson, la cibernética y la física, con las teorías de Ashby, Von Foerster y otros, y el estudio de la hipnosis clínica llevado a cabo por Erickson.

Erickson, como afirma Haley (1973), además de ser el padre de la terapia estratégica, ha sido el inspirador técnico de buena parte de los procedimientos terapéuticos propios de la terapia familiar sistémica. Si Bateson es el padre teórico de la perspectiva interaccionalsistémica en psicología y psiquiatría, Erickson representa el maestro a quien hay que remitirse para las estrategias de aplicación clínica y para la modificación en breve tiempo

de las situaciones disfuncionales. Su trabajo ha sido, como hemos dicho antes, una continuada investigación y aplicación clínica de ideas e intuiciones que lo han llevado a la preparación de gran cantidad de técnicas de intervención terapéutica que constantemente se usan en terapia estratégica. Por consiguiente, en términos de formulación teórica, el modelo psicológico que presentamos aquí puede definirse también como *sistémico-estratégico*, por cuanto consideramos resueltamente complementarios entre sí el enfoque de la terapia sistémica de Palo Alto y los procedimientos operativos de Erickson.

De hecho, a partir de los descubrimientos y experiencias innovadores ya mencionados, se desarrolló una nueva concepción de cuanto se refiere a la realidad y a su percepción por parte de los individuos y se creó, como consecuencia, un nuevo modo de ver la problemática de orden psicológico y psiquiátrico, en relación sobre todo con la formación y la resolución de los trastornos.

Haremos referencia aquí, por motivos de espacio, sólo a algunos de los puntos de la mencionada voluminosa formulación teórico-práctica, analizando en particular su evolución hasta el modelo actual de enfoque estratégico de la terapia.

2. La revolución sistémica en psicoterapia

En la base misma de la formulación sistémica y de la consiguiente praxis aplicativa en psicoterapia, se encuentra la reflexión sobre el hecho de que, igual que otras conceptualizaciones científicas, las teorías psicológicas y psiquiátricas clásicas se hallan impregnadas de la epistemología de su tiempo y poseen todas «la característica inconfundible de las teorías fundamentadas sobre la primera ley de la termodinámica, por su atención casi exclusiva a los fenómenos de conservación y transformación de la energía. El concepto de causalidad que tales modelos implican es necesariamente de tipo *lineal*, unidireccional» (Watzlawick 1976, p. 7), según el cual un acontecimiento *A* determina otro acontecimiento *B*, y *B* producirá igualmente *C*, y así sucesivamente del pasado, al presente, al futuro. De este modo, según esta perspectiva teórica, todo tipo de explicación o de investigación de un acontecimiento deberá recurrir al análisis del pasado, por cuanto éste representa la causa del presente. Sólo la comprensión del pasado, según este tipo de teorías, puede llevar a la comprensión y a la modificación eventual del presente. Pero hacia los años cincuenta, una nueva epistemología muy diversa empezó a ganarse cada vez más el consenso en el seno de la comunidad científica. Dicha

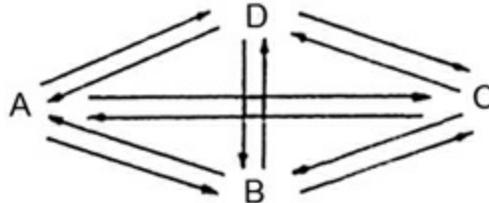
epistemología, «más que en el concepto de energía y en la consiguiente idea de causalidad unidireccional, se funda en el concepto de *información*, es decir, de *orden*, *modelo*, *entropía negativa* y, en este sentido, en la segunda ley de la termodinámica. Sus principios provienen de la cibernética, la causalidad es de tipo *circular*, de naturaleza retroactiva y, desde el momento en que la información constituye su elemento central, se orienta a procesos comunicativos de sistemas entendidos en un sentido más amplio, por tanto, también sistemas humanos; por ejemplo familias, organizaciones amplias y hasta relaciones internacionales» (Watzlawick 1976, p. 8).

Si se observa el comportamiento de un individuo en términos sistémicos y cibernéticos, esto es, considerando las entidades personales no como objetos autónomos, dotados de un esquema evolutivo y comportamental «determinado» propio, sino como entidades que interactúan dentro de un sistema de relaciones o un contexto caracterizado por un continuo y mutuo intercambio de informaciones entre las entidades singulares que se influyen recíprocamente, entonces se modifica completamente la perspectiva clásica del estudio de la personalidad y de la conducta humana. El análisis de la persona, en sí, no en función de sus relaciones con las demás personas o con el contexto situacional, parece insostenible. Igual que en matemáticas, donde un número existe sólo en relación con su función en un contexto operativo y en su relación con los demás números, así también la persona singular se expresa a sí misma y expresa su comportamiento en función de sus interacciones con los demás y el ambiente que la rodea.

A esta consideración de orden general, debemos añadir el concepto de *retroacción*, esto es, la peculiaridad de todos los seres vivientes que se hallan dentro de un sistema de comunicación de no ser simples emisores o receptores de información, sino de dar y recibir siempre una retroacción (*feedback*) en relación con el mensaje emitido o recibido. La retroacción es el mensaje de retorno al emisor que establece un juego circular de informaciones e influjos recíprocos entre el emisor y el receptor del primer mensaje. De tal modo que se produce una forma de *causalidad circular* en el interior de la cual no existe una verdadera relación de causa y efecto entre el primer emisor del mensaje y el receptor, sino una forma más compleja de causación recíproca entre las variables en juego en una relación. Se supera de esta suerte el concepto determinista de *unidireccionalidad* y *causalidad lineal*, que puede expresarse gráficamente de la siguiente manera,

A — B — C — D

a favor de una concepción no determinista de acuerdo con las teorías epistemológicas contemporáneas de *causalidad circular*, que puede expresarse también gráficamente de la siguiente manera:



en la que el proceso adopta una forma circular de reverberación mediante las retroacciones recíprocas entre las variables. Una vez desencadenado este proceso circular, no existe ya un comienzo o un fin, sino sólo un sistema de influjo recíproco entre variables. De aquí brota la exigencia de estudiar el fenómeno en su globalidad, teniendo siempre presente que toda variable se expresa en función de su relación con las otras variables y el contexto de la situación. Luego viene la comprobación de que la suma de las partes no es igual al todo, y de que el aislamiento de una sola de las variables para el estudio de sus características conduce inexorablemente a un reduccionismo y a distorsiones de tipo cognoscitivo, que no pueden representar cabalmente las prerrogativas de cada una de las variables, ni pueden llevar a la reconstrucción del proceso relacional entero. Por consiguiente, queda la exigencia de estudiar los fenómenos interactivos, porque ellos son los que determinan, junto con la peculiaridad de las variables, la expresión del proceso en curso y la expresión de cada variable en concreto. Sólo si se da la debida importancia a esta dinámica interactiva y a las reglas que la gobiernan puede obtenerse una representación correcta de los fenómenos individuales y de su procedencia.

Según estas referencias teóricas parece evidente el punto de vista innovador y alternativo de la teorización sistémica respecto de las concepciones psicológicas y psiquiátricas clásicas, orientadas hacia el análisis de lo intrapsíquico y el pasado remoto como causas deterministas y unidireccionales de la conducta actual de una persona.

De esta suerte se pasó a un modo de conceptualizar los acontecimientos completamente nuevo, hasta revolucionario respecto de las viejas concepciones. Como

hemos dicho, esto sucedió en el seno de diversas disciplinas científicas y gracias a ello se llegó a un modo, alternativo e innovador, de conceptualizar los problemas humanos, que halló su expresión en psicoterapia en la terapia familiar-sistémica.

Se trata de un modelo de intervención terapéutica, que dirige su atención principal a la comunicación y al momento actual de su manifestación y no ya al análisis de las causas del pasado.

Inspirador, sin duda alguna, de la nueva conceptualización fue Gregory Bateson, quien, junto con su grupo de investigación y en colaboración con D.D. Jackson, formuló y aplicó estas tesis al campo práctico psicológico y psiquiátrico.

Dicho equipo aplicó los principios cibernéticos y antropológicos al estudio de familias con un componente emotivo perturbado. Nació así, de documentaciones empíricas y de un desplazamiento de perspectiva teórica (desde el punto de vista clásico psiquiátrico, que enmarca el comportamiento disfuncional dentro de cuadros clínicos, hasta la perspectiva antropológica que intenta explicar la función y el funcionamiento de aquel comportamiento en su contexto específico), la hipótesis que posteriormente se transformó en teoría según la cual, en la raíz del trastorno «psíquico», existe una comunicación disfuncional entre el sujeto perturbado y los demás miembros de su grupo de referencia primaria. De esta manera la atención se desplazó desde el individuo, considerado como una estructura en sí, al individuo visto como sistema, interactivo con los demás sistemas, en el interior de un sistema de relaciones más complejo y estructurador («el comportamiento psicopatológico no existe en el individuo aislado, sino sólo en cierta clase de interacción patológica entre individuos» [Watzlawick y otros autores 1967; versión cast., 1991, p. 23]).

De esta suerte se pasó, en psicoterapia, de lo *intrapsíquico* a lo *relacional*. Del análisis *hacia atrás* del pasado al estudio de las reglas que gobiernan la interacción en el *aquí y ahora*, de la pregunta relativa al *porqué* del problema, a la que se refiere a *qué es* y a *cómo* modificar el problema actual, de la extrema pasividad del terapeuta al activismo y al empleo del influjo personal en la praxis clínica en el cambio de una situación problemática.

La terapia, por consiguiente, fue entendida como un cuidadoso estudio de la comunicación interpersonal dirigido a modificar, por medio de acciones o prescripciones directas, a veces paradójicas o aparentemente ilógicas, el sistema de relaciones disfuncional operante en un grupo determinado de personas.

«Estudiando la comunicación, es posible identificar las "patologías" de la comunicación y demostrar que ellas son las responsables de las interacciones patológicas. Puede suceder que un individuo se encuentre sometido a dos órdenes contradictorias vehiculadas por el mismo mensaje: un mensaje paradójico. Si la persona no puede desvincularse de este *doble vínculo*, su respuesta será un comportamiento interactivo patológico» (Watzlawick y otros autores 1967; versión cast., 1991, p. 196).

Éste es el ejemplo típico del famoso constructo del *double bind* (doble vínculo), cuya presencia el propio grupo de Bateson había observado en forma de comunicación disfuncional en las familias en situación psicopatológica. Un sujeto atrapado en el interior de un sistema así de comunicación, sea cual sea su manera de responder al imperativo, entra con todo en un estado de disonancia y culpa, por cuanto la estructura del mensaje recibido no le da la posibilidad de hallar una vía de salida no ansiógena o no culpabilizadora. Este constructo que se halla en la raíz de la conceptualización de la terapia familiar sistémica ha demostrado poseer, como Giannattasio y Nencini (1983) refieren, un gran poder efectivo *heurístico*, esto es, un significado predictivo y no sólo conformador *a posteriori* como otros muchos conceptos en psicoterapia.

Aparte de este famoso constructo, el grupo capitaneado por Bateson y Jackson –este último fundador y primer director del MRI de Palo Alto–, puso de relieve muchas otras tipologías interactivas con efectos parecidos al *double bind*: tácticas, juegos, simetrías y otros mecanismos de comunicación que inducen a un sujeto, por lo general al más frágil del grupo, a la estructuración de un comportamiento psicopatológico. De estas observaciones empíricas y de su formulación teórica derivó el modelo de tratamiento familiar que se basa justamente en intervenciones terapéuticas que tienden a desbloquear las situaciones de reverberación continua de un sistema de comunicación disfuncional. Estas intervenciones se basaban a menudo en el empleo de mensajes paradójicos, como la «prescripción del síntoma» y otros procedimientos, como los dobles vínculos terapéuticos, etc.

Una de las innovaciones revolucionarias llevadas por la terapia sistémica a la praxis clínica con relación a las demás formas de psicoterapia se concreta, además, en el uso del espejo unidireccional y de la grabación en vídeo de las sesiones. Estas dos características nos ofrecen la posibilidad de subrayar una vez más la corrección metodológica y epistemológica del enfoque sistémico, tanto en la investigación como en los procedimientos de intervención terapéutica.

El grupo de Palo Alto, desde el estudio preliminar de las familias en situación psicopatológica, había utilizado, dentro del estilo antropológico de Bateson, la toma filmada y el estudio minucioso de las interacciones por parte de todo el grupo de los investigadores. Al precisar luego la estrategia de la intervención terapéutica sobre la familia, este grupo añadió, a la grabación filmada, la técnica habitual del uso del espejo unidireccional para estudiar a fondo los fenómenos en cuestión, de modo que el grupo de los investigadores podía observar directamente el desarrollo de la sesión y sugerir al terapeuta estrategias o indicaciones por medio del interfono. De esta manera la sesión la lleva a cabo en realidad, no sólo el terapeuta que la vive en primera persona, sino todo el equipo compuesto por el terapeuta y el grupo sentado detrás del espejo.

Todo esto es garantía, sin duda alguna, de una praxis terapéutica más sistemática y controlada, que busca expresarse en el trabajo de grupo. Además, la filmación con el vídeo permite el estudio *a posteriori* de la interacción clínica con la posibilidad de tener a disposición el material real y objetivo, para la preparación adecuada de las estrategias de intervención.

Se entiende bien que esta praxis metodológica, tanto en terapia como en investigación clínica, se distingue claramente de todas las demás formas de praxis típicas de otros modelos de psicoterapia, en los que está absolutamente prohibido entrar en el *setting*; en estos tipos de terapia, para saber más, debemos contentarnos con el relato del terapeuta. El cual, por muy honesto que sea, pondrá de relieve en su relación los detalles que su trabajo destaca, pero perderá gran parte de las informaciones que se pueden extraer de la observación directa de la interacción terapéutica. De este modo, se dará propiamente importancia sólo a una parte del trabajo, dejando de lado el resto, parte que será muy probablemente aquella que se halla más en consonancia con la teoría psicológica con la que el terapeuta personalmente se vincula.

Quien tiene experiencia de investigación observadora, sabe bien lo difícil que resulta recoger datos, de una manera objetiva, incluso en el caso de observar una situación desde el exterior. Imaginemos, pues, lo especialmente difícil que ha de ser actuar en aquellos casos en que el observador se halla envuelto por la interacción terapéutica. Esta última forma de «observación participante» lleva muy a menudo a notables distorsiones en la precisión de los datos y, las más de las veces, no hace más que confirmar las hipótesis teóricas del terapeuta. Como decía Einstein, «la teoría determina aquello que observamos».

Las afirmaciones teórico-prácticas del modelo sistémico, en cambio, se basan en estudios empíricos de la interacción familiar y terapéutica llevados a cabo mediante los procedimientos anteriormente descritos. Por consiguiente, se puede afirmar que esta formulación se fundamenta en criterios epistemológicos rigurosos de acuerdo con los recientes desarrollados de la filosofía de la ciencia. De igual manera, puede decirse que se basa, en lo que se refiere a procedimientos de estudio e investigación, en instrumentos y metodologías observables y verificables; y esto la distingue de la mayoría de modelos psicológicos y psiquiátricos restantes.

3. De la terapia familiar a la terapia estratégica

Después de esta breve referencia al origen y desarrollo de la terapia sistémica, el lector puede entender mejor de qué manera estas teorías y prácticas aplicativas han llegado a entrecruzarse con los estudios sobre la hipnosis y la praxis clínica de Milton Erickson y, como decíamos antes hablando de las estrategias del cambio, cómo se combinan entre sí el trabajo del gran hipnotizador y la formulación teórico-práctica del grupo de Palo Alto.

Con relación a ello hay que recordar que, dentro del famoso proyecto sobre el estudio de la comunicación de Gregory Bateson, Jay Haley y John Weakland estudiaron extensamente el tipo de comunicación terapéutica de Erickson, sus estrategias terapéuticas, así como sus ideas referentes a las problemáticas psicológicas y psiquiátricas. Erickson, por aquellos años, se hallaba en la fase culminante de su carrera de hipnotizador y psicoterapeuta, pero sobre todo era famoso por sus casi milagrosas terapias, que se basaban en estrategias inusitadas y decididamente opuestas a los procedimientos psicoterapéuticos clásicos, de los que se diferenciaban no sólo por su originalidad operativa, sino también por su eficacia y eficiencia. Estas características propias de su modo de hacer terapia le habían creado una fama como de mago, que le echó encima las iras y las acusaciones de la medicina y psiquiatría norteamericana tradicional de aquel período, que probablemente lo consideraba un elemento «perturbador».

El modo de hacer terapia propio de Erickson representó para el grupo fundador de la perspectiva sistémica un material clínico fundamental. Se observó, en efecto, que el gran terapeuta, de una manera intuitiva y empírica, había preparado y utilizado estrategias terapéuticas que venían a ser la aplicación directa y antecedente de muchas de las

formulaciones teórico-prácticas que el grupo de Bateson y Jackson había formalizado como modelos. Se observó, por ejemplo, que Erickson, basándose en su experiencia de hipnotizador, utilizada en terapia formas paradójicas de acción y prescripción, poniendo en práctica, como un gran maestro, formas de «doble vínculo» terapéutico; que recurría a la *sorpresa* y al *empleo de la resistencia* y que, a la manera de un gran ilusionista, ponía al paciente en una situación tal que su única salida posible era la superación del problema en cuestión. A través del empleo de la hipnosis, por tanto, había llegado a expresar de un modo excepcional y personalizado una forma de psicoterapia en total concordancia con la formulación teórica interaccional y sistémica. Un planteamiento, en realidad, que le permitía curar, con éxito y en un tiempo breve, a individuos, parejas y familias.

A partir de ahí y tras decenios de experiencias de aplicación terapéutica de las mencionadas teorías de la comunicación, el planteamiento estratégico de la terapia se ha consolidado gradualmente como una perspectiva teórico-práctica específica que viene a ser una evolución de la terapia familiar.

Con relación a la terapia familiar-sistémica clásica, la diferencia está en una mayor atención focalizada sobre el problema que se presenta, sobre cuanto lo sostiene y la manera de modificar rápidamente la situación, más que sobre la interacción familiar y la reorganización de su sistema relacional. Pero, obviamente, ambas perspectivas son, a menudo, intersecantes y complementarias. De hecho, por lo común, mediante la resolución del problema que presenta el paciente o los pacientes, se modifica la interacción familiar, así como, modificando el sistema relacional, puede llegar a resolverse el problema específico. La pregunta fundamental que se hace el terapeuta debe ser: ¿qué estrategia funciona mejor para este problema concreto? A partir de ella, y tras haber comprendido el funcionamiento de todo el sistema, decidirá si ha de tratar al paciente individual o más bien a la familia, si ha de intervenir directamente sobre el sistema familiar o si más bien ha de trabajar únicamente con el sujeto.

Dicho esto, hay que aclarar también que no existe un único modelo de terapia estratégica; de hecho, en el ámbito del enfoque estratégico de la terapia, se han desarrollado diversos modelos de intervención terapéutica. Sin embargo, intentando un reagrupamiento a modo de síntesis, los dos modelos más consolidados y que más han influido en el pensamiento y el trabajo de los autores estratégicos son el de Haley (1967, 1973, 1976; Montalvo y Haley 1973; Madanes 1981) y el modelo MRI de Palo Alto

(Weakland y otros autores 1974; Watzlawick, Weakland y Fisch 1974; Watzlawick 1977; Herr y Weakland 1979; Fisch, Weakland y Segal 1982). Ambos modelos proceden de las experiencias de autores que han formado parte del grupo originario de Bateson para el estudio de la comunicación y que han mantenido una estrecha relación de colaboración con Milton Erickson; son autores que, partiendo de dichas experiencias y fundándose en su trabajo personal de terapeutas e investigadores, han formalizado dos planteamientos estratégicos que resultan consonantes en muchos aspectos, pero que se diferencian por algunas peculiaridades teórico-prácticas que ahora intentaremos resumir brevemente.

Para Haley y su grupo, el problema está determinado sobre todo por la incongruencia jerárquica en el seno de la familia y por las subsiguientes consecuencias disfuncionales de actos que llevan el marchamo de alianzas y juegos de poder. El síntoma es considerado una metáfora del problema y, a la vez, representa la solución, eso sí insatisfactoria, que el sujeto le ha dado.

La terapia se centra en la gestión del poder (los síntomas mismos se consideran instrumentos de poder) mediante la reorganización de las jerarquías en el interior del sistema familiar. El terapeuta se inscribe directamente en el interior del juego de poder familiar y busca deliberadamente reorganizarlo de un modo más funcional (Haley 1976, p. 80).

«Una manera de concebir el planteamiento está en impartir directrices que apunten directamente a la meta, como, por ejemplo, la de acompañar a la escuela al niño que rechaza ir a ella. Para la familia en la que la intervención directa no surtiría ningún efecto, el terapeuta se repliega sobre un modelo alternativo que motivará a la familia al logro del objetivo. Si tampoco esto llegase a producir el efecto deseado, el terapeuta lo intentará todavía por otros medios» (Madanes 1981; versión it., 1987, p. 40).

El estilo terapéutico es marcadamente directivo. Este planteamiento considera fundamental «la superación de las crisis de paso situadas en diferentes estadios de la vida familiar».

«Haley (1973) ha distinguido seis estadios sucesivos:

- »a) el período del noviazgo;
- »b) el período inicial del matrimonio;
- »c) el nacimiento y la relación con el hijo;
- »d) el período intermedio del matrimonio;
- »e) la separación de los padres por parte de los hijos;

»f) la jubilación y la vejez.

»En este planteamiento, resulta de particular interés el momento en que un joven abandona la casa paterna (Haley 1985). Se piensa que los graves fenómenos patológicos (esquizofrenia, delincuencia, drogodependencia, etc.), que frecuentemente ocurren en esta fase, son fruto de las dificultades que el ser humano puede hallar en el momento en que considera cerrado un estadio del ciclo de la propia existencia. De hecho, todas las categorías diagnósticas tradicionales, consideradas en el contexto de la situación familiar del individuo, pueden redefinirse en términos de las dificultades que se hallan en el paso de una fase a otra del ciclo vital» (Madanes 1981; versión it., 1987, p. 35).

Los problemas o síntomas son vividos como modalidades comunicativas entre individuos en el interior de un determinado contexto social, y los sistemas patológicos son descritos en términos de jerarquías disfuncionales que deben reorganizarse en un orden funcional.

En la perspectiva del MRI, el problema está determinado por el mecanismo de acciones y retroacciones desencadenado y mantenido por las «soluciones ensayadas» que el paciente o los pacientes han utilizado al hacer frente a los trastornos o síntomas actuales. En esta óptica, se considera fundamental la conceptualización que el paciente o los pacientes logran de su problema y lo que han intentado hacer, basados en esta conceptualización, para resolver el problema.

En otros términos, el terapeuta debe hacerse con una clara descripción del problema, o de las «soluciones ensayadas» y de las reacciones al mismo. Después, estudiará la estrategia de intervención basándose en los datos del «diagnóstico» y de acuerdo con la idiosincrasia del sujeto o de los sujetos en tratamiento.

La intervención, las más de las veces basada en prescripciones de comportamiento, debe interrumpir y alterar el ciclo repetitivo de perpetuación del problema. Según el grupo del MRI, incluso un mínimo cambio en el interior de un sistema rígido produce una reacción en cadena que acaba modificando todo el sistema.

En esta perspectiva, al construir el problema terapéutico y las diversas estrategias, hay que orientarse hacia objetivos aparentemente mínimos. Ello ofrece la ventaja de reducir notablemente la resistencia al cambio del paciente o los pacientes. Como ha descrito Hoffman (1981), el modelo *brief therapy* del MRI se caracteriza por la economía y la elegante parsimonia de intervención. «Si el terapeuta identifica bien la secuencia dentro de la cual el síntoma es parte vital, un pequeño cambio detalladamente

estudiado puede ser suficiente para producir un gran efecto» (1981, p. 213).

La directividad del terapeuta es muy sutil y hay que disfrazarla, basándola en una no directividad aparente o una *one-down position*. También las prescripciones y las directrices terapéuticas están, las más de las veces, disfrazadas o encubiertas, aparentemente orientadas a un efecto trivial, aunque en realidad tienen como finalidad un cambio concreto y real de la situación problemática.

En síntesis final, podemos afirmar que, en ambos modelos, procedimientos terapéuticos iguales típicos del planteamiento estratégico de la terapia se orientan con mucha frecuencia a centros de interés diversos, según lo requieren las distintas concepciones de los autores sobre los elementos que mantienen activo el problema.

El modelo de terapia expuesto en esta obra ha de entenderse, a la luz que proyectan más de veinte años de aplicación de estas formulaciones y gracias a las aportaciones más recientes de la investigación en el campo de la terapia (sobre todo por lo que se refiere a la eficacia y eficiencia de las estrategias orientadas al cambio de las situaciones problemáticas), como una síntesis evolutiva del planteamiento estratégico de la terapia.

La praxis clínica en terapia estratégica: proceso y procedimientos

«No puedo decir con certeza si será mejor cuando sea diverso, pero puedo decir que es necesario que cambie si es que ha de mejorar.»

G.C. Lichtenberg, *Libro de consolación*

Antes de adentrarnos en la exposición de la praxis clínica, conviene afianzar algunos de los conceptos fundamentales de nuestro enfoque de la terapia.

La relación entre terapeuta y paciente, en terapia estratégica, no es una especie de «amistad a pago», ni mucho menos una relación de «consuelo» o «confesión», sino una especie de partida de ajedrez jugada entre el terapeuta y el paciente con problemas. Igual que en el juego del ajedrez, hay un sistema de reglas de juego, un proceso de fases evolutivas y una serie de estrategias consolidadas para situaciones específicas con el fin de llegar con éxito al final de la partida.

En este capítulo se expone, punto por punto, igual como hacen los manuales de ajedrez, el «proceso» usual de la terapia, desde el primer encuentro entre terapeuta y paciente hasta la conclusión del tratamiento.

En esta exposición se presentará también al detalle una serie de estrategias consolidadas y de técnicas terapéuticas específicas, es decir, se expondrán los procedimientos usuales que van desde la apertura de la partida hasta el jaque mate final.

Con ello, no queremos ciertamente ser exhaustivos en lo que se refiere al repertorio de las posibles estrategias de aplicación, puesto que las combinaciones de jugadas y contrajugadas en una partida son innumerables y dependen de la interacción entre los dos que juegan: terapeuta y paciente.

Pero es preciso recordar que existe por lo menos un aspecto importante que hace insostenible la analogía entre terapia y juego del ajedrez y que incluso resalta su semejanza hasta lo estridente: este aspecto representa la característica fundamental de uno y otro tipo de «juego».

El ajedrez es un juego de «suma igual a cero» (Neumann y Morgenstern 1944), es decir, un juego que prevé forzosamente un vencedor y un vencido; mientras que la

terapia es un juego de «suma distinta de cero», esto es, un juego en el que no existen vencedores y vencidos, sino que es forzoso que venzan o pierdan ambos jugadores. En realidad, si el terapeuta logra resolver los problemas del paciente, esquivando su resistencia al cambio, ambos terminan vencedores: el terapeuta satisfecho de sí profesionalmente y el paciente contento por haberse liberado de sus problemas. Si la terapia falla y el paciente pierde la partida, son ambos los que resultan perdedores, por cuanto el paciente conserva sus problemas sin solucionar y el terapeuta la frustración y el desengaño profesional. Por ello sostenemos que, cualquiera que sea la estrategia que el terapeuta utilice para vencer con la mayor rapidez posible su partida con los problemas del paciente, incluso en el caso de que recurra a formas de estrategia manipuladoras, cínicas y aparentemente deshumanizadas, ésta no deja de tener un profundo valor ético.

Proceso y procedimientos de la terapia

La terapia estratégica es una intervención terapéutica normalmente breve⁴, orientada a la extinción de los síntomas y a la resolución del problema o de los problemas presentados por el paciente o pacientes. Este planteamiento, como ha de hacerse todavía más claro por lo que sigue, no es reducible a una terapia superficial sintomática, sino que es una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y de las reacciones comportamentales derivadas del paciente o pacientes.

Como ya hemos referido, se parte de la convicción de que la resolución de los problemas requiere la ruptura del sistema circular de retroacción que mantiene la situación problemática, la redefinición de la situación y la consiguiente modificación de las percepciones y de las concepciones del mundo que constriñen a la persona a respuestas disfuncionales.

Desde esta perspectiva, el recurso a noticias o informaciones acerca del pasado o acerca de la denominada «historia clínica» del sujeto representa sólo un medio para poder disponer de las mejores estrategias de resolución de los problemas actuales, y no un auténtico procedimiento terapéutico como es en el psicoanálisis.

El terapeuta, desde su primer encuentro con el paciente, en vez de estudiar su pasado, centra interés y valoración en:

a) qué sucede en el interior de las tres clases de interacciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo;

b) cómo funciona el problema que se presenta en el interior de este sistema

relacional;

c) cómo el sujeto ha intentado, hasta el presente, combatir o resolver el problema (soluciones ensayadas);

d) cómo es posible cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y eficaz.

Después de haber construido una o más hipótesis sobre los puntos citados, y después de haberse puesto de acuerdo con el paciente respecto del objetivo, o los objetivos, de la terapia, se determinan y se aplican las estrategias para la resolución del problema presentado.

Si el tratamiento, funciona, se observa, por lo común, una clara *reducción de los síntomas*, desde los primeros compases del tratamiento, así como un *cambio progresivo* en las maneras como el paciente se percibe a sí mismo, a los demás y al mundo. Esto quiere decir que su punto de observación de la realidad se va desplazando gradualmente desde la rigidez, típica del sistema perceptivo-relacional que alimentaba la situación problemática, hacia la elasticidad de la percepción de la realidad y su instalación ante ella, con un progresivo aumento de la autonomía personal y de la autoestima que se debe al hecho de comprobar que es posible resolver el problema.

Pasando ahora a tratar de la terapia, paso por paso, para exponer mejor el desarrollo de su proceso, podemos esquematizar sus fases de la siguiente manera⁵:

- 1) Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica.
- 2) Definición del problema (síntomas, trastornos...).
- 3) Acuerdo sobre los objetivos de la terapia.
- 4) Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema.
- 5) Programación terapéutica y estrategias de cambio.
- 6) Conclusión del tratamiento.

En los puntos que siguen, tratamos por extenso de cada una de estas seis fases de la terapia. Para una explicitación directa, nos remitimos a la exposición de los casos clínicos.

1. Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica

El primer contacto con el paciente constituye un momento de gran importancia para el tratamiento. Ya Aristóteles decía que un buen inicio es la mitad del trabajo. En esta fase

de apertura de la terapia, el objetivo primario no es otro que el de crear una relación personal que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, dentro de la cual pueda llevarse a cabo tanto la investigación diagnóstica como las primeras maniobras de adquisición de capacidad de intervención. Por ello, la estrategia fundamental consiste en *observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente*. En otras palabras, el terapeuta debe entrar en sintonía con las modalidades de representación de la persona que está pidiendo ayuda. Esto quiere decir que debe adaptar su lenguaje y sus acciones a las «imágenes del mundo» y al estilo comunicativo del paciente. Por ejemplo, si este último es una persona racional intensamente ligada a categorías lógicas, el terapeuta deberá hablar y actuar en términos extremadamente lógicos y racionales, sin ninguna concesión a la improvisación de la fantasía; mientras que si se halla ante una persona imaginativa y poética deberá hablar en términos imaginativos, creativos y poco relacionados con categorías rígidamente lógicas. Como bien se entiende, esta maniobra inicial es justamente lo contrario de lo que usualmente acontece en psicoanálisis, donde es el paciente quien debe aprender el lenguaje y las teorías psicoanalíticas para ser introducido y poder iniciar el tratamiento.

Desde nuestra perspectiva, este primer paso es fundamental porque sólo aceptando aquello que el paciente nos ofrece y hablando su mismo lenguaje se logra establecer el clima de contacto interpersonal y de sugestión positiva que hace posible «manipular» y cambiar de rumbo sus acciones; asumir, en otras palabras, capacidad terapéutica y circunvalar su resistencia al cambio. Como cuando un buen vendedor, para poder colocar su mercancía, acepta tranquilamente cualquier cosa que le diga el cliente y muestra su buena disposición a todas sus pretensiones sin contradecirlo, hasta que, con paciencia y recurriendo a una especie de persuasión pasiva, logra que aquél le compre la mercancía, aunque deba echar mano de esta técnica para el indeseable fin de engatusar a la gente. Un buen terapeuta, en su primer contacto con el paciente, debe hacer más o menos lo mismo, aunque con el fin positivo de inducirlo a una gran motivación y confianza, sugestionarlo de un modo positivo y conducirlo, sin que deba renunciar a sus convicciones, a llevar a cabo, en el transcurso de la terapia, acciones que incluso son totalmente contrarias a sus concepciones actuales. Para un tratamiento más profundo de esta estrategia comunicativa en terapia, remitimos a la p. 88ss, mientras pasamos ahora a la descripción de la segunda fase del tratamiento que, entre otras cosas, es contemporánea de la primera e interfiere con ella.

2. Definición del problema

Al proceder de la manera que acabamos de describir, en orden a una indagación focal de la problemática que el paciente presenta, es fundamental aclarar de un modo concreto el *problema* y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene. Desde la primera sesión, el terapeuta debe centrar el problema basándose en la observación de la persona y de la explicación que ella hace de su trastorno del modo más claro y definido posible, de forma que pueda identificar concretamente las matrices pragmáticas del problema actual. A veces, esta operación no resulta fácil de realizar en poco tiempo, porque las personas son a menudo vagas en la descripción de sus problemas y resulta necesario profundizar bien en el conocimiento de la realidad que vive el sujeto, antes de poder definir el problema junto con él y pasar a la fase más activa del tratamiento. Pero esto no debe causar ninguna crisis al terapeuta, porque las sesiones de clarificación del problema, si se llevan a cabo siguiendo la técnica antes indicada del «calcado»⁶ del estilo comunicativo de la persona sometida a tratamiento, son ya auténticas formas de intervención terapéutica y no es raro observar, ya en esta primera fase de exploración, mejoras sintomáticas. A este respecto, es provechoso recordar a los clínicos el famoso «efecto Hawthorne»⁷, fenómeno que los psicólogos sociales conocen bien, para reflexionar sobre la circunstancia de que el simple hecho de saber que alguien cuida de nosotros puede influir positivamente en nuestra situación. Además, una vez conseguida una imagen más clara y concreta del problema, resulta mucho más fácil hallar una solución más rápida y eficaz. El tiempo, por tanto, que aparentemente se pierde en la fase denominada de diagnóstico se recuperará en la fase estrictamente operativa.

Por cuanto se refiere a la definición y valoración del problema presentado, el terapeuta debe tener en cuenta algunas características generales de los problemas humanos que permiten analizar y enmarcar mejor la situación específica ante la cual se halla.

Según Greenberg (1980), existen tres categorías generales de problemas en que se debaten las personas:

- a) la interacción entre el sujeto y sí mismo;
- b) la interacción entre el sujeto y los demás.

A estas dos categorías generales, añadimos una tercera categoría de problemáticas:

- c) la interacción entre el sujeto y el mundo. Entendemos por mundo el ambiente

social, los valores y las normas que regulan el contexto en medio del cual vive el sujeto.

A nuestro entender, con sólo que una de estas tres categorías de interacción no funcione bien, las restantes dejarán de funcionar correctamente. De hecho, las tres áreas de relación, componentes ineludibles de la existencia de todo individuo, interactúan entre sí y se influyen recíprocamente, según una forma circular de *interdependencia*. Pero lo importante, en la perspectiva de la terapia focal de los problemas presentados, es observar cómo funciona esta circularidad y si una de las tres dimensiones afecta más directamente al paciente, porque, en tal caso, ésta habrá de ser la primera área de intervención a través de la cual se modificará todo el sistema perceptivoreactivo, típico de la situación problemática del paciente.

Para ello, al definir concretamente el problema, el terapeuta debe hallar la respuesta a la siguiente serie de preguntas que, a nuestro parecer, representan una línea orientativa compendiada de investigación diagnóstica estratégica:

¿Qué pautas de comportamiento habitual del paciente se observan?

¿Qué identifica el paciente como problema suyo?

¿De qué modo se manifiesta el problema?

¿Con quién aparece el problema, o se enmascara o bien no aparece?

¿Cuándo se manifiesta normalmente?

¿Dónde y en qué situaciones?

¿Con qué frecuencia e intensidad se manifiesta?

¿En qué contexto/s aparece?

¿Qué se ha hecho y qué se ha hecho correctamente (ya sea solo o con otros) para resolver el problema?

¿Qué tipo de equilibrio domina el problema? ¿Para qué sirve? ¿Cuál es su función?

¿A quién o qué beneficia?

¿Quién podría resultar dañado por la solución del problema?

Creemos, en términos de eficiencia terapéutica, que, una vez conocidos y aclarados estos interrogantes, el terapeuta está en disposición de programar y poner en práctica con éxito las estrategias orientadas a la ruptura del círculo vicioso de acciones y retroacciones que mantienen el problema.

3. Acuerdo sobre los objetivos de la terapia

La definición de los objetivos de la terapia, que a primera vista puede parecer como algo obvio, a nuestro entender representa una exigencia pragmática importante que ejerce una doble función:

a) Por una parte, ésta es una buena guía metodológica para el terapeuta, en cuanto representa un enfoque de la programación terapéutica hacia una orientación precisa, con una serie de objetivos por alcanzar gradualmente que garantizan una verificación progresiva y el control del trabajo.

b) Por otra parte, la definición de los objetivos representa para el paciente una sugestión positiva, en cuanto la negociación y el acuerdo acerca de la duración y los fines de la cura poseen el poder de reforzar y aumentar su colaboración y confianza en el éxito terapéutico.

El paciente se siente parte activa del proyecto de cambio y tiene la impresión de que es él quien controla el desarrollo de la terapia. Además, cuando el terapeuta concierta el objetivo que ha de ser alcanzado, transmite al paciente el siguiente mensaje: «Creo que puedes y que eres capaz de lograr lo que nos proponemos», o bien: «Pienso que lograrás resolver tus problemas.» Este tipo de mensaje ejerce una sugestión intensa en dirección al cambio y moviliza, normalmente, en el paciente fuertes reacciones positivas de colaboración.

A este respecto, los experimentos de Rosenthal⁸ sobre el efecto que ejerce la expectativa del experimentador en la conducta de los sujetos del experimento demuestran el enorme poder que pueden tener las expectativas que una persona transmite a otra con relación a su conducta y a sus posibilidades. Estos experimentos demuestran también que, si dichas expectativas son positivas y confiadas, pueden mejorar bastante la capacidad del sujeto en la ejecución de las pruebas exigidas. Por lo demás, en hipnoterapia, se ha sabido siempre que cuanto más expresa el hipnotizador su seguridad y sus expectativas en lo que se refiere a lograr que el sujeto entre en trance tanto más fácilmente cae éste en dicho trance.

Como consecuencia de estas reflexiones, el acuerdo sobre los objetivos de la terapia no puede ya considerarse como algo obvio, por lo que no se debe perder el tiempo.

Por último, al concertar los objetivos y al programar la terapia, es muy importante también que el terapeuta construya una escala gradual y progresiva de pequeños objetivos, que den la sensación al paciente de que el tratamiento no es demasiado acuciante y ansiógeno. Y ello porque no hay que hacer sentir al sujeto un impulso

excesivo hacia el cambio, sino que hay que dar la impresión de que se trata de una praxis sistemática y precisa con objetivos concretos por alcanzar que no han de parecer excesivamente apremiantes. De otro modo se corre el riesgo, dando la impresión de querer correr demasiado, de desviar el tratamiento. De hecho se ha observado que, si se pide ir despacio, se obtiene paradójicamente una mayor velocidad en la promoción de cambios, mientras que, si se pretende acelerar demasiado, no se obtiene más que el entumecimiento de la resistencia y la reducción en el proceso del cambio o hasta la huida de una terapia que provoca temor.

4. Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema

Después de realizar las tres primeras fases del tratamiento siempre en el transcurso de los primeros encuentros, el terapeuta debe estudiar atentamente la situación que presenta el paciente y hallar los puntos cardinales en que ésta se apoya. Es decir, ha de saber dar con los puntos de apoyo más provechosos en que sostenerse para obtener el cambio de la situación problemática. Por tanto, además de definir claramente el problema recurriendo a cuanto se ha dicho en la fase 2 (véase apartado 2), es necesario observar con precisión cómo se aguanta el problema y cuál de los factores que lo sostienen ha de ser considerado como el foco en el que hay que intervenir con mayor probabilidad de éxito.

De la experiencia clínica procede la indicación de que, muchas veces, los mismos intentos de resolver el problema precisamente lo sostienen. La solución, repetidamente intentada, del problema inicial se convierte así en el verdadero problema.

En realidad, como en la anécdota citada del borracho que busca la llave perdida, lo que hace que la situación sea problemática, más allá del hecho de la pérdida de la llave que de por sí no es un hecho «patológico», es la solución que el borracho pone en práctica: esto es, buscar la llave bajo el farol, allí donde, por lo demás, sabe que no la ha perdido. La perseverancia obstinada en una respuesta así al problema conduce a la manifestación patológica. Por lo general, luego este tipo de solución se *generaliza* y pasa a otras situaciones que, de esta suerte, se convierten en problemáticas. En estos casos, para producir rápidamente el cambio, hay que intervenir acerca de las soluciones disfuncionales utilizadas por el paciente para resolver el propio problema. Con este fin, el terapeuta debe identificar la solución fundamental y redundante puesta por el paciente e intervenir directamente en ella.

Otro importante foco de la valoración, en esta fase de la terapia, está representado por la cuidadosa valoración de las interacciones sociales que pueden influir en las soluciones ensayadas por el paciente o añadirse a ellas. Esto es importante para ver si es necesario intervenir directamente sobre estas secuencias interpersonales, además de sobre las soluciones ensayadas, o si ha de ser más ventajoso intervenir sólo en la reorganización del sistema relacional supuesto, dejando de lado las soluciones ensayadas por el sujeto que quedarían sometidas al cambio del sistema en conjunto.

Para expresarlo con mayor claridad, pretendemos decir con esto que el terapeuta ha de valorar cuidadosamente, caso por caso, si es más eficaz alterar el sistema perceptivo-reactivo disfuncional del paciente individual interviniendo directamente sobre él y produciendo, por reacción en cadena, la modificación de todo el sistema relacional interpersonal, o bien si es más eficaz intervenir sobre el sistema de relaciones interpersonales familiares, ampliando la terapia a más sujetos, de modo que, como consecuencia del cambio de las secuencias interactivas de varias personas, cambie también el sistema perceptivo-reactivo de la persona individual problemática.

Como hemos dicho con anterioridad, es necesario observar cuál de las tres áreas de relación, la del sujeto consigo mismo, la del sujeto con los demás o la del sujeto con el mundo, ofrece mayores ventajas como foco primero de intervención terapéutica para, luego, basados en esta observación, escoger el tratamiento individual, indirectamente sistémico, o el tratamiento directamente sistémico que implica la resolución de los síntomas del individuo.

Nos urge, pues, reafirmarlo una vez más: en vez de investigar supuestos factores intrapsíquicos o presuntos «traumas originarios» en el pasado, el terapeuta se interesa por las acciones concretas de la persona en su presente y de las retroacciones personales y sociales que él recibe. Es evidente que las acciones de un sujeto derivan, en gran parte, de sus disposiciones emocionales y sus concepciones de la realidad, pero existe la convicción, como hemos ya aclarado anteriormente, de que también éstas se modifican efectivamente sólo mediante experiencias vividas de un modo concreto. Para ello, al identificar qué es lo que mantiene el problema, y en la sucesiva ordenación de estrategias de cambio, hay que tener presente que la intervención terapéutica ha de ser algo que produzca una experiencia concreta de cambio.

Consideramos que el terapeuta, si ha seguido correctamente las fases del tratamiento aquí expuestas, está ya en disposición de dar con las más ventajosas palancas que han de

inducir el cambio y de programar sobre ellas las estrategias *ad hoc* para el caso.

5. Programación terapéutica y estrategias de cambio

Antes de referirnos a los procedimientos terapéuticos que normalmente se utilizan en terapia, conviene aclarar que, desde nuestro punto de vista, no es posible diferenciar nítidamente las estrategias terapéuticas específicas de todo el resto del tratamiento. Esto es así porque la comunicación y la interacción paciente-terapeuta representa, en todo caso, una contribución al cambio. De hecho, a veces, la sola comunicación que se da entre paciente y terapeuta, según las modalidades anteriormente descritas, puede producir ya efectos terapéuticos.

Además, el proceso mismo de la terapia, tal como se propone, es ya de por sí una estrategia terapéutica. Por tanto, la distinción que establecemos aquí entre *proceso* y *procedimientos* es una especie de distinción explicativa, pero en realidad los dos componentes del proceso terapéutico forman un sistema indivisible en la práctica clínica.

Hecha esta obligada aclaración, cabe presentar algunas de las más consolidadas estrategias que se emplean en terapia, pero antes de hacerlo es indispensable reafirmar un supuesto fundamental del enfoque estratégico de la terapia; a saber: *la terapia debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia*.

Sobre esta base, el terapeuta, al preparar las estrategias, se remitirá a las técnicas ya utilizadas con éxito en aquel tipo concreto de problema, pero, partiendo de las características peculiares de la persona problemática, seleccionará, o construirá *ex novo*, los procedimientos *ad hoc* para aquel caso determinado.

Por ejemplo, la misma estrategia general deberá cambiar radicalmente según se aplique a un sujeto, o sujetos, pertenecientes a un grupo social o cultural de bajo nivel, o a un sujeto, o sujetos, de alto nivel social o cultural. No sólo esto, sino que tendrá que ser diversa según se aplique a una persona sumamente fantasiosa y poética o a una persona marcadamente hiperracional. Como decíamos anteriormente, es necesario aprender el lenguaje del paciente y presentar la intervención en este mismo lenguaje o sistema representativo. De modo que una intervención no ha de ser nunca igual a sí misma, por cuanto ha de modificarse según sean las prerrogativas peculiares perceptivas y comunicativas de cada persona distinta. Además, si una estrategia no funciona, deberá ser sustituida, o complementada, rápidamente por otros recursos terapéuticos.

Otra importante reflexión preliminar, por cuanto se refiere a la planificación de las tácticas para producir cambios, es la relativa al hecho, ya observado, de que es muy provechoso centrar la atención del paciente en cambios aparentemente triviales, en pequeños detalles de la situación. Se persigue con ello no dar la sensación al paciente de que se le somete a exigencias excesivas en lo que se refiere a la percepción de sus propios recursos personales, evitando así una posible resistencia suya al cambio.

En realidad, estas acciones mínimas, seleccionadas por el terapeuta, deben ser estrategias indirectas o encubiertas que han de producir un cambio mucho mayor que el que prevé el paciente, porque, dentro de un sistema, incluso el cambio de un pequeño detalle produce, según las leyes propias de la teoría de los sistemas, un desequilibrio y una modificación en el interior del sistema. El pequeño cambio, de hecho, provoca una reacción en cadena de modificaciones en el interior del sistema que se ordenan a la búsqueda del reequilibrio del sistema mismo. Esto quiere decir que los cambios mínimos, o aparentemente triviales e inocuos, poseen un poder considerablemente explosivo, al que debe recurrirse con toda legitimidad en terapia.

Cuando, mediante una progresión de pequeños cambios, el terapeuta ha conducido a la persona a la modificación de sus acciones disfuncionales y de sus «imágenes del mundo», la terapia ha alcanzado su objetivo.

En fin, antes de exponer directamente los procedimientos terapéuticos, es fundamental aclarar también que su eficacia depende, además de su validez específica para sintomatologías o problemas particulares, sobre todo del influjo personal o del carisma del terapeuta. Es éste un factor que, a nuestro entender, es determinante en terapia. En otras palabras, la eficacia de una estrategia depende mucho del marco de sugestión con que se la presenta al paciente para inducirlo a una gran, y a veces involuntaria, colaboración terapéutica, esto es, a una predisposición para el cambio. Para crear este ambiente de sugestión y carisma, el terapeuta ha de aprender a utilizar aquello a que nos hemos referido, al comienzo del libro, con los conceptos de «lenguaje imperativo», según la definición de Spencer Brown, y de «actos verbales performativos», en la acepción de Austin (véase p. 25ss). Este tipo de comunicación terapéutica, cuya mejor lección ha sido el enfoque hipnótico de la terapia hecho por Erickson, constituye una de las prerrogativas fundamentales de la terapia estratégica. Esta particular forma sugestiva de comunicación es lo que definimos como *hipnoterapia sin trance*. Recurriendo deliberadamente a ella, el terapeuta asume, en provecho del

paciente, la responsabilidad de utilizar los procedimientos eficaces y eficientes de sugestión hipnótica para influir en la situación problemática presentada y cambiarla rápidamente.

Puestas estas premisas necesarias, podemos pasar a la descripción de algunos de los procedimientos terapéuticos utilizados con mayor frecuencia en nuestro enfoque de los problemas humanos.

Las estrategias destinadas a la solución de tales problemas pueden dividirse en dos grandes categorías orientadas a la intervención:

- 1) Acciones y comunicación terapéuticas.
- 2) Prescripciones de la conducta.

5.1. *Acciones y comunicación terapéuticas*⁹

5.1.1. *Aprender a hablar el lenguaje del paciente*

El primer procedimiento que debe tratarse en la categoría de las acciones que el terapeuta realiza a lo largo de las sesiones es aquel que, ciertamente, representa un estilo de comunicación fundamental en terapia estratégica, ya repetidamente citado en nuestra exposición. Es decir: *aprender y emplear el lenguaje del paciente*.

Esta técnica fundamental de comunicación proviene, en su versión aplicada a la psicoterapia, de la hipnosis ericksoniana.

El gran hipnotizador pasó al lenguaje terapéutico modalidades comunicativas utilizadas por él para la provocación del trance. De hecho, en la inducción hipnótica, se cultiva el estilo perceptivo y comunicativo del sujeto, asumiendo de una forma lenta y progresiva el control hasta inducirlo a abandonarse y caer en trance.

Bandler y Grinder (1975b) definen esta estrategia comunicativa como la técnica del *calcado*. Dichos autores habían estudiado esta forma de comunicación en el comportamiento terapéutico de Milton Erickson. Observaron que éste adoptaba, en los primeros contactos con sus pacientes, su mismo lenguaje y sus mismas formas de representarse la realidad. Y no sólo esto; en su estilo como hipnotizador imitaba incluso el lenguaje no verbal de sus pacientes, de modo que les hacía sentirse en total comodidad para asumir poco a poco el poder de influir decisivamente en ellos con sus sugestiones y prescripciones.

Pero el poder y la eficacia de esta técnica de persuasión no son un descubrimiento de

Erickson, por cuanto fueron ya bien conocidos por la retórica clásica. Aristóteles, por ejemplo, en su *Retórica para Alejandro*, afirmaba, de acuerdo con los sofistas, que si se quiere persuadir a alguien hay que hacerlo por medio de sus mismos argumentos. La psicología experimental, por su parte, ha demostrado hace tiempo la existencia de una predisposición en los seres humanos a sentirse atraídos y sufrir el influjo de las cosas que ven como semejantes o familiares a ellos mismos.

Este conocimiento es utilizado de un modo insistente y con una finalidad no ciertamente noble –mientras que sí lo es la de ayudar a la persona a resolver sus propios problemas– por los profesionales de la persuasión de masas. Robert Cialdini, psicólogo social, dedicado durante largos años al estudio de las estrategias de persuasión, en una investigación hecha sobre ventas de contratos de seguros, ha destacado experimentalmente que «los clientes tienden con mayor facilidad a suscribir el contrato cuando el vendedor presenta alguna semejanza con ellos en algún aspecto determinado: edad, religión, ideas, lenguaje, etc.» (Cialdini 1984; versión it., 1989, p. 137), sin observar que los vendedores de seguros han sido adiestrados a seguir e imitar el lenguaje y las ideas del cliente, con el fin de hallar aquellos puntos de contacto interpersonal que sirven para lograr la firma de un contrato. El mismo investigador ha hecho estudios, con resultados positivos, sobre el empleo de dicha técnica comunicativa para ganarse la simpatía de las personas. Cialdini explica también cómo algunos anuncios publicitarios de gran éxito se han construido calcando la imagen social y el lenguaje usual del consumidor del mensaje.

Teniendo en cuenta estos datos, resulta evidente que en psicoterapia es importante utilizar una técnica comunicativa que permita hallarse prontamente en disposición de influir en el comportamiento de los demás. Los pacientes piden sentirse influidos para cambiar su situación problemática actual, pero normalmente oponen inconscientemente cierta resistencia al cambio. Con esta estrategia de comunicación, la posible resistencia disminuye.

No obstante, prerequisite para que este procedimiento comunicativo produzca tales efectos es que se ponga en práctica con gran naturalidad y sin que parezca ser una maniobra artificiosa; de otra forma puede producir el efecto contrario al deseado, porque las personas creen que se les está faltando a la consideración y oponen mayor resistencia. Por ello, el terapeuta ha de adiestrarse bien para utilizar esta técnica de pragmática de la comunicación.

Este procedimiento técnico recuerda mucho el adiestramiento de un actor por cuanto el terapeuta debe aprender a administrar su propio estilo comunicativo y sus propias características expresivas hasta lograr adaptarlas con naturalidad a los diversos contextos relacionales que se crean en las interacciones con los diferentes pacientes.

En tal sentido, es indispensable un buen entrenamiento en el que se prevea la observación y el estudio de situaciones terapéuticas simuladas, la utilización de aparatos de vídeo para poder observarse luego uno mismo, hasta lograr que la técnica se convierta en una forma espontánea de comunicación interpersonal.

Consideramos que el trabajo formativo de cara a la pragmática comunicativa es también un óptimo ejercicio para cultivar la elasticidad mental, en cuanto, si una persona aprende a adaptar su lenguaje a diversas situaciones, contextos y estilos personales, aprende también a desplazar continuamente su punto de vista de la realidad. Prerrogativa, esta última, esencial para poder ser capaz de resolver tanta variedad de problemas humanos.

5.1.2. *La reestructuración*

La reestructuración es una de las más sutiles técnicas de persuasión. Reestructurar quiere decir codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona sin cambiar el significado de las cosas, aunque sí su estructura. No se cambia el valor semántico de lo que la persona expresa, sino que se cambian los marcos en los que se inserta este significado. Obviamente, si se cambia el marco se cambia también, de manera indirecta, el significado mismo. Esto es así porque, poniendo un mismo suceso dentro de contextos diversos y mirándolo desde perspectivas diversas, el suceso cambia por completo el valor.

La realidad, hemos repetido muchas veces a lo largo de esta exposición, queda determinada por el punto de observación desde donde la mira el sujeto; si se cambia el punto de observación, cambia también la misma realidad.

Al reestructurar una idea o una concepción de una persona, no se pone en discusión la idea o la concepción, sino que se proponen diversos recorridos lógicos y distintas perspectivas de enfoque de las mismas. No se cambia el contenido del cuadro, sino sólo su marco, pero, cambiando el marco se altera el contenido mismo del cuadro. Para aclarar la estructura y la eficacia persuasiva de este procedimiento, pongamos un ejemplo de tipo histórico. Durante el siglo xv, el poder imperante de la Iglesia católica se enfrentó

al problema del culto pagano al agua que se practicaba en los campos toscanos. La gente del lugar profesaba y practicaba cultos específicos dirigidos a las divinidades del agua de algunas fuentes a las que se atribuían poderes sobrenaturales¹⁰. Las autoridades eclesiásticas intervinieron de manera decidida, reprimiendo violentamente aquellas creencias y destruyendo los lugares de culto pagano surgidos junto a las fuentes milagrosas. Se cuenta, por ejemplo, que san Bernardino de Siena hizo destruir por los soldados, en torno a 1425, un templo pagano que había sido levantado en el lugar en que se halla la antigua iglesia de Santa Maria delle Grazie, en Arezzo, después de que sus sermones contra aquel culto pagano no hubieran dado resultado.

Pero ni siquiera el recurso a la represión violenta sirvió para eliminar el culto a las divinidades del agua. Entonces, el santo y otros hombres de Iglesia, recordando, quizás, lo que había hecho san Gregorio Magno algunos siglos antes, dieron con la solución del problema y pusieron en práctica la jugada decisiva. Hicieron construir sobre las ruinas de los templos paganos, dedicados a las divinidades de las fuentes de agua milagrosa, iglesias consagradas al culto de Nuestra Señora (como, por ejemplo, Santa Maria delle Grazie, en las cercanías de Arezzo, o la capilla de la Madonna del Parto, en Monterchi). Ellos mismos comenzaron a promover el culto de aquellos lugares, afirmando que las fuentes poseían virtudes milagrosas por efecto de la presencia de la Virgen. De hecho, reestructuraron, de un modo verdaderamente genial, la percepción religiosa y las creencias populares, llevando a la gente al culto cristiano de la Virgen.

Analicemos la maniobra. En una situación en la que ni las predicaciones ni la represión violenta habían obtenido resultado alguno, tuvo éxito un movimiento estratégico que continuaba por la misma línea de las creencias y los cultos populares, pero que introducía en ellos una variable nueva que cambió por completo la perspectiva de la percepción de los fenómenos que habían sido el motivo del culto. Así se llegó a modificar totalmente el tipo de culto, que de pagano se cambió en cristiano.

Un ejemplo clínico de una maniobra de este género puede ser la reestructuración de la percepción de ayuda y apoyo por parte de un paciente fóbico¹¹. A un paciente de este tipo se le dice que, sin género de duda, ahora él necesita y no puede prescindir de la ayuda de los que le rodean. Pero se le explica, igualmente, mediante una disertación acerca de los mensajes dobles dentro de la comunicación interpersonal, que dicho apoyo, aparentemente útil, puede agravar su sintomatología. En realidad, la fuerza del miedo que lo lleva a pedir ayuda cambia de rumbo en dirección a la anulación del comportamiento

de demanda de ayuda.

Las reestructuraciones pueden ser actos comunicativos puramente verbales, o bien también determinadas acciones del terapeuta que conduzcan a la persona a un desplazamiento de la perspectiva. Así como pueden producirse también efectos de reestructuración mediante prescripciones de comportamiento, como veremos más adelante.

La reestructuración, además, puede tener diversos niveles de complejidad, que abarcan desde simples *redefiniciones cognoscitivas* de una idea o de un comportamiento hasta complicadas *reestructuraciones paradójicas*, pasando por el uso de *metáforas* y *sugestiones evocativas*.

Podemos afirmar también, en sentido general, que cada una de las estrategias terapéuticas descritas en este apartado representa una forma de reestructuración en cuanto todas tienden, mediante diversos procedimientos, a modificar el punto de vista y la conducta del paciente. Hay quien afirma (Simon y otros autores, 1985, p. 286), además, que la reestructuración, en su forma verbal de diálogo, es la maniobra central de todas las formas de psicoterapia, por cuanto al hecho de tener que cambiar el «mapa mental» del sujeto en tratamiento resulta ser el factor común de todas las intervenciones terapéuticas. En lo que nos concierne, creemos que la reestructuración nada tiene que ver con las interpretaciones de la realidad, o con el trabajo de atribuir significado a las emociones. Esta estrategia persuasiva no actúa directa y prioritariamente sobre los aspectos semánticos de la representación de la realidad, sino sobre la estructura perceptiva, en la cual se basan luego las representaciones y las conductas subjetivas.

El terapeuta estratégico, en lo que atañe a la semántica, no ofrece explicaciones afianzadoras sobre el significado de las cosas, no ofrece certezas interpretativas, sino que, al contrario, utiliza la sutil arma de la duda. Las maniobras verbales de reestructuración, en efecto, han de suscitar dudas que ocupen el lugar de la habitual rigidez perceptivo-reactiva de los pacientes, dejando al descubierto fallos en sus sistemas cognoscitivos y comportamentales. El mayor poder de la duda respecto de la explicación lógica racional, a modo de elemento que saca de su quicio las rígidas posturas mentales, lo expresa bien Newton Da Costa¹², profesor emérito de lógica de la Universidad de São Paulo, en el Brasil. Sostiene este autor que, para lograr cambiar la opinión de una persona, resulta mucho más eficaz insertar dudas en su lógica, que demostrar de una manera cabal y lógico-racional la inexactitud o disfuncionalidad de sus ideas o

comportamientos.

La duda es una carcoma; una vez dentro, trabaja sola y crece lentamente devorando el espacio de las lógicas preexistentes.

La duda moviliza la entropía del sistema, produce una lenta y devastadora reacción en cadena, que puede llevar al cambio del sistema mismo.

Creemos, pues, de acuerdo con Simon y otros autores (1985), que la reestructuración del «mapa mental» del paciente es en verdad el objetivo de toda psicoterapia, pero creemos también que la reestructuración, como técnica empleada en el planteamiento estratégico, es algo totalmente diverso de la búsqueda del *insight*, típica de otros enfoques terapéuticos.

El arte de la reestructuración como técnica de persuasión, además, no es ciertamente un descubrimiento nuevo y mucho menos propio del ámbito terapéutico. De hecho, también esta arma oratoria era bien conocida en el ámbito de la retórica clásica, y practicada sobre todo por los sofistas que eran maestros en esa maniobra verbal persuasiva.

Sin embargo, volviendo a épocas más cercanas a nosotros, la demostración de cómo pueden cambiarse las percepciones-reacciones de un sujeto no actuando directamente sobre el significado racional que él atribuye a las cosas, sino utilizando formas de reestructuración, procede de investigaciones en psicología social.

Se ha demostrado experimentalmente, por ejemplo, que exponer una mercancía en el aparador a un precio bajo y ventajoso respecto de su valor real comercial, utilizar, por tanto, como arma de persuasión una demostración racional lógica, es bastante menos eficaz, para la venta, que exponerla a un precio claramente superior a su valor real (Cialdini 1984). Es decir, es más ventajoso utilizar como arma persuasiva no la lógica racional, sino la aparente no lógica del «si esta cosa cuesta tanto, debe poseer ciertamente alguna cualidad oculta que no tiene aquella que cuesta menos». Pero esto no es otra cosa que una reestructuración eficaz, mediante el alza del precio, de la percepción que el comprador tiene de aquella mercancía.

Pero la demostración experimental más eficaz de cómo, en efecto, ciertas sugerencias comunicativas poseen una fuerza explosiva de cambio proviene de un experimento llevado a cabo por E. Langer, psicóloga de la Universidad de California.

En una cola de espera para hacer fotocopias en la biblioteca, la petición, por parte de una estudiante, de que se le permita no respetar el orden de la fila produce efectos

diferentes según sea su formulación: «"Perdona, tengo cinco páginas. ¿Puedo usar la fotocopidora? Porque tengo mucha prisa." La eficacia de esta petición –con– explicación ha sido casi total: el 95% de los interpelados la han dejado pasar delante en la fila. Compárese este porcentaje de éxitos con los resultados obtenidos con la simple petición: "Perdona, tengo cinco páginas. ¿Puedo usar la fotocopidora?" En esta situación conseguía sólo el 60%. A primera vista parece que la diferencia decisiva entre las dos formulaciones consista en la información añadida contenida en las palabras "porque tengo mucha prisa". Pero una tercera fórmula experimentada por la profesora Langer ha demostrado que las cosas no eran exactamente así. Por lo que parece, lo que constituía la diferencia no era la serie entera de palabras con sentido completo, sino sólo la primera: "porque". En vez de dar una verdadera razón para justificar la petición, la tercera formulación se limitaba a usar el "porque" sin añadir nada nuevo: "Perdona, tengo cinco páginas. ¿Puedo usar la fotocopidora? Porque tengo que hacer fotocopias." El resultado fue que, una vez más, casi todos (93%) dieron su consentimiento, aun cuando no había ninguna información nueva que explicase su condescendencia. Como el piar de los polluelos basta para desencadenar la respuesta automática de la pava madre, aun cuando provenga en realidad de un aparato mecánico, así también la palabra "porque" lograba desencadenar una respuesta automática de asentimiento por parte de los sujetos de Langer, aunque tras la palabra "porque" no llegaba ninguna razón particularmente decisiva» (Cialdini 1984; versión it., 1989, p. 12).

Este experimento muestra a las claras que es posible modificar las reacciones de las personas mediante la reestructuración de una situación para nada lógica o racional, así como el poder propio de ciertas formas sugestivas de comunicación de esquivar las resistencias y las convicciones lógico-racionales.

La reestructuración no es, pues, un modo directo de atribuir significados, sino una técnica de desquiciamiento de la lógica rígida de un sujeto. Ella abre nuevos horizontes y posibilidades de cambio a la aparente inmutabilidad de las cosas enjauladas en la lógica preexistente.

El terapeuta, cuando reestructura una realidad, debe, acomodándose a las modalidades representativas del paciente, llevar a éste a ver las cosas desde puntos diversos de los que ha utilizado anteriormente. Para lograr esto, recurre a técnicas de sugestión, armas retóricas clásicas y paradojas lógicas; técnicas capaces en definitiva, si se utilizan bien, de alterar, aunque sea sólo momentáneamente, la percepción de la

realidad del sujeto, para abrirle nuevas vías perceptivas y nuevas posibilidades de reacción ante aquella realidad.

5.1.3. *Evitar las formas lingüísticas negativas*

La tercera estrategia de comunicación terapéutica que vamos a exponer ahora se relaciona directamente con la primera y la segunda ya explicadas, hasta puede decirse que no es más que una puntualización de las mismas.

La práctica clínica ha puesto en evidencia que el uso de enunciados negativos respecto de la conducta o las ideas del paciente tiende a culpabilizarlo y a producir reacciones de rigidez y rechazo.

También en la práctica de la hipnosis se ha observado que las fórmulas negativas producen rigidez y resistencia en la persona que ha de ser hipnotizada y, de hecho, durante una inducción de trance, se tiende siempre a traducir toda orden negativa en una forma positiva.

Partiendo de aquí, en terapia, en lugar de criticar y negar la actuación del paciente, aun cuando sea ésta absolutamente errónea o disfuncional, vemos que resulta mucho más eficaz gratificar a la persona y, por medio de esta gratificación, impartir órdenes orientadas a la modificación de su conducta. Pongamos un ejemplo: ante unos padres extremadamente hiperprotectores, que con sus cuidados familiares castradores no han hecho más que llevar al hijo a la inseguridad y a la fragilidad psicológica, la maniobra del terapeuta ha de consistir en felicitarles y darles satisfacción por los grandes esfuerzos que han hecho al ocuparse de un hijo tan problemático y por los grandes sacrificios vividos para protegerlo de tantos posibles peligros que ofrece el mundo. «Y así como hasta ahora lo habéis hecho bien, de ahora en adelante lo haréis todavía mejor y tengo la certeza de que sabréis hallar la manera de que él asuma ahora su responsabilidad.» Y aquí el terapeuta prescribirá acciones y comportamientos claramente contrarios a la conducta precedente de los padres. De este modo, en lugar de culpabilizar a ambos padres por su error educativo y por su hiperprotección castradora diciéndoles: no hagáis esto, no hagáis aquello, os habéis equivocado en esto y en aquello otro, etc., se utiliza su carga de intervención transformándola, mediante una recodificación en forma positiva y una prescripción directa, con miras a una conducta educativa correcta y funcional que llevará a la resolución del problema.

En este ejemplo, el procedimiento terapéutico mezcla tres técnicas diversas: la

evitación de las formas negativas, la reestructuración y la prescripción. Por lo común, esta maniobra produce participación y colaboración orientadas al cambio, aun en sujetos sumamente desconfiados o entumecidos en sus posiciones, y sobre todo no provoca reacciones negativas provenientes de la culpabilización del paciente con relación a sus propias acciones. El hecho de que sus acciones sean disfuncionales es algo implícito en la petición de ayuda, por lo que no precisa en modo alguno que el terapeuta lo ponga de relieve.

La persuasión orientada a las masas y a las ventas utiliza también esta técnica de pragmática de la comunicación. En realidad, cualquier vendedor profesional conoce bien la regla de «no llevar nunca la contraria al cliente», o la de no decir en modo alguno «que no lleva razón o que se equivoca». Sino que sabe que más bien debe procurar que el cliente se crea siempre que acierta y que tiene la razón incluso cuando, gracias al solícito trabajo del vendedor, se comporta de una manera que se opone a la que ha manifestado con anterioridad. Esto, igual que otros ejemplos, muestra que un instrumento de persuasión puede llegar a ser un arma terrible en manos de quien lo usa con fines de manipulación fraudulenta. Por lo demás, cualquier instrumento eficaz puede emplearse para el bien o para el mal; del hombre depende utilizarlo para el mejor de los fines.

5.1.4. El uso de la paradoja y la comunicación paradójica

Creemos que el recurso a la paradoja en terapia representa la piedra clave, a menudo extraordinariamente eficaz, en las situaciones perceptivo-reactivas rígidas y que se caracterizan por la presencia de sintomatologías comportamentales redundantes. Por este poder suyo, dicho procedimiento terapéutico desempeña un papel fundamental en el planteamiento estratégico.

La paradoja, como bien sabe el lector, es un tipo de trampa lógica en la que tropieza toda la lógica racionalista clásica¹³. En realidad, saca a la lógica aristotélica de los quicios de lo «verdadero o falso» y desbarata la óptica maniquea de las parejas de opuestos (blanco-negro, hermoso-feo, correcto-erróneo) utilizados como categorías que describen la realidad. En el ámbito de la filosofía del conocimiento, la paradoja lógica ha derrumbado todo intento tranquilizador de enjaular la realidad dentro de un sistema racional absoluto de descripciones o interpretaciones.

Aplicada al específico contexto terapéutico, la paradoja posee la propiedad de desquiciar los círculos viciosos y recurrentes de «soluciones ensayadas», que el paciente

presenta de forma obstinada, por la simple razón de que pone en crisis el sistema preexistente de percepciones de la realidad y reacciones ante ella.

Históricamente, la paradoja hizo su ingreso formal en terapia con Viktor Frankl y su formulación de la «intención paradójica» (1960), como estrategia terapéutica. Pero los que formularon sistemáticamente la función de la paradoja en la formación y en la solución de los problemas fueron Bateson y su grupo (1956), quienes, como ya hemos referido, observaron que la comunicación paradójica se hallaba en la raíz misma de la constitución de las sintomatologías psiquiátricas y que, recurriendo a ella, se podía intervenir eficazmente en dichas problemáticas. En otros términos: estos autores invocaron un viejo adagio de la medicina: *Similia similibus curantur* (lo semejante se cura con cosas semejantes).

Existen diversas maneras de utilizar las paradojas en terapia, que van desde las *prescripciones paradójicas*, de las que nos ocuparemos explícitamente en uno de los apartados sucesivos, a las formas de *acciones y comunicaciones paradójicas* a lo largo de las sesiones, de las que nos vamos a ocupar inmediatamente. Creemos que los ejemplos que siguen han de aclarar mejor que cualquier disquisición en qué consiste ese tipo de acciones comunicativas en terapia.

El primer ejemplo se refiere al caso de un sujeto, definible según los tradicionales cuadros clínicos psiquiátricos como «obsesivo-hipocondríaco», el cual manifiesta obsesivamente el terror de estar afectado por una enfermedad gravísima e incontrolable. Para nada han servido los exámenes médicos con diagnóstico negativo; el sujeto continúa en la convicción de tener una enfermedad grave y transforma cualquier señal propioceptiva corporal en un síntoma indicador de su misterioso mal. Obviamente, se halla aterrorizado y busca apoyo, ayuda y afianzamiento en todos y, en especial, en el terapeuta. Lo que sigue es la transcripción de un breve intercambio de frases de un coloquio grabado durante un encuentro con uno de los autores:

Paciente: Doctor, estoy deshecho, me siento mal. ¡Estoy aterrorizado! Hay un mal dentro de mí, lo siento crecer, me moriré pronto. Nadie me quiere creer, pero estoy gravemente enfermo. Sudo siempre, siento cómo el corazón late con fuerza. Y además, ya se lo he dicho a mi mujer: alguien me ha echado el «mal de ojo». Usted no va a creer en estas cosas, pero es verdad, me lo ha dicho una bruja... Nadie me quiere creer, pero me come por dentro.

Terapeuta: ¡Hum!... (con actitud seria y pensativa). Estoy convencido de que usted está verdaderamente enfermo y hasta de que su enfermedad es realmente extraña. Sabe, hay muchas clases de mal de ojo. A usted, probablemente, le han echado el «mal de ojo de la muerte» (ligera pausa).

Sí, creo que está usted verdaderamente muy mal, y cada vez peor; incluso, si lo miro bien, hasta me parece que está cambiando de aspecto ahora mismo.

Usted está mal, es verdad, lo veo como si estuviera a punto de ponerse muy mal. Sabe, estos males de

ojo son terribles (*cierta sonrisa*).

P.: Pero, doctor, ¿qué me está diciendo! Entonces, es que me muero. Y entonces ¿es verdad! ¿Estoy gravemente enfermo! ¿Y cómo es posible, doctor, que todos los análisis médicos que me han hecho hasta ahora no me hayan encontrado nada? ¿Está usted convencido de lo que me ha dicho? ¿Que estoy enfermo y que se ve que me han echado el mal de ojo?

T.: Seguro (*sonriendo ligeramente*).

P.: Doctor, no me tome usted el pelo. Yo, ahora, no me siento mal; incluso, al hablar con usted, he dejado de sudar y me siento más tranquilo. Pero, dígame, ¿es posible que a los cuarenta años el cerebro nos gaste estas malas pasadas?

Este ejemplo clínico muestra cómo en tales situaciones, en las que no funciona ninguna forma de confrontación lógicoracional, el recurso a la paradoja resulta eficaz para romper el mecanismo repetitivo de las fijaciones.

Generalmente, se logra que el paciente primero se impresione y exprese sorpresa, permaneciendo atónito ante ciertas afirmaciones que confirman su terror; luego él mismo comienza a tranquilizar al terapeuta sobre su estado de salud y afirma que los exámenes médicos demuestran que no tiene nada. En algunos casos, después de estas reacciones, puede comenzar a sonreír comprendiendo el «conflicto benéfico» que el terapeuta ha usado. Pero, y esto es lo más importante, en aquel momento se ha roto su mecanismo obsesivo de percepción y reacción distorsionadas y el paciente puede comenzar a cambiar su punto de vista y sus actuaciones con respecto al problema.

La lógica en que se basa este tipo de intervención paradójica queda bien aclarada con el ejemplo de su utilización frente a actos compulsivos irrefrenables, cuya realización se prescribe.

De esta forma, se crea la paradoja de hacer voluntario un síntoma que, como tal, ha de ser algo incontrolado e involuntario, con el efecto de que llega a anularse, pues desde el momento en que un síntoma se convierte en voluntario pierde por completo su valor sintomático.

En la comunicación terapéutica, cuando uno se halla frente a una situación mental obstinadamente rígida y obsesiva, en lugar de oponerse a ella más bien hay que secundarla, llevándola en su intensificación hasta la exasperación y a un punto tal que se anula por sí sola. El mecanismo es el mismo que está presente en la intervención de prescripciones del síntoma. Se pone en acción el poder desestructurante de la paradoja incentivando deliberadamente, en el coloquio, los mecanismos distorsionados con los que el paciente percibe la realidad. Y así, igual como el intento de estar voluntariamente contentos genera depresión y el esfuerzo por dormirse mantiene despierto, el llevar al

paciente a realizar intencionalmente, con el refuerzo de la actitud del terapeuta, aquellos procesos mentales distorsionados y aparentemente incontrollables hace que éstos, perdiendo su espontaneidad, pierdan también el valor de síntoma y desaparezcan.

El segundo ejemplo explicativo, no clínico, expresa una tipología ligeramente diversa de acción y comunicación paradójica, pero dotada del mismo poder desencadenante de cambio.

Se refiere esto a aquellas situaciones interpersonales en las que, en la interacción, una acción y/o un mensaje paradójico e imprevisto, por cuanto ilógico respecto de la previsibilidad habitual de los acontecimientos, trastornan la situación. Esta acción no parece ni verdadera ni falsa, se manifiesta aparentemente inconciliable con la situación y obliga, a quien la recibe, a un cambio repentino de los esquemas de la conducta. La enorme eficacia de esas maniobras interpersonales está bien descrita por un extraño hecho acaecido hacia finales de los años treinta, en Austria, del que, vista la peculiaridad del acontecimiento informaron ampliamente los periódicos de la época. «Un individuo candidato al suicidio se arrojó al Danubio, desde un puente; un guardia, llegado al lugar del siniestro suceso atraído por los gritos de las personas que se hallaban presentes, se echó el fusil a la cara y lo apuntó contra el aspirante al suicidio, gritándole: "Sal de ahí o te disparo." El joven salió del agua renunciando al suicidio.»

En realidad, con el gesto paradójico, el guardia puso al aspirante suicida en una situación en la que los esquemas de previsión lógica saltan en pedazos. Esta reestructuración inducida de la realidad lo lleva al cambio radical de su comportamiento y de sus esquemas mentales.

En la actividad clínica, igual como en la vida, estos tipos de movimientos paradójicos, aparentemente ilógicos y absolutamente imprevistos por el paciente, producen rápidamente el salto de nivel lógico indispensable para el cambio concreto de la situación.

Partiendo de estos ejemplos y reflexiones, queda clara la función de la paradoja como elemento desquiciador de las situaciones rígidas y obsesivas típicas de muchos pacientes. Por esta prerrogativa suya, el recurso a la paradoja, en sus múltiples variantes, resulta sumamente eficaz sobre todo en la fase primaria de una intervención terapéutica estratégica, que es donde ha de romperse el sistema de redundancias, percepciones, acciones y retroacciones que mantiene el problema operante.

5.1.5. *Uso de la resistencia*

Una de las técnicas más refinadas de las derivadas de la paradoja, y que ha logrado gran aplicación en terapia, es el aprovechamiento terapéutico de la resistencia.

Por cuanto se refiere a la resistencia, al contrario de la clásica interpretación que hace de ella el psicoanálisis, creemos que es funcional emplear su fuerza con fines terapéuticos. Es decir, creemos provechoso que la resistencia misma primero se prescriba paradójicamente y luego se utilice. Se procede creando un «doble vínculo» terapéutico, que se manifiesta colocando al paciente en una situación paradójica, en la que su resistencia, o su rigidez para con el terapeuta, llegue a ser una prescripción y sus reacciones un avance en la terapia. De modo que la función prioritaria de la resistencia queda anulada mientras que se utiliza su fuerza para promover el cambio; la resistencia prescrita, de hecho, deja de ser resistencia y se convierte en cumplimiento, como en el siguiente caso de un paciente difícil y desconfiado, a quien el terapeuta dice: «Mire usted, habría buenas posibilidades de resolver su problema y existen técnicas específicas para ello. Pero, vistas las actuales circunstancias y sus características personales, creo que usted no es capaz de librarse de él.» De esta forma, el paciente que se oponía al tratamiento se ve puesto en una situación paradójica. Por lo general, la reacción del paciente es una agresividad no expresa hacia el terapeuta, que se manifiesta en la realización de aquello que el terapeuta ha declarado que él no es capaz de hacer. Pero el caso es que todo esto lleva a una promoción de la colaboración terapéutica y a la anulación de la misma resistencia.

Igual como en ciertas artes marciales orientales se utiliza, mediante un atento estudio de las palancas y de la fuerza de la gravedad, la fuerza del adversario para ponerlo fuera de combate, así también en esta técnica se reorienta la fuerza de la resistencia al cambio en dirección al cambio mismo.

Los hipnotizadores expertos expresan bien esta estrategia cuando «reestructuran» la resistencia del sujeto a abandonarse en forma de sugestión a una profundización en el trance.

Por ejemplo, ante un sujeto que expresa resistencia a ponerse en trance moviendo los dedos de una mano o moviendo una pierna, el hipnotizador experto responderá: «Muy bien, su mano (o su pierna) responde, ahora comenzará, más rápidamente, hasta que sentirá un gran cansancio, unas enormes ganas de descansar, etc.» De este modo redefine la resistencia y orienta su fuerza en dirección a la inducción del trance.

5.1.6. *Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico*

Otra importante modalidad de comunicación terapéutica es el uso de metáforas y el recurso, durante el coloquio clínico, al relato de anécdotas, breves historias o episodios acaecidos a otras personas. Esta estrategia comunicativa posee la prerrogativa de permitir la comunicación de mensajes aprovechando la forma indirecta de la proyección e identificación que, por lo común, una persona pone en práctica ante los personajes y las diversas situaciones de un relato.

Esta modalidad de comunicación terapéutica minimiza la resistencia, en cuanto la persona no es sometida a exigencias directas o a opiniones directas sobre su modo de pensar y comportarse. El mensaje llega en forma velada y bajo apariencia de metáfora. Por ejemplo, se puede comunicar a un sujeto fóbico-obsesivo el funcionamiento del mecanismo contraproducente del estar auscultándose constantemente, aumentando así la angustia hasta el ataque de pánico, narrando el cuento del ciempiés «el cual, cuando se detuvo a pensar cuán difícil era andar de forma ordenada y elegante con cien pies al mismo tiempo, ya no supo andar más». Después se puede exhortar al sujeto a probar el siguiente ejercicio: «Ahora, cuando salga de aquí, haga como el ciempiés: cuando baje las escaleras, concéntrese pensando en lo difícil que es ir bajándolas, mantener el equilibrio paso a paso, poniendo el pie en el sitio justo. Por lo general, cuando se hace esto, la gente comienza a tropezar y ya no sabe andar.» Este tipo de mensaje evocador es de mucha más eficacia que cualquier explicación científica precisa para producir en el sujeto sensaciones y emociones que abren una brecha en su rígida percepción de la realidad y su reacción ante ella.

Utilizando esta técnica se «esparcen» sugerencias dentro de un relato o son comunicadas en forma metafórica, de modo que no implican directamente al paciente, pero tales sugerencias, por su poder evocador, son verdaderas y auténticas andanadas de cañón para el redundante sistema conceptual y comportamental del paciente.

En términos estrictamente lingüísticos, puesto que se aprovecha la *función poética* del mensaje (Jakobson 1963), el énfasis hay que ponerlo en el poder evocador de estas formas de comunicación. Todos hemos experimentado este efecto leyendo una poesía que nos toca de un modo especial, o un texto narrativo que nos ha interpelado, o bien contemplando una película. Hemos experimentado la sensación de ser justamente nosotros los protagonistas de la poesía, de la narración o de la película. Aun siendo muy conscientes de que no es más que una ficción, experimentamos pese a ello determinadas

emociones evocadas por aquel tipo de comunicación recibida y, por su medio, vivimos una experiencia real y concreta. Erickson, una vez más, ha sido quien ha sabido indicar el camino que hay que seguir para provocar, en terapia, este tipo de experiencia. Ha pasado a la psicoterapia lo que no era más que un viejo conocido de los hipnotizadores. De hecho, para un hipnotizador es habitual inducir al trance a un sujeto por medio de narraciones de historias evocadas, como es también habitual transmitir sugerencias bajo la forma de metáfora.

Pero sin querer disminuir en nada la genialidad de Erickson, ha de decirse que la eficacia y el poder de esta estrategia de persuasión es un conocimiento empleado en diversos contextos desde hace muchísimos siglos.

El lenguaje evocador es, desde siempre, el tipo de comunicación preferido de los grandes líderes religiosos, de los revolucionarios y los dictadores, así como de los escritores y poetas. Baste pensar en las parábolas de Cristo o las anécdotas de Buda o, más cercano a nosotros en el tiempo, en el estilo propagandístico de Mussolini y Hitler.

Quien trabaja en el campo de la publicidad, para aducir todavía un ejemplo más del poder del lenguaje evocador para inducir a concepciones y comportamientos nuevos, conoce bien que, en la campaña publicitaria de un producto, el primer trabajo fundamental que hay que hacer es la invención de un eslogan que evoque fantasías y sensaciones.

Pero aun a quien se mantenga todavía escéptico en lo que se refiere al poder que posee este tipo de lenguaje para inducir a las personas a determinados comportamientos, le ha de ser ciertamente difícil resistirse a la rigurosa demostración hecha al respecto por el famoso sociólogo David Phillips con la formulación del «efecto Werther» (1974, 1979, 1980).

Este fenómeno tiene una larga e interesante historia.

La publicación de la novela de Goethe *Los sufrimientos del joven Werther*, que narra el vehemente desengaño amoroso y el suicidio del joven protagonista, produjo un efecto perturbador. Además de un gran éxito para el autor, el libro, con su gran impacto y amplia divulgación, provocó por toda Europa una oleada de suicidios por imitación. Tan potente fue este efecto que en varios países las autoridades prohibieron la circulación del libro.

El trabajo de investigación de Phillips sigue las huellas del «efecto Werther» en los tiempos modernos.

Su estudio demuestra que, inmediatamente después de un suicidio de primera página, aumenta vertiginosamente la frecuencia de suicidios en aquellas zonas en las que el hecho ha obtenido gran resonancia.

Según las estadísticas sobre suicidios en los Estados Unidos del 1947 al 1968, en los dos meses sucesivos a un suicidio de primera página, se produjeron por término medio 58 suicidios más por encima de la cifra normal. Pero, además, se presentó una impresionante semejanza entre las condiciones del primer suicida famoso y las de quienes se suicidaban posteriormente, o sea: si el suicida famoso era anciano, aumentaban los suicidios de ancianos; si el suicida pertenecía a un determinado grupo social o a cierta profesión, aumentaban los suicidios en estos mismos ambientes.

Pero Phillips no se ha detenido en esta constatación; de hecho, procediendo al mismo análisis de posibles «efectos Werther» en otros ámbitos distintos del suicidio, ha demostrado que dicho efecto funciona también para otras acciones, como actos de violencia o, al contrario, actos heroicos. La condición previa es que sean actos que reciben publicidad y que el receptor sea una persona semejante, o se sienta semejante, al protagonista del episodio narrado.

Parece evidente, ateniéndonos a este estudio, el poder evocador del mecanismo de proyección e identificación, del que hemos hablado anteriormente, y de su eficacia para provocar conductas de emulación por parte del receptor del mensaje que se sienta semejante al protagonista del suceso narrado.

Puesto que en psicoterapia nos interesa provocar el cambio de la conducta y de las concepciones del paciente, nos parece que no debemos desentendernos del poder extraordinario que tiene la narración de anécdotas, relatos o episodios relamente acaecidos, y que se adecuen a la realidad problemática del paciente. Inducirán en el sujeto, a través de los mecanismos descritos, cambios efectivos de sus esquemas de acción respecto del problema que, a su vez, llevarán también al cambio consiguiente de sus esquemas perceptivos y cognoscitivos.

5.2. Prescripciones de comportamiento

Las prescripciones de comportamiento, que han de seguirse en la vida cotidiana fuera de la sesión en el intervalo que media entre un encuentro y el siguiente, desempeñan un papel fundamental en terapia estratégica.

Como hemos expuesto anteriormente, para «cambiar» hay que pasar por experiencias concretas: las prescripciones de comportamiento desempeñan la función de hacer vivir estas experiencias concretas de cambio, más allá del *setting* terapéutico. Esto último es un factor que merece suma atención, porque el hecho de que el paciente actúe de forma activa, sin la presencia directa del terapeuta y en su actividad habitual cotidiana, es la mejor demostración que puede darse a sí mismo con relación a su capacidad de cambiar la situación problemática. Que luego haga determinadas cosas inconscientemente por efecto de las «trampas comportamentales» usadas por el terapeuta no cambia lo que haya podido probarse a sí mismo, por cuanto, a sabiendas o inconscientemente, ha hecho algo que antes era incapaz de hacer. Una vez vivida, esta experiencia se constituye en prueba tangible e indiscutible, concreta y real, de la posibilidad de superar las propias dificultades.

Esto lleva, evidentemente, a la apertura de nuevas perspectivas de percepción y reacción ante la realidad problemática; en otras palabras, a la ruptura del mecanismo de acciones, retroacciones y «soluciones ensayadas» que mantienen la situación problemática.

Las prescripciones de comportamiento pueden dividirse esquemáticamente en tres tipologías: 1) *directas*; 2) *indirectas*; 3) *paradójicas*.

5.2.1. *Prescripciones directas*

Son aquella clase de indicaciones directas y claras de acciones que hay que hacer y que tienden a la resolución del problema presentado o al logro de uno de los progresivos objetivos del cambio. Este tipo de intervención es útil cuando se trata de personas muy colaboradoras y que oponen escasa resistencia al cambio, para las que resulta suficiente darles la clave de la resolución del problema, prescribiéndoles la manera de comportarse frente a la situación problemática para que logren desactivar los mecanismos que la mantienen operante.

Tomemos, como ejemplo, el caso de marido y mujer que no paran de discutir, en el que aparece claramente que el origen de las continuas discusiones es el hecho de que, con la mejor de las intenciones, cada cual pretende corregir los presuntos errores en la conducta del otro. Es fácil entender que esta situación ha de llevar a una formidable escalada de las peleas. De hecho, así se establece un juego de nunca acabar de acciones y reacciones tendentes a corregirse recíprocamente. En esta situación, si uno de los

cónyuges parece más colaborador, será suficiente, para disminuir el juego sin fin de las correcciones y las contracorrecciones, explicar con claridad la situación a esta persona y encomendarle la tarea de romper la cadena quedándose sin reacciones de oposición frente a las conductas correctivas del cónyuge, o hasta dándole la razón.

La otra función habitual de las prescripciones directas es la de consolidar, en la fase siguiente a la ruptura del sistema disfuncional que domina el problema, mediante acciones conscientes progresivas, la capacidad del paciente de hacer frente con éxito a las situaciones antes problemáticas. A tal fin se prescribe directa y explícitamente al sujeto la tarea que hay que hacer, y se le explica el programa progresivo de prescripciones directas.

5.2.2. *Prescripciones indirectas*

Son aquellas imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo. Es decir, mediante ellas se prescribe hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito. Este tipo de prescripciones utiliza la técnica hipnótica del desplazamiento del síntoma: por lo general, se atrae la atención del paciente hacia alguna otra cosa problemática que reduzca la intensidad del problema presentado.

Para esclarecer mejor esta técnica, se la puede comparar con la técnica del prestidigitador, el cual llama la atención del público hacia alguno de sus movimientos más evidentes, mientras realiza el truco a escondidas, produciendo así un efecto espectacular y aparentemente mágico.

Por ejemplo, el paciente fóbico a quien se prescribe realizar, ante la presencia del síntoma, una tarea ansiógena y embarazosa, como es anotar con detalle sus sensaciones y pensamientos en aquel momento para luego poderlos presentar a examen del terapeuta, por lo común vuelve con el sentimiento de culpa de no haber llevado a cabo aquella prescripción embarazosa. Pero refiere también que, extrañamente –y no se explica cómo ha sucedido–, aquella semana no ha tenido los síntomas fóbicos. Evidentemente, ha sido tanto el agobio o el ansia por llevar a término la tarea asignada, que no ha manifestado el síntoma ante cuya presencia debería haber realizado la tarea.

En otras palabras, la atención se ha desplazado del síntoma a la tarea, produciendo la neutralización de la manifestación problemática mediante un «conflicto benéfico».

Pero lo más importante es que se ha demostrado, a través de una experiencia concreta, que él es capaz de controlar y anular sus síntomas.

Estas intervenciones, debido a su propiedad de evitar la resistencia al cambio en cuanto llevan a las personas a hacer algo sin que, mientras lo hacen, se den cuenta de ello, desempeñan un papel fundamental en la primera fase de un tratamiento estratégico. Permiten realmente una rápida y eficaz ruptura de la envarada situación de acciones y retroacciones disfuncionales.

5.2.3. *Prescripciones paradójicas*

Derivan directamente de las observaciones y reflexiones hechas anteriormente acerca de la utilización de la paradoja en terapia. Ante un problema que se presenta como espontáneo e irrefrenable, por ejemplo, coacciones de repetición, obsesiones o comportamientos compulsivos, resulta muy eficaz prescribir el comportamiento sintomático mismo, ya que de esta manera se coloca a la persona en una situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable y que siempre ha intentado evitar. También en este caso, la ejecución voluntaria del síntoma anula al síntoma mismo, que en calidad de tal ha de ser algo espontáneo e incontrolable.

Por ejemplo, a un paciente con manifestaciones de rituales prenocturnos, como son tener que controlar repetidas veces que las llaves del gas o del agua están cerradas, o tener que colocar de un modo siempre igual y exacto los zapatos antes de dormir, se le prescribió: *a)* hacer todas las noches, voluntariamente y con suma atención, el gesto de cerrar los grifos y las llaves de paso del gas y del agua un número determinado de veces con cada una de las manos; *b)* poner los zapatos como siempre los había puesto, pero invirtiendo la dirección de la punta. Con estas prescripciones, se obtuvo, al término de dos semanas, la extinción completa de los rituales prenocturnos.

Las prescripciones paradójicas, igual que las indirectas, poseen un gran poder de evitación de la resistencia y por ello son de gran utilidad en la fase prioritaria de ruptura del sistema que controla el problema.

Para que las prescripciones, en todas sus formas, puedan ponerse en práctica y resulten eficaces, se requiere estudiarlas atentamente y presentarlas al paciente como verdaderos y auténticos imperativos hipnóticos, recurriendo a las técnicas de comunicación terapéutica descritas en el apartado anterior. Como ya hemos tenido ocasión de afirmar, en verdad estimamos crucial, con miras a su eficacia en psicoterapia, el empleo de un lenguaje hipnótico o directivo¹⁴. De otra forma, los pacientes raras veces

ejecutan las prescripciones, en especial las indirectas y paradójicas. Quizás sea éste el motivo por el que algunos terapeutas se lamentan de la poca eficacia de los métodos prescriptivos y paradójicos.

Por consiguiente, las prescripciones deben ser impuestas en un lenguaje pausado y medido, repitiendo varias veces el imperativo, y han de presentarse al paciente en los últimos momentos de la sesión. Es evidente la analogía con la técnica de la inducción al trance hipnótico.

En efecto, igual que en la inducción hipnótica, cuanto más logre el terapeuta cargar con sugestión la prescripción, tanto mejor será puesta ésta en práctica y mayor será su eficacia.

Por cuanto se refiere a la eficacia de esta estrategia terapéutica y de su funcionamiento con miras a producir cambios, creemos que hemos hablado ya de ella y la hemos puesto suficientemente de manifiesto en la primera parte de este trabajo, por lo que pensamos que no conviene repetirnos. En lo que se refiere, por lo demás, a su eficacia como arma de persuasión en contextos diversos del de la terapia, hay que notar que su historia es antiquísima. Baste pensar en los rituales de iniciación tribal y religiosa y en las ceremonias de aceptación social que han sido siempre constantes en la historia de la humanidad.

Si tuviéramos que tratar del recurso a las prescripciones de conducta en la historia de la psicoterapia, la exposición nos llevaría lejos y se haría necesario redactar otro libro; pasemos por alto, pues, tal cuestión. Pero, para ulteriores ejemplos de esta estrategia terapéutica y de sus efectos, nos remitimos a la lectura del siguiente capítulo del presente libro, que se refiere a la casuística clínica.

Sin embargo, antes de concluir, es de gran importancia aclarar que, después de haber realizado cada una de las prescripciones, hay que proceder siempre a redefinir el resultado y a felicitar al paciente por la capacidad que ha demostrado. Se le hace tomar conciencia del hecho de que los problemas que le parecían invencibles pueden superarse con cierta comodidad y que él mismo lo ha demostrado con las acciones que ha llevado a cabo. Las prescripciones pueden formularse según diversas modalidades y abarcar las más diversas clases de acciones: simples tareas que han de realizarse en casa, rituales complicados, o acciones que aparentemente nada tienen que ver con el problema presentado por el paciente. Lo importante es que el terapeuta, al imponer las prescripciones, se esfuerce por hallar, con inventiva y fantasía, la llave justa que ha de

abrir la puerta blindada que representa el sistema disfuncional de acciones y retroacciones, en que se halla inmerso el paciente.

6. Conclusión del tratamiento

El último encuentro en una terapia estratégica reviste un papel muy importante: el de ser la última pincelada y el marco definitivo de la obra realizada. Su objetivo es consolidar definitivamente la autonomía personal de la persona tratada. A este fin, se procede a una recapitulación y a una explicación detallada del proceso terapéutico desarrollado y de las estrategias que se han utilizado. De este modo, se ofrece a la persona un conocimiento claro incluso de determinadas técnicas extrañas utilizadas en el tratamiento (órdenes indirectas, sugerencias, prescripciones paradójicas).

Se considera indispensable esta redefinición final, con miras a que el sujeto alcance una autonomía personal completa, en la convicción de que esta última requiere, para consolidarse, la conciencia de que la realidad «psíquica y de la conducta» se ha cambiado gracias a una intervención sistemática y científica, y no por artes mágicas extrañas.

Pero, sobre todo, hay que poner de relieve la capacidad que ha demostrado el sujeto al realizar con constancia y tenacidad el «duro» trabajo que le ha exigido la solución del problema, y la capacidad que ha adquirido de superar por sí solo, ahora, otros problemas eventuales.

Consideramos que es fundamental este incentivo para el mantenimiento de una autonomía personal propia y para la adquisición de una correcta autoestima, y pensamos que ha de asumir la forma de una sugestión positiva para el futuro.

A este fin, es también provechoso recordar que, en el transcurso del tratamiento, se intenta no crear dependencia en modo alguno. De hecho, después de cada pequeño cambio obtenido, se procede con cuidado a felicitar al paciente por su empeño y su capacidad personal al combatir el problema. Además, el tratamiento a plazo breve induce, desde el comienzo, al paciente a la asunción de sus responsabilidades incluso para que la terapia tenga éxito. La manipulación, por parte del terapeuta, de la situación y de su influencia personal ante el paciente se orienta a que adquiera, de la manera más rápida posible, la capacidad de reaccionar correctamente en cuanto se refiere al problema presentado. Por último, hay que destacar que, a lo largo de esta intervención,

se han activado características y cualidades propias del paciente, que ahora él conoce de un modo consciente y está en condiciones de saber utilizar. Nada se ha añadido que el paciente no tuviera. Ha aprendido a percibir la realidad y a reaccionar ante ella, utilizando positivamente sus propias dotes personales, gracias a experiencias guiadas por el terapeuta, pero ahora es absolutamente capaz de actuar solo.

Dos modelos de tratamiento específico

«Todo se aprende no para exhibirlo, sino para utilizarlo.»

G.C. Lichtenberg, *Libro de consolación*

Después de haber presentado y discutido la típica praxis clínica estratégica en el desarrollo de su proceso y en sus procedimientos terapéuticos más consolidados y usuales, parece provechoso ofrecer dos ejemplos de tratamiento específico para determinados trastornos. Es decir, dos protocolos terapéuticos contruidos *ad hoc* para dos tipologías específicas de problemas. En otros términos, así como en los manuales de ajedrez se encuentran ejemplos típicos de jaque mate que puede realizarse en un reducido número de movimientos, así también en terapia es posible disponer, para determinadas tipologías de problemas, de una serie planificada de estrategias que llevan a la solución de los mismos; es decir, un jaque mate específico para determinadas sintomatologías psicológicas. Es evidente, sin embargo, para evitar equívocos, que una programación terapéutica específica de este género prevé siempre una adaptación de las mismas estrategias a las distintas peculiaridades personales de cada sujeto y de su contexto interpersonal.

Presentamos a continuación los modelos específicos de tratamiento de trastornos fóbicos, como por ejemplo ataques de pánico y agorafobia, y de trastornos obsesivos, como rituales compulsivos y fijaciones obsesivas.

Los dos protocolos de tratamiento han sido preparados partiendo de una base empírica, es decir, de la aplicación a un grupo de sujetos con los trastornos mencionados, de una hipótesis de programa terapéutico y de estrategias específicas.

Los efectos de este programa y de estas estrategias han sido posteriormente estudiados y evaluados y, a partir de ello, se ha adaptado o modificado una y otra cosa.

Se ha repetido varias veces el mismo procedimiento y las estrategias han sido estudiadas también por medio de grabaciones en vídeo de las sesiones. Esta metodología ha permitido ajustar progresivamente el punto de mira, respecto de las primeras hipótesis

de protocolo terapéutico, para centrarla en las estrategias terapéuticas más eficaces y eficientes para esta clase de trastornos y su carácter progresivo más idóneo, desde los primeros movimientos hasta el definitivo «jaque mate» del problema. Los dos protocolos expuestos aquí constituyen la forma actualmente más selecta a que hemos llegado en nuestro trabajo de investigación, construcción y puesta a punto de planos estratégicos específicos de tratamiento. Estos programas terapéuticos, en su forma más avanzada, se han aplicado a una muestra de sujetos que presentaban las dos clases de problemática que tomamos para analizar. Los resultados nos parecen decididamente satisfactorios tanto en la eficacia como en la eficiencia de la terapia.

Precisados estos puntos respecto del procedimiento de preparación de los protocolos, podemos pasar a la exposición de los dos modelos de tratamiento, a la que seguirá, para cada caso, la presentación de los datos de la investigación de evaluación del resultado obtenido tras su aplicación a la mencionada muestra de pacientes específicos.

Ambos modelos de tratamiento son de tipo individual, elección motivada por la mayor eficiencia, surgida en el transcurso de nuestra experiencia clínica, de este planteamiento de la terapia para las dos formas específicas de trastorno tratado.

1. El tratamiento de los trastornos fóbicos

1.1. *El problema presentado*

El tipo de trastorno presentado por los pacientes sometidos a nuestro protocolo terapéutico puede dividirse esquemáticamente en dos categorías descriptivas del problema, según la gravedad de la sintomatología fóbica.

La primera categoría de trastornos la representan graves formas de agorafobia y ataques de pánico; la segunda, formas menos graves con el mismo cuadro clínico, a las que se añaden, no obstante, fuertes crisis características de angustia y temor.

Para aclarar mejor el concepto de formas graves de agorafobia y ataques de pánico, podemos referirnos a aquel tipo de problema psicológico que puede ser definido como «miedo al miedo». Todos los sujetos tratados que presentaban este tipo de problema habían llegado, por causa de su incontrolable miedo, al abandono de toda actividad que exigiera un mínimo esfuerzo, responsabilidad o exposición personal (trabajo, deporte, aficiones, fiestas, etc.). Eran incapaces de salir solos igual que eran incapaces de

quedarse solos en casa. Cualquier mínimo estímulo físico ambiental lo transformaban ellos en una señal de alarma y era un desencadenante de terror. De la misma manera, cualquier estímulo propioceptivo o sensación corpórea era transformada en síntoma de una enfermedad y desencadenaba crisis de pánico. La situación había llegado a ser insostenible, tanto para la persona concreta como para los que la rodeaban (cónyuge, familia, amigos, etc.), quienes debían procurar no abandonar nunca al sujeto y soportar todas sus fijaciones fóbicas.

Las sintomatologías ofrecidas por los sujetos de la segunda categoría descriptiva representaban situaciones decididamente menos graves. Los casos tratados no habían llegado, en su problemática fóbica, al abandono de las habituales actividades laborales, familiares o domésticas que los sujetos continuaban desarrollando, aunque con fatiga y con un nivel de productividad extremadamente reducido. Todos estos casos manifestaban con mucha frecuencia ataques de angustia y temor inmovilizadores que, a veces, no iban precedidos de ningún estímulo aparentemente capaz de desencadenar las reacciones fóbicas. En esos momentos determinados, las personas eran incapaces de hacer nada para desbloquear la situación. Además, la sintomatología se hacía cada vez pesada y más frecuente en los últimos meses.

1.2. *El protocolo del tratamiento*

Para dejar en claro el proceso de este tratamiento y los procedimientos terapéuticos empleados en él, es conveniente presentar un esquema resumen del tratamiento mismo. El proceso terapéutico se subdivide en cuatro estadios que se caracterizan, como ya hemos mencionado, por los *objetivos prefijados*, que han de alcanzarse antes de pasar al estadio sucesivo de la terapia, y por las *estrategias terapéuticas* específicas para cada fase del tratamiento.

Esquema del tratamiento

Primer estadio: de la primera sesión a la tercera.

Objetivos: a) obtener confianza y colaboración; b) romper el sistema rígido de percepción de la realidad; c) demostrar, en la práctica, que el cambio es posible.

Estrategias: 1) empleo del lenguaje del paciente; 2) reestructuración del problema; 3) prescripciones indirectas; 3) redefinición de los efectos y los cambios.

Segundo estadio: de la tercera sesión a la quinta.

Objetivos: a) refuerzo de la capacidad de cambio; b) cambio efectivo de la situación; c) reestructuración cognoscitiva.

Estrategias: 1) prescripción paradójica; 2) reestructuración; 3) *go slow technique*.

Tercer estadio: de la quinta sesión en adelante.

Objetivos: a) lograr que la persona experimente directamente situaciones de superación gradual del problema; b) redefinición de la percepción de sí mismo, de los demás y del mundo.

Estrategias: 1) prescripciones directas de conducta acompañadas de sugerencias particulares; 2) redefiniciones de la situación después de la realización de cada prescripción.

Cuarto estadio: última sesión.

Objetivo: incentivo definitivo a la autonomía personal y consolidación de la misma.

Estrategias: 1) explicación detallada del tipo de trabajo desarrollado conjuntamente y de las técnicas utilizadas; 2) redefinición conclusiva de las capacidades demostradas al hacer frente y resolver el problema (sugestión positiva de cara al futuro).

Primer estadio: de la primera sesión a la tercera

La primera sesión representa una fase sumamente importante en el tratamiento de los sujetos fóbicos, por cuanto estas personas experimentan la urgencia de hallar una posibilidad de resolver su problema y, si no tienen enseguida la sensación de haber encontrado el buen camino, huyen y van en busca de otra cosa. Por esto, es fundamental empezar cuanto antes con las maniobras terapéuticas focales, comprometiendo rápidamente a la persona dentro del proyecto de cambio.

Teniendo en cuenta esto, en la primera sesión, después de haber escuchado atentamente la descripción del problema y de haberse puesto de acuerdo en lo que se refiere a los fines de la terapia, utilizando en esta fase la mencionada técnica del «calzado», de modo que se establezca una colaboración terapéutica funcional, se ha procedido a la primera maniobra terapéutica.

Es ésta una *reestructuración* del sistema de relaciones interpersonales que vive el paciente fóbico.

Por lo común, esta clase de personas vive una situación relacional que se caracteriza por un sólido sostén social que le proporcionan el cónyuge, los padres, los amigos y otras

figuras, que tienen el buen fin de lograr que el sujeto fóbico se sienta protegido y tranquilo por causa de su pronta intervención apenas entra el sujeto en crisis y pide ayuda. La situación es de tal índole que esta clase de soporte social funciona como una «solución ensayada» que en realidad perpetúa el problema. Es decir, en lugar de ayudar al sujeto a superar sus propios temores, esta actitud y conducta social alimentan la situación problemática conservándola activa, en cuanto mantienen al sujeto enjaulado dentro de sus convicciones de no poder lograr él solo una reacción positiva ante el miedo.

De esta consideración deriva que el primer paso de la terapia deberá consistir en la ruptura de este sistema interpersonal de mantenimiento del problema. Para obtener esto, el objetivo del primer movimiento se centra en el modo de percibir dicha realidad por parte del sujeto individual y en sus reacciones habituales. Afirmamos que su problema, como todos los problemas, requiere sin duda de la ayuda de los demás. Pero, si queremos dar solución a esta situación dramática, debemos partir de la comprobación de que el soporte y la ayuda que se le da no alcanza ciertamente a cambiar su situación. Se continúa diciéndole que no sólo no ha de contar con el sostén y la protección de los demás como solución del problema, sino que más bien ha de comenzar a pensar que aquella ayuda le resulta peligrosa y nociva, porque puede agravarle el problema. Aun cuando por el momento le sea imposible prescindir de ella.

Continuando con el mismo tono, se procede a una especie de disertación teórica sugestiva tendente a explicar que las personas que rodean al paciente son ya partes integrantes del sistema disfuncional y que, al estar implicadas en el mismo problema, no pueden en realidad aportar nada para el cambio de la situación.

Lo que producen, con su sostén y ayuda, es sólo la confirmación de su incapacidad y de su dependencia respecto de ellas. Y esto funciona de una manera tan sutil que la situación no tiene más salida que empeorar todavía más.

No obstante, hay que reafirmar que, por el momento, a él no le queda más remedio que recurrir a los demás.

Como el lector habrá entendido bien, esta primera reestructuración tiende a canalizar el miedo del paciente, incentivándolo con miras a provocar reacciones que rompan su sistema de relaciones interpersonales, el cual contribuye a mantener operante el problema del miedo y de su inseguridad.

De hecho, redefiniendo el sostén y la ayuda de los demás como algo que aumenta sus síntomas, se remueve la perspectiva del paciente de cara a percibir su vida relacional

actual. Ahora puede contemplarla no ya como áncora de salvación, sino como algo peligroso y nocivo.

Insertar esta nueva percepción en la mente del paciente quiere decir desencadenar en él el miedo de ser ayudado, porque ser ayudado significa agravar los propios síntomas.

En realidad, se cambia el rumbo de la fuerza del trastorno fóbico en dirección a la anulación de la red disfuncional que lo sostiene.

Es muy importante, además, destacar en esta reestructuración el hecho de que, pese a cuanto se ha afirmado, creemos que el paciente no puede, al principio, prescindir de la ayuda de los demás. Ésta es una imposición paradójica que generalmente aumenta la receptividad del paciente, el cual querrá demostrar al terapeuta que puede prescindir inmediatamente de la ayuda que le resulta nociva y colaborar con él a la resolución de sus propios problemas.

Tras esta primera acción terapéutica, que normalmente ocupa gran parte de la sesión, se ha pasado a la provisión de la primera prescripción de conducta que ha de realizarse en el contexto de la vida de cada día, aunque afirmando que por el momento se está sólo en una fase de indagación y que la tarea asignada no es más que una técnica investigadora, que deberá ser llevada a cabo a la letra en orden a permitir un mejor conocimiento de la situación. Se actúa así para evitar que el paciente, al poner en práctica su tarea, se entretenga a calcular sus efectos y se cree, de esta suerte, una atención excesiva a su respecto que podría inhibir la eficacia de la prescripción. Ésta, si se ordena como una simple técnica de diagnóstico, no provoca aquellas expectativas y reacciones.

La prescripción se presenta de la siguiente manera: «Cada vez que usted entre en crisis, que experimente un momento de pánico, que sienta cómo le sube la angustia, etc., aun cuando le ocurra cien veces al día, se sacará usted del bolsillo este "diario de a bordo" que le entrego y anotará en él todo lo que le pasa, siguiendo al detalle todas las instrucciones y llenando cada uno de los epígrafes que se contemplan en dicho diario. En la próxima sesión, me dejará ver las páginas concernientes a la semana anterior y yo las estudiaré.»

El «diario de a bordo» es un pequeño cuaderno dispuesto para este propósito que se entrega al paciente, junto con la prescripción: se trata de un tediosísimo formulario de casi doce columnas que se refiere a la fecha, lugar, situación, pensamientos, acciones, síntomas, etc., que, para ser rellenado, precisa de cinco minutos cada vez.

En todos los casos presentados, el efecto de la prescripción ha sido más o menos el

mismo. A la segunda sesión, la persona ha comenzado diciendo: «Doctor, debe usted disculparme, no he hecho la tarea que me impuso. Pero, parece extraño, esta semana no he tenido ninguna crisis.» O bien: «Sabe, doctor, es extraño, me encuentro decididamente mejor; he tenido algún momento crítico, pero muy pocas veces y no sé explicarlo, pero al escribir se me pasan en seguida la angustia y el miedo.»

¿Qué ha sucedido? ¿Cómo es posible que se produzca tal cambio?

El sistema rígido de percepción de la realidad que constreñía a la persona a determinadas respuestas disfuncionales se ha roto. La red contraproducente de soportes sociales ha quedado anulada. Se ha roto el «encantamiento».

La explicación más probable de este fenómeno parece ser, a nuestro entender, la siguiente: la tarea prescrita y la reestructuración, hecha durante la sesión, obligan al paciente a no utilizar las «soluciones ensayadas» habituales que, en vez de resolver el problema, lo complicaban (por ejemplo, intentar a toda costa no pensar en lo que se siente, o buscar la ayuda de los demás). El hecho de tener que anotar escrupulosamente cualquier acontecimiento o pensamiento, además, ha puesto a los pacientes en una situación completamente distinta de la reacción al miedo, porque, al tratarse de una tarea embarazosa que ha de hacerse y escribirse, el sujeto fóbico huye del apuro desvinculándose de las reacciones originarias. En otras palabras, al miedo lo sustituye un apuro, desbloqueándolo. Una vez más se recurre a la fuerza misma del síntoma para anular el síntoma mismo.

En la segunda sesión, después de que el paciente haya contado cuanto le ha acaecido durante la semana, se ha pasado a una acción terapéutica que refuerza el efecto de la maniobra precedente: la redefinición de la situación. Es decir: «El problema no es, pues, tan grande como aparece, si ha bastado una prescripción tan trivial como ésta para modificar la situación. Entonces sus trastornos no son tan invencibles, no son tan inevitables; usted puede cambiar realmente, lo ha demostrado esta semana.» Y a lo largo de toda la sesión se ha insistido en esta redefinición del problema. Con ella, además de la ruptura del sistema rígido de respuestas disfuncionales, se obtiene una consolidación inmediata de la confianza del paciente en sus propias capacidades. Es decir, se empieza a desplazar su punto de observación consciente de la realidad desde una perspectiva disfuncional a otra más funcional.

Llegados aquí, si la respuesta a las primeras acciones terapéuticas ha sido óptima, al final de la segunda sesión se ha pasado al segundo estadio del problema terapéutico y, en

caso contrario, se ha mantenido la prescripción por otra semana más para proceder, luego, a repetir la redefinición en la sesión tercera; siempre y cuando se haya llegado, en estos casos, al efecto deseado.

Segundo estadio: de la tercera sesión a la quinta

En los últimos minutos de la segunda o tercera sesión, se ha procedido, en todos los casos, a la asignación de una nueva prescripción de conducta; precisando más, a una prescripción paradójica del tipo «sé espontáneo». Es decir: «Ya que usted se ha comportado con tanta decisión durante las semanas pasadas para combatir su problema, ahora le doy una tarea que le parecerá aún más extraña y absurda que la que ha llevado a cabo hasta ahora. Pero, como hemos acordado, deberá ponerla en práctica. Por lo demás, pienso que me merezco algo de su confianza, ¿no cree? Así pues, supongo que usted tiene en casa un despertador, uno de aquellos que suenan de forma tan antipática. Bien, cada día, a la misma hora, la que ahora decidiremos de mutuo acuerdo, tomará este despertador para darle cuerda y hacerlo sonar media hora más tarde. Durante esta media hora, usted se encerrará en una habitación de su casa y, sentado en un sillón, hará esfuerzos por encontrarse mal, se concentrará en las peores fantasías que se refieran a su problema. Pensará en los peores miedos hasta producirse voluntariamente una crisis de angustia y pánico, quedándose así por toda la media hora. Cuando suene el despertador, parará usted el ruido e interrumpirá la tarea, dejando los pensamientos, las sensaciones que se ha provocado, y reanudará su actividad normal cotidiana.»

Los efectos de esta prescripción paradójica han sido de dos clases. La primera: «Doctor, no he logrado sumergirme en la situación, he hecho esfuerzos, pero todo me parecía tan ridículo que hasta me han venido ganas de reír.» La segunda: «Doctor, he logrado hacer lo que me mandó tan bien que he tenido las mismas sensaciones que tenía antes de visitarme con usted; he sufrido muchísimo, luego por suerte ha sonado el despertador y todo ha acabado.»

Hay que observar que, en ambas clases de respuestas, en el transcurso de la jornada, fuera de la media hora durante la cual se realizaba la tarea, la mayor parte de los pacientes no había tenido ningún momento de crisis y algunos sólo algún que otro episodio esporádico de angustia fácilmente controlable.

En la sesión siguiente, después del relato del paciente sobre el efecto de la prescripción, se ha procedido a redefinir una vez más la situación. En el caso de la

primera respuesta, la redefinición ha sido: «Como ha podido comprobar, se puede anular su problema precisamente provocándolo voluntariamente. Es una paradoja, pero sepa usted que a veces nuestra mente funciona más con paradojas que con lógica. Usted está aprendiendo a no caer más en la trampa de su trastorno y de sus "soluciones ensayadas", que complican los problemas en vez de resolverlos.» Y por toda la sesión se ha seguido con este mismo tono. En el caso de la segunda respuesta, la redefinición ha sido, en cambio: «Muy bien, usted está aprendiendo a modular y administrar su trastorno. Si usted es capaz de provocar los síntomas de una manera voluntaria, también ha de ser capaz de reducirlos y anularlos.» Y se ha seguido de igual manera durante toda la sesión.

En ambas situaciones, por consiguiente, la redefinición se ha centrado sobre el refuerzo de la conciencia y confianza relativas al cambio y a la resolución completa del problema.

El paciente ha tenido la irrefutable demostración concreta de la eficacia del trabajo que está haciendo junto con el especialista. Esto lo lleva, por una parte, a una excepcional colaboración terapéutica y, por otra parte, a un ulterior cambio progresivo de percepción de la propia realidad. Además, se ha tenido cuidado de atribuir la responsabilidad del cambio a las capacidades personales del paciente, presentando al terapeuta como a un estratega que utiliza técnicas concretas para hacer emerger aquello que la persona posee, pero que ésta no sabe utilizar. Esta consideración estimula increíblemente a quienes siempre se han considerado ineptos y que en ello se han visto confirmados por cuantos los rodean. De modo que se centra la atención sobre el incremento de su competencia personal y de su autoestima.

Ahora, a unas semanas del comienzo, la situación ha cambiado radicalmente: en ninguno de los casos a que nos referimos en esta exposición existen ya los síntomas atrozantes e inmovilizantes. Pero el paciente no puede considerarse curado aún. En esta fase es sumamente importante reducir la euforia, poniendo en guardia a la persona acerca de la peligrosidad de una curación excesivamente rápida (*go slow*)¹⁵. Y por esto es necesario frenar y pensar que, si se empuja demasiado a fondo el acelerador, es fácil salirse de la carretera y recaer en el problema. Lo importante, ahora, es consolidar lo obtenido y así se pasa al siguiente estadio de la terapia.

Tercer estadio: de la quinta sesión en adelante

Llegados a esta fase de la terapia, el paso sucesivo ha sido la programación de

prescripciones directas de conducta, basadas en una escala progresiva de situaciones ansiógenas, a las que se expone sucesivamente el paciente. Esto presenta una cierta analogía con lo que se hace en las desensibilizaciones sistemáticas de la conducta, pero a cada prescripción directa se le añade una *sugestión* que lleva inexorablemente a la persona a realizar la tarea ansiógena.

Por ejemplo, a una mujer de treinta y tres años que, en ese momento de la terapia, había elegido como primera tarea directa ansiógena conducir un coche, se le pidió que describiera detalladamente un episodio de pánico en automóvil que recordara muy bien. La mujer explicó que una vez, tiempo atrás, conduciendo por el campo en las cercanías de Arezzo, tuvo tal crisis de angustia que se vio en la necesidad de parar y pedir ayuda. La ayudó un automovilista que la acompañó al servicio de urgencias más próximo. Después de aquel episodio le había sido verdaderamente imposible salir con el coche por caminos que no fueran urbanos. La prescripción directa fue la siguiente: «Bien, yo creo que usted, ahora, siguiendo a la letra mis instrucciones, después de lo que ha sido capaz de hacer las semanas pasadas, podrá con toda certeza superar esta primera prueba. Pero haga, como siempre, exactamente aquello que le pido. Mañana, después de comer, vaya al garaje, ponga el coche en marcha, arranque y vaya a recorrer el mismo trayecto que aquella vez que me ha explicado. Pero, en lugar de hacerlo en la misma dirección, esta vez lo hará en dirección contraria (primera sugestión). Y, además, déjeme pensar. Usted sabe, seguramente, que hacia la mitad del trayecto hay una pequeña desviación que lleva a aquella tienda en la que venden directamente fruta recogida en los campos del entorno. A mí me encantan las manzanas, y así usted tomará aquel desvío y me irá a comprar la manzana más grande y madura que halle en la tienda. Después me la traerá inmediatamente aquí, al estudio. Yo estaré ocupado y no podré recibirla, por lo que llame usted a la puerta, me entrega la manzana y ya nos veremos a la próxima sesión (segunda sugestión).»

La mujer, al día siguiente, llamó a la puerta radiante y sonriente y con una enorme manzana. Durante la sesión, a la otra semana, refirió entusiasmada que todos los días, cada tarde, había ido a darse una vuelta en coche aventurándose cada vez más lejos sin el más mínimo temor y hasta divirtiéndose muchísimo.

En realidad, a la paciente se le asignó una tarea ansiógena ensamblada entre dos sugerencias: la primera, relativa a la tarea misma; la segunda, relativa a una tarea independiente pero que, para ser realizada, exigía la previa realización de la primera

tarea. De forma que la atención de la persona se ha centrado en la segunda tarea y no en la primera, realmente ansiógena. Pero una vez hecho todo, la persona se da cuenta de que ha superado realmente el miedo. Entiende el truco, pero también se ha demostrado a sí misma, con una acción concreta innegable, que puede superar realmente sus dificultades.

A diferencia de la clásica desensibilización de tipo conductista que muchas veces queda bloqueada, porque la persona rechaza llevar a la práctica las prescripciones directas de comportamiento, con este sistema se llega a obtener, por medio de un «conflicto benéfico», la ejecución incluso de prescripciones que, presentadas solas, sería imposible poner en práctica. Así como un prestidigitador o un ilusionista desplaza la atención del observador mientras hace el truco, así también en este tipo de maniobra terapéutica se esquivan el bloqueo ansioso.

En el tercer estadio, el tratamiento se desarrolla con la ejecución de las prescripciones directas de conducta relativas a la escala de situaciones ansiógenas concordadas. Es importante recordar que, después de cada prescripción, se ha pasado, igual que en las primeras fases de la terapia, a la redefinición de las capacidades reales demostradas por la persona al superar las situaciones que antes la habrían puesto en crisis. Además, a medida que se ha ido avanzando en el tratamiento, las sugerencias que acompañaban a las prescripciones han sido reducidas hasta dejar sitio sólo a las prescripciones de comportamiento directas.

Por lo general, procediendo de esta manera, hemos llegado a un punto en que el mismo paciente afirma sentirse en disposición de hacer frente sin problemas a cualquier situación, por más ansiógena que haya sido anteriormente. Entonces es el momento de pasar a la última fase del tratamiento: la conclusión.

Cuarto estadio: última sesión

La última sesión, como ya hemos explicado, desempeña la función de ser la pincelada final y el marco adecuado de la obra hecha, con el objetivo de consolidar definitivamente la autonomía personal del paciente. A este respecto, se ha procedido a un epílogo y a una explicación detallada del proceso terapéutico desarrollado y de las estrategias utilizadas, explicando bien su funcionamiento. Reafirmando siempre que el cambio ha tenido lugar gracias a las dotes personales del paciente. El terapeuta sólo ha activado estas características personales ya presentes, no ha añadido nada, incluso porque esto sería de

todo punto imposible.

Partiendo de aquí, hemos concluido afirmando que el paciente ya ha aprendido a utilizar bien sus propias dotes personales y que, por consiguiente, ahora ya no tiene ninguna necesidad del terapeuta.

Nos hemos puesto de acuerdo sobre las modalidades del *follow-up* (seguimiento) y nos hemos despedido del ahora ex paciente.

1.3. *Eficacia y eficiencia del tratamiento*

1.3.1. *Muestra*

El protocolo de tratamiento expuesto hasta aquí ha sido aplicado a 41 sujetos; todos ellos representaban las tipologías descritas de trastornos fóbicos.

La muestra se componía de 24 mujeres y 17 hombres, con una edad media de 31 años, a partir de un mínimo de 18 años para el sujeto más joven y un máximo de 71 para el sujeto de mayor edad. El grupo social de pertenencia de los sujetos era muy poco homogéneo, igual que sus ocupaciones profesionales que abarcaban desde el docente al profesional, al médico, al obrero, a la mujer ama de casa y al estudiante.

Por consiguiente, podemos afirmar que la muestra era representativa de realidades personales muy diversas asimilables sólo por su sintomatología fóbica, así como significativo era a nivel estadístico el número de casos tratados.

1.3.2. *Eficacia*¹⁶

La eficacia se ha evaluado considerando: *a)* la valoración del resultado final de la terapia; *b)* si, a distancia de cierto tiempo, los resultados obtenidos se han mantenido o, al contrario, se han presentado recaídas sintomáticas o han reaparecido síntomas sustitutivos de los originarios.

Basándonos en este criterio metodológico, los resultados del tratamiento han sido los siguientes:

Treinta y dos casos completamente resueltos. Es decir, casi con una total resolución del problema al final de la terapia y la ausencia de recaídas en el transcurso de un año.

Siete casos muy mejorados. Esto es, casi con remisión completa de los síntomas al final de la terapia, o que han demostrado en los correspondientes *follow-up* (seguimientos) la presencia de esporádicas y ligeras crisis de angustia, pero rápidamente

controladas.

Dos casos poco mejorados. Es decir, con reducción parcial de la sintomatología al final del tratamiento, que han referido en el *follow-up* la presencia de frecuentes momentos críticos de angustia y miedo. Pero estos momentos críticos han sido definidos por los sujetos como mucho menos fuertes que los anteriores a la terapia.

Ningún caso sin modificar.

Ningún caso que haya empeorado.

Esto significa que el tratamiento ha obtenido un éxito total en el 78% de los casos: este éxito hay que referirlo al final del tratamiento, aunque haya habido ligeras recaídas con el tiempo, en el 17% de los casos; poco éxito en el 5% de los casos, tanto al final del tratamiento como posteriormente.

1.3.3. Eficiencia¹⁷

La duración media del tratamiento ha sido de 15,6 sesiones, con un mínimo de 6 sesiones para el tratamiento más breve y un máximo de 34 para el más largo. Para valorar mejor la eficiencia, podemos subdividir los tratamientos con resultado positivo, es decir, los casos resueltos o muy mejorados, en cuatro grupos: las terapias que han durado de 6 a 10 sesiones, de 11 a 20 y de 21 a 30 y de 31 a 34 (véase el cuadro resumen de los resultados).

De esta clasificación de los datos resulta que casi el 80% de los casos ha recibido un tratamiento de menos de veinte sesiones.

<i>Cuadro resumen de los resultados del tratamiento de los trastornos fóbicos</i>		
<i>Eficacia</i>	<i>n.º</i>	<i>%</i>
Casos resueltos	32	78
Casos muy mejorados	7	17
Casos escasamente mejorados	2	5
Casos sin modificar	—	—
Casos empeorados	—	—
Total de casos tratados	41	100
<i>Eficiencia. Duración media del tratamiento: sesiones 15,6</i>		
<i>Duración del tratamiento</i>	<i>n.º de casos resueltos o muy mejorados</i>	<i>n.º casos %</i>
De 6 a 10 sesiones	9	23
De 11 a 20 sesiones	22	57
De 21 a 30 sesiones	6	15
De 31 a 34 sesiones	2	5

Reflexiones sobre los resultados

Los datos relativos a los resultados obtenidos con la aplicación de nuestro modelo de

terapia de los trastornos fóbicos demuestran ampliamente su notable eficacia. De hecho en el 95% de los casos, al final del tratamiento, se ha logrado la desaparición de los síntomas presentados, aunque luego, en algunos casos, es decir, en 7 casos, ha habido posteriores ligeras mejorías controladas. Hay que notar, por tanto, que sólo en un 5% de los casos se han obtenido escasos resultados y que no hay ningún caso que haya quedado inalterado o que haya experimentado empeoramientos como consecuencia del tratamiento.

Por último, el dato que nos parece más destacable de este tipo de tratamientos es su sorprendente eficiencia. En realidad, si consideramos que casi el 8% de los casos ha sido tratado con menos de 20 sesiones, esto es, en el tiempo de 4-5 meses, y si lo comparamos por las psicoterapias, resulta evidente la enorme capacidad de este protocolo de tratamiento para producir resultados efectivos en tiempos cortos.

2. El tratamiento de los trastornos obsesivos

2.1. *El problema presentado*

Los sujetos de la muestra a la que se ha aplicado el tipo de tratamiento que se expone aquí presentaban todas formas más bien graves de neurosis obsesiva con presencia de repertorios de acciones compulsivas.

Las personas acusaban fuertes fijaciones y manías y estaban obsesionadas por tener que repetir continuamente algunos «rituales» o, en ciertos casos, por tener que repetir y controlar varias veces cada acción llevada a cabo con el fin de verificar su dudosa corrección. Su pensamiento se centraba continuamente en intentar no tener esas extrañas ideas en la cabeza, pero cuanto más se esforzaban por no hacer ciertas cosas o no pensar en ellas, más se veían en la situación de hacer las repeticiones y los rituales y de pensar de un modo cada vez más retorcido. Pero, seguramente, algún ejemplo ilustrará mejor el tipo de problema que dichos sujetos presentaban: 1) un joven contable, que se veía obligado, por su fijación obsesiva de no equivocarse, a controlar y controlar de nuevo hasta el infinito los sucesivos números de las facturas y demás material de trabajo, hasta que se derrumbó y tuvo que dejar temporalmente el trabajo; 2) un joven obsesionado por la idea angustiada de ser homosexual, que se sometía a una diaria contemplación maratoniana de películas y revistas pornográficas para medir y verificar su excitación

ante el sexo femenino o masculino; 3) una mujer perseguida por la convicción de haber atropellado a un peatón, que se veía constreñida a volver al lugar del presunto «delito» con otra persona que le confirmase que no era verdad aquello que creía; 4) un marido obsesivamente convencido de que la mujer lo traicionaba, y que llegaba a hallar la retorcida confirmación de su sospecha en el más nimio acontecimiento para nada pertinente a aquella posible realidad y que se veía obligado a seguir a su mujer por todas partes y a controlar todos sus movimientos; 5) una muchacha que para poder dormir debía realizar, antes de ponerse en la cama, el control ritual de cerrar todas las llaves de paso, las puertas y las ventanas de la casa, repitiéndolo una y otra vez; luego, durante la noche, se despertaba y debía volver a empezar de nuevo aquel control ritual.

En todos los casos citados, la situación había llegado a ser insostenible y muchos de los sujetos de la muestra se habían visto en la necesidad de interrumpir sus actividades laborales habituales. Las fijaciones obsesivas, además, habían llegado al punto de no alejarse ya casi para nada de la mente de estas personas; cesaban un poco tras la ejecución de los diversos repertorios de acciones compulsivas, pero volvían prepotentes a escena poco después.

2.2. *El protocolo del tratamiento*

Para mostrar con claridad el proceso y los procedimientos terapéuticos empleados, consideramos provechoso presentar (igual que en la exposición del tratamiento de las fobias) un esquema del tratamiento. También en este caso, el tratamiento se subdivide en cuatro estadios progresivos que se caracterizan por los *objetivos prefijados* y las *estrategias específicas* terapéuticas.

Esquema del tratamiento

Primer estadio: de la primera sesión a la tercera.

Objetivos: a) obtener confianza y colaboración; b) romper la cadena obsesiva de pensamientos y acciones; c) producir un primer cambio pequeño concreto.

Estrategias: 1) secundar las obsesiones del paciente; 2) reestructuración paradójica y técnica de la confusión; 3) prescripción del síntoma; 4) relato de anécdotas e historias.

Segundo estadio: de la sesión cuarta a la sexta.

Objetivos: a) incentivo y refuerzo del primer pequeño cambio concreto; b) desplazamiento de la atención de sí mismo hacia los demás; c) ulterior progreso en cambios concretos.

Estrategias: 1) Paradoja del «ve despacio»; 2) previsión paradójica de recaídas; 3) prescripción del «antropólogo».

Tercer estadio: de la sexta sesión en adelante.

Objetivos: a) consolidación progresiva de la capacidad de no recaer en las obsesiones; b) redefinición de la percepción de sí mismo, de los demás y del mundo.

Estrategias: 1) redefinición de la actual situación; 2) prescripción de la «fórmula mágica» (en algunos casos).

Cuarto estadio: última sesión.

Objetivo: consolidación definitiva de las capacidades y de la autonomía personal del paciente.

Estrategias: 1) explicación detallada del trabajo realizado; 2) redefinición conclusiva de la decisión y capacidad demostrada por el paciente.

Primer estadio: de la primera sesión a la tercera

El primer encuentro con el paciente se ha centrado, como de costumbre, en la adquisición de la capacidad de intervención mediante la constitución de una atmósfera de contacto y aceptación interpersonal.

Para este fin, con los pacientes obsesivos, aún más que con los otros tipos de pacientes, es fundamental secundar y aceptar manifiestamente sus fijaciones y sus maneras retorcidas de pensar. De otra forma, se produce inmediatamente una relación contraproducente; de hecho, el terapeuta que intenta convencer al paciente del carácter absurdo de sus convicciones y, a partir de aquí, procura cambiar su manera de actuar, pone en funcionamiento lo mismo que intentan hacer, respecto de las personas obsesivas, sin éxito alguno, cuantos se guían por el «sentido común», esto es: utilizar la lógica ordinaria, aplicándola a cosas que no funcionan de acuerdo con esta lógica, con el efecto de no producir en el sujeto obsesivo ningún tipo de cambio, sino sólo la sensación de no ser comprendido en modo alguno.

Al contrario, la actitud que –como confirman nuestros trabajos con tales sujetos– resulta más benéfica es la que se funda en una lógica paradójica, que se concreta, en el primer encuentro, en la demostración activa de la aceptación de sus fijaciones

estrafalarias, tomando en seria consideración la posible sensatez de sus absurdas convicciones y buscando incluso una especie de justificación partiendo del supuesto de su posible utilidad.

Como consecuencia de esta convicción, al definir el problema y al intentar el acuerdo respecto de los fines del tratamiento, se ha utilizado la estrategia usual comunicativa del «calcado», junto con el radical descarte de afirmaciones y opiniones manifestadas que pudieran contradecir el punto de vista del paciente, y hasta más bien se ha secundado y reforzado este último, en el transcurso de la sesión, por medio de una reestructuración particular del problema.

Se ha procedido, de hecho, en la parte final de la sesión, a una elaborada, tortuosa, pedante y poco clara reestructuración del trastorno presentado, con el recurso de citas de hechos e ideas, orientada a demostrar que, a menudo, estos trastornos pueden desempeñar un papel importante o una función determinante en la personalidad humana. Pueden ser una dote acrecentada, un don reservado a pocos seres humanos atentos y sensibles para con los demás. Y se ha terminado con la sugerencia de reflexionar, durante la semana, sobre esta posible realidad.

En la práctica, se redefine el síntoma presentado sembrando la duda acerca de que éste pueda ejercer un papel positivo, de que posea un objetivo positivo que hay que investigar. Todo esto significa complicar, aún más, la ya complicada red de pensamientos del paciente, conducirla a su exasperación paradójica y, al mismo tiempo, orientar al sujeto hacia una nueva y sorprendente perspectiva de análisis de estas realidades.

El hecho de crear confusión mental en el paciente mediante razonamientos más complicados y elaborados que los suyos y de insertar la duda absurda del posible carácter positivo de sus sufrimientos ha producido los siguientes efectos:

En la segunda sesión, los pacientes han referido dos tipos de reacción que pueden aclararse mediante extractos de las grabaciones: «Doctor, ¿sabe? He pensado toda la semana para qué sirven estas ideas más y estas acciones más extrañas, pero no he entendido nada. Pero he de decirle que he tenido la mente más tranquila todos esos días.» O bien: «Doctor, creo que he entendido que estas acciones que hago sirven realmente para algo, pero no sabría decir para qué; pero debo decir que me he sentido algo mejor, he tenido menos fijaciones.»

El efecto de la reestructuración paradójica ha consistido, pues, en disminuir, aunque fuera poco, la tensión obsesiva complicándola aún más, pero orientándola en su

complejidad hacia un oscuro y misterioso posible sentido positivo de los trastornos que padece el sujeto. Esto ha permitido centrar la atención sobre algo diverso de lo habitual, cosa que se ha logrado de modo que el sujeto, en vez de intentar no pensar y no actuar de forma compulsiva, esforzándose por controlar aquellos impulsos, ha concentrado su atención en la posible utilidad de los síntomas o trastornos. Obviamente, esta inexistente utilidad no ha podido ser identificada, pero la búsqueda complicada en este sentido ha hecho disminuir, por efecto de la paradoja, el mecanismo obsesivo de las «soluciones ensayadas», como son intentar no pensar y por ello pensar aún más o intentar no actuar de una cierta manera y, por ello, hacerlo aún más. Como decíamos anteriormente, intentar voluntariamente hacer algo de forma espontánea inhibe la espontaneidad y hace imposible realizar lo que se querría hacer con todo el esfuerzo. En las personas obsesivas, el intento obsesivo de controlar las obsesiones produce el efecto del mantenimiento y del incremento de las mismas. Desactivar, aunque sólo sea un poco, este mecanismo produce una disminución rápida de la tensión.

En la segunda sesión, tras el informe del paciente, se ha procedido al refuerzo de la hipótesis de un papel funcional positivo de los síntomas para la personalidad del paciente mediante otra serie de razonamientos y suposiciones, todavía más complicada y retorcida, para llegar, en los últimos minutos de la sesión, a la asignación de una prescripción de comportamiento del tipo paradójico, que no tiene otro fin que incidir directamente en los comportamientos compulsivos. Para ser exactos, una prescripción del mismo síntoma verdadero y real, formulada como sigue: «Bien, basándonos en lo que hemos dicho hasta aquí, ahora yo le asigno una tarea concreta que usted tendrá que realizar sin hacerme preguntas o pedirme explicaciones, porque esto le ayudará a usted a solucionar las dudas acerca del papel positivo de su trastorno, por lo que deberá apañárselas por sí solo. Así pues, quiero que usted, cada vez que se encuentre en la situación de tener que hacer aquello que siente obligación de hacer, en vez de resistir y no hacerlo, lo repetirá voluntariamente diez veces, ¡exactamente diez veces! Ni una más ni una menos. ¡Diez veces exactamente!»

Esta prescripción se ordena como una auténtica sugestión hipnótica, con un lenguaje pausado, cadencioso, repetido y redundante por cuanto se refiere a especificar exactamente el comportamiento que hay que seguir. Para aclarar mejor el contenido de las prescripciones, digamos que, por ejemplo, en el caso del contable que controlaba continuamente los números progresivos de las facturas, el joven habría debido controlar

cada vez diez veces; en el caso de los rituales prenocturnos, la mujer debería repetirlos siempre diez veces; o bien, en el caso del joven obsesionado por el miedo a su homosexualidad, el muchacho debería mirar las fotos y los fotogramas más perturbadores de un film siempre diez veces. Por último, la señora aterrorizada por el miedo de haber arrollado a alguien debería pasar diez veces por el hipotético «lugar del delito», cada vez que tuviera la duda.

En la tercera sesión, el informe más frecuente ha sido: «Doctor, he hecho con empeño la tarea que me impuso, pero no lograba hacer diez veces la misma cosa; hasta alguna vez no lo he hecho ni una sola. Usted me había dicho, además, que llegaría a entender la utilidad de mis problemas, ¡pero continúo sin entender nada!» Algunos han referido, incluso, no haber sido nunca capaces de repetir las acciones o los rituales, porque nunca se habían visto en la obligación de hacerlos y no habían tenido ganas de hacerlos voluntariamente. Pero también estos pacientes continuaban sin entender el papel positivo de sus problemas.

La maniobra terapéutica ha consistido, después de estos informes, en reafirmar la importancia de llevar a término exactamente diez veces aquella determinada acción, de otra forma ellos no podrían esclarecer el papel positivo de los síntomas ni llegarían a ejercer su control. Por ello se ha mantenido la prescripción todavía para otra semana, destacando que se estaba comenzando a asumir el control de la situación.

Al final de la sesión, mientras se les acompañaba hacia la puerta, se les explicaba a los pacientes la siguiente historieta: «Según un antiguo cuento, una vez una hormiga pidió a un ciempiés, sabe usted, uno de aquellos animales que se mueven tan bien y con tanta elegancia con cien pies a un mismo tiempo: "¿Quieres decirme cómo hacer para andar tan bien con tantos pies a la vez? Explícame cómo lo haces para controlarlos todos a un mismo tiempo." El ciempiés comenzó a pensar sobre aquello y ya no logró moverse ni caminar más.»

Tras esta breve narración, se ha saludado a los pacientes y se les ha invitado a reflexionar sobre el significado de la historieta.

Segundo estadio: de la cuarta sesión a la sexta

En la cuarta sesión, la mayoría de los pacientes han explicado que se sentían decididamente mejor, que habían tenido sólo algún que otro episodio de obsesión y de repetición de acciones y que, cada vez que sentían el impulso a hacer aquellas

determinadas cosas, apenas comenzaban a realizarlas de forma voluntaria, perdían las ganas de hacerlas. Además, muchas de estas personas han declarado haber estado pensando mucho en el *ciempiés* y haber entendido que ellos mismos habían caído en la misma trampa, pero no podían explicarse por qué ahora las cosas estaban cambiando. ¿Cómo era posible que hubiesen disminuido, y hasta desaparecido en algunos casos, aquellos impulsos irrefrenables?

A partir de aquí, hemos redefinido la situación, explicando con todo detalle el truco analizado y que la paradoja del «sé espontáneo» puede producir problemas, pero que puede ser utilizada también para erradicar otros, pongamos por caso los suyos. En especial, nos hemos demorado hablando de la clara posibilidad de la resolución del problema en cuestión.

Pero, tras estas afirmaciones, se ha declarado también que en aquel momento era necesario ralentizar el proceso del cambio: «Si apretamos el acelerador demasiado a fondo, nos saldremos de la carretera.» Y se ha afirmado además: «Pienso, sabe usted, que es previsible alguna recaída en las próximas semanas, porque ciertos trastornos pueden volver prepotentes después de haber sido anulados. Aún más, le diré que pienso que, en los próximos días, usted experimentará una intensa repetición de los mismos síntomas. Continúe, no obstante, haciendo esto que ha aprendido.»

Como es fácil prever, a la siguiente semana sólo muy pocos han relatado la recaída prescrita; la mayoría han vuelto afirmando que no habían tenido ninguna recaída y hasta que se habían sentido algo mejor, con menos pensamientos fijos y casi sin repertorio de acciones repetitivas.

En los dos casos del informe, el movimiento sucesivo, tras una nueva redefinición de la situación y de la manifiesta posibilidad de cambio y solución del problema, ha consistido, en el caso de personas con recaída, en prever otra recaída, aunque mucho más leve y, en los demás casos, en prever la recaída prevista y no acaecida en la semana anterior.

A todos, luego, les ha sido dirigida la siguiente prescripción: «Bien, ahora que hemos desactivado aquellos mecanismos que usted sabe, podemos comenzar a usar en sentido positivo su sensibilidad y su gran capacidad de atención. En los próximos días, quiero que usted, cuando salga de aquí, haga aquello que por lo general hace un antropólogo cuando va a estudiar una cultura determinada. El antropólogo observa atentamente la manera de comportarse de las personas, su sociedad, su cultura. Quiero que usted haga

lo mismo observando y estudiando el comportamiento de las personas que ve en su entorno, que le salen al paso. Estoy convencido de que, con su sensibilidad y capacidad de atención, descubrirá cosas interesantes de las que me hablará en la próxima sesión.»

Esta prescripción, denominada «prescripción del antropólogo», tiene como objetivo producir el desplazamiento de la atención del sujeto de sí mismo hacia los demás. Es decir, sirve para que la persona evite estar demasiado atenta a cuanto puede acaecer dentro de sí misma y a sus propias acciones, mecanismo que por lo común funciona como una profecía que se determina a sí misma, desplazando la atención sobre la observación y el estudio «antropológico» de las demás personas.

A la sesión siguiente, la mayoría de pacientes ha referido no haber tenido ninguna recaída y ha descrito con vivacidad muchas tipologías de comportamiento humano. Es, quizás, sorprendente la cantidad de informaciones y reflexiones que los pacientes comunican, después de la «prescripción del antropólogo», con relación a su observación y estudio del comportamiento de los demás. Algunos incluso han referido haber observado en otras personas comportamientos sintomáticos y haber descubierto que hay mucha gente con problemas, cosa que no podían suponer antes, pensando que eran ellos los únicos en tenerlos.

La sesión se ha destinado por entero a reflexiones que el informe del paciente ha estimulado y a dar ánimos para continuar en la indagación cognoscitiva de los demás, reforzando con opiniones favorables la capacidad demostrada por el sujeto al llevar a cabo esta tarea no fácil y reafirmando la gran utilidad que, para la interacción con los demás, puede tener su capacidad de investigación evaluadora.

Tercer estadio: de la sexta sesión en adelante

En algunos casos, a la sesión siguiente, por lo general la sexta o la séptima, la situación obsesiva quedaba reducida a la mínima expresión, por lo que se ha procedido a una redefinición de la situación tendente a subrayar la capacidad que el paciente ha demostrado al combatir sus propios problemas colaborando de un modo excepcional con el terapeuta. En estos casos, se ha comenzado a ampliar el tiempo que mediaba entre una sesión y la siguiente, con la clara intención de reforzar la autonomía personal y demostrar que se tenía una mayor confianza en las habilidades adquiridas por la persona. En las sesiones sucesivas se ha proseguido con ulteriores redefiniciones positivas de la situación y del cambio obtenido hasta llegar al final de la terapia.

En la mayoría de casos, no obstante, en la sesión siguiente a la segunda semana de la «prescripción del antropólogo», la situación ha sido otra. Los sujetos habían reducido a la mínima expresión los repertorios de acciones obsesivas y ya no eran esclavos de fijaciones, pero continuaban teniendo la tendencia frecuente a pensar demasiado las cosas, complicándolas, haciéndolas difíciles y, por lo mismo, preocupantes. Por tanto, pese a que no manifestaban comportamientos obsesivos, mantenían con todo una inclinación obsesiva en su manera de analizar la realidad, con tendencia a pensar mucho y a obrar poco.

Para estas situaciones, se ha pensado una forma peculiar de intervención: la prescripción de la «fórmula mágica» (en p. 157ss se refiere de qué manera nació la prescripción).

De hecho, se ha asignado la tarea de transcribir cinco veces, siempre que ocurriera una reflexión complicada, la frase inglesa: *Think little and learn by doing!* (Piensa poco y aprende de lo que haces).

Esta tarea ha sido asignada sin explicar el significado del enunciado. Algunos sujetos sabían inglés y lo han entendido inmediatamente; a los demás se les ha sugerido que alguien se lo tradujera.

En todo caso, la prescripción ha consistido en escribir cinco veces, en un folio que el terapeuta les había entregado, la mencionada frase cada vez que el paciente se hallara en la situación de estar pensando demasiado una cosa o una situación.

Nadie ha realizado la orden. Por esto la hemos definido irónicamente como «fórmula mágica». Casi todos han relatado que, sólo con pensar que tenían que escribir aquella frase, se han sentido liberados de considerar una y otra vez las cosas, empezando a actuar con mayor desenvoltura y menos complicadas reflexiones antecedentes.

A nuestro entender, la importancia de esta intervención, en el momento de dar la estocada final al mecanismo obsesivo de percepción y reacción ante la realidad, se basa en el mensaje irónico que transmite y en el hecho de que la persona que quiera realizar aquella tarea, después de haber obtenido en las semanas anteriores notables éxitos en el combate con los propios problemas, se ve puesta en la situación de tomarse a sí misma con ironía, que en definitiva significa autodefinirse como imbécil. Al quererlo evitar, la persona esquivaba hasta los residuos de su temperamento obsesivo. Entonces, también en estos casos, se ha procedido a progresivas redefiniciones positivas del cambio realizado y de las habilidades demostradas al enfrentarse al problema, disminuyendo la cadencia de

las sesiones hasta llegar al final del tratamiento.

Cuarto estadio: última sesión

En la última sesión con los pacientes obsesivos, se ha hecho exactamente lo mismo que se ha referido con relación a los pacientes fóbicos, por lo que, para evitar antipáticas repeticiones, nos remitimos a cap. 5-1.2.

2.3. *Eficacia y eficiencia del tratamiento*

2.3.1. *Muestra*

El protocolo del tratamiento expuesto hasta aquí ha sido aplicado a 24 sujetos, los cuales presentaban las tipologías descritas de trastornos obsesivos. Esta muestra se componía de 10 mujeres y 14 hombres, con una media de edad de 29 años, a partir de un mínimo de 17 años, para el sujeto más joven, y un máximo de 51 años para el sujeto de más edad. El grupo social de pertenencia de los sujetos era muy homogéneo, igual que sus profesiones: empleados, profesores, profesionales, médicos, agentes de comercio, estudiantes, etc. Particularidad de esta muestra es que no comprendía a ninguna ama de casa.

La muestra, aunque representativa de realidades personales muy diversas unidas por sintomatologías del mismo tipo, no es a nuestro entender bastante significativa todavía desde el punto de vista estadístico, por cuanto el número de casos tratados no es por el momento suficientemente elevado.

2.3.2. *Eficacia*

Utilizando los mismos parámetros empleados para la valoración de la eficacia del protocolo del tratamiento de los trastornos fóbicos, los resultados han sido los siguientes:

Diecisiete casos completamente resueltos, esto es, con solución completa del problema al final de la terapia y sin recaídas por espacio de un año.

Ningún caso muy mejorado, es decir, casos con remisión completa de los síntomas al final de la terapia, pero respecto de los cuales se han declarado recaídas ligeras o esporádicas en el *follow-up*.

Seis casos poco mejorados, es decir, casos con reducción parcial de la sintomatología al final de la terapia, que han referido la presencia de momentos obsesivos, episodios bastante frecuentes, aunque definidos por los mismos sujetos como mucho menos

intensos y frecuentes que la sintomatología anterior a la terapia.

Un caso sin modificar, es decir, un caso en el que la terapia se ha interrumpido después de diez sesiones, porque no había producido ningún cambio.

Ningún caso empeorado, es decir, ningún caso que, como consecuencia del tratamiento, haya manifestado un empeoramiento de los trastornos presentados al comienzo de la terapia.

2.3.3. Eficiencia

La duración media del tratamiento ha sido de 16,1 sesiones, desde un mínimo de 7 sesiones, para la terapia más corta, a un máximo de 31 sesiones para la terapia más larga. Pero también en este contexto, para ofrecer una imagen más clara de la eficiencia de la terapia, podemos subdividir en los cuatro grupos de siempre los tratamientos realizados que han obtenido un resultado favorable (o sea, los casos resueltos o muy mejorados): tratamientos que han durado de 7 a 10 sesiones; de 11 a 20; de 21 a 30 y hasta 31 sesiones (véase el cuadro resumen de los datos). De esta clasificación de los datos resulta que casi el 94 % de los casos ha sido tratado en menos de 20 sesiones.

<i>Cuadro resumen de los resultados del tratamiento de los trastornos obsesivos</i>		
<i>Eficacia</i>	<i>n.º</i>	<i>%</i>
Casos resueltos	17	71
Casos muy mejorados	—	—
Casos escasamente mejorados	6	25
Casos sin modificar	1	4
Casos empeorados	—	—
Total de casos tratados	24	100
<i>Eficiencia. Duración media del tratamiento: sesiones 16,1</i>		
<i>Duración del tratamiento</i>	<i>n.º de casos resueltos o muy mejorados</i>	<i>n.º casos %</i>
De 7 a 10 sesiones	9	53
De 11 a 20 sesiones	7	41
De 21 a 30 sesiones	1	6
Hasta 31 sesiones	—	—

Reflexiones sobre los resultados

Los datos relativos a los resultados obtenidos con la aplicación de nuestro modelo de terapia de los trastornos obsesivos demuestran una eficacia satisfactoria, ya que en el 71% de los casos tratados se ha alcanzado la completa remisión de los síntomas presentados al inicio de la terapia y en ellos no se han manifestado recaídas.

Hay que observar un mayor porcentaje, con relación al tratamiento de los trastornos

fóbicos, de los casos escasamente mejorados y la presencia de un caso sin modificar en absoluto.

En cambio, por cuanto se refiere al tiempo empleado para obtener tales resultados (eficiencia), también este protocolo de tratamiento, igual que el anterior, ofrece resultados decididamente sorprendentes, si se comparan con los tiempos normales de la psicoterapia para los trastornos en discusión. De hecho, el 94 % de los casos con resultado positivo ha recibido un tratamiento de menos de 20 sesiones.

Como conclusión de este capítulo, nos parece importante reflexionar sobre la importancia epistemológica que desempeña en psicoterapia, como en cualquier otro tipo de intervención terapéutica, la necesidad de estudiar y preparar un plan específico de intervención para el problema que el paciente presenta.

Por lo demás, toda disciplina que quiera tener un mínimo carácter científico, en su metodología de investigación, ha de preparar cuidadosamente sus propias técnicas de estudio e intervención de acuerdo con los objetivos que se proponga, pero no adaptar los objetivos a sus teorías o técnicas.

Desde este punto de vista, parece absurda la convicción, frecuente entre los psicoterapeutas, de que, para resolver toda clase de problemas psíquicos y de la conducta, valen las mismas técnicas psicoterapéuticas inmutables de siempre. Esta postura entraña la consecuencia de que parece indispensable adaptar el trastorno presentado a la teoría y a la técnica del terapeuta.

Basándonos en lo explicado, creemos que sólo pueden establecerse buenos planes específicos de tratamiento para determinados trastornos, pero no existen panaceas universales.

Creemos, por último, que una de las orientaciones fundamentales de la futura investigación en psicoterapia ha de consistir en el estudio y la preparación de programas específicos de tratamiento, eficaces y eficientes.

Ejemplos de tratamiento no usual

«Antes de censurar, habría que intentar ver si no es posible dar una justificación.»

G.C. Lichtenberg, *Libro de consolación*

Después de haber presentado la praxis clínica estratégica habitual y dos modelos específicos de tratamiento, aplicados a una muestra específica de sujetos, consideramos provechoso describir algunos tipos especiales de intervención terapéutica hechos sobre sujetos que presentaban clases particulares de problemas, para poner en evidencia, más allá de las estrategias y técnicas presentadas hasta este momento, cuán amplio y abierto a las más dispares acciones es el campo de las posibles intervenciones y que, además, a veces, en este contexto, es el destello creativo, que logra aceptar con un determinado movimiento inesperado e imprevisible –y no la fría técnica–, lo que es capaz de trastornar el rígido sistema de la patología para abrirlo al cambio.

Siguiendo aún la analogía de los manuales del juego del ajedrez, después de haber presentado las reglas y las estrategias más usuales para obtener el jaque mate y vencer la partida y dos series particulares de jugadas para lograr el jaque mate de forma rápida en ciertas partidas de determinado carácter, parece necesario, en orden a representar toda la formidable gama de posibles combinaciones de jugadas y contrajugadas en la interacción que se produce entre dos jugadores, mostrar algunas peculiares partidas realizadas, que muestren la creatividad que, a veces, el juego requiere.

Todo esto, a nuestro entender, no se halla en contradicción con cuanto hemos dicho en el capítulo anterior, sino que representa un complemento, por cuanto creemos que existen dentro del ámbito de los problemas humanos tanto situaciones semejantes que, dejando a salvo la originalidad de cada una de ellas, al parecer pueden tratarse según un modelo de terapia común y más bien predeterminado, como situaciones absolutamente atípicas que exigen, para su tratamiento, intervenciones decididamente originales.

Pero a menudo, a partir precisamente de estas intervenciones originales es como se disponen estrategias terapéuticas innovadoras, aplicables luego, con las adaptaciones

convenientes, a otras situaciones problemáticas. Por lo demás, en el proceso de crecimiento de una disciplina científica es necesario contar tanto con el contexto de justificación como con el contexto de descubrimiento.

1. Caso 1: la terapia sin lugar de terapia

Como caso clínico primero especial, queremos presentar una intervención terapéutica verdaderamente insólita y que seguramente provocará alguna reacción entre los lectores que estén firmemente convencidos de la necesidad, en psicoterapia, de disponer necesariamente de un *setting*.

Había sido invitado a una ciudad del norte de Italia para dar un curso de conferencias dirigidas a educadores. Al final de una de estas conferencias, un joven educador me pidió una entrevista privada. Era una mujer joven de veinticuatro años, que me suplicó que me ocupara de ella porque hacía casi dos años que sufría frecuentes ataques de pánico que le producían un bloqueo total y hasta, a veces, desvanecimientos. Contó que esas crisis habían comenzado como consecuencia de una serie de averiguaciones ansiógenas médicas, a las que había tenido que someterse por sospechas de una enfermedad grave que luego resultó inexistente. A partir de entonces comenzó a acusar crisis de pánico. Éstas empezaban a ser cada vez más intensas y frecuentes, hasta el punto de que, hacía algunos meses, había tenido que suspender el trabajo. La primera respuesta que le di a aquella mujer fue que sería difícil intervenir, por cuanto la distancia entre los respectivos lugares de residencia era decididamente notable. Y esto haría difícil seguir bien el caso. Pero aquella mujer no se desanimó y dijo que sería capaz de ir al fin del mundo para hacerse curar. Reaccioné replicando que podría darle direcciones de colegas terapeutas más cercanos, pero puso ella tanta insistencia que, así, como por juego, tomé la decisión de intentar algo no usual. Le dije: «Oiga, creo que podremos solucionar sus problemas rápidamente y sin demasiados viajes por parte de usted. Yo tengo que venir todavía seis veces más a esta ciudad. Bien, en esas seis ocasiones, nos podemos ver antes o después de la conferencia, aunque sea comiendo un bocadillo, e iremos avanzando con la terapia de sus problemas.»

La joven educadora quedó atónita y sorprendida por la disponibilidad del instructor y de la aparente absurdidad de la idea de proceder a un tratamiento psicoterapéutico en aquellas condiciones inusuales.

Y así pusimos en marcha, inmediatamente, en aquel mismo lugar (el vestíbulo del aula de conferencias), el tratamiento de los problemas de la joven educadora.

De hecho, siguiendo punto por punto el protocolo del tratamiento de los trastornos fóbicos, presentado en el capítulo anterior, se llevó a cabo la primera reestructuración (miedo de la ayuda) y se asignó la primera prescripción de comportamiento (el «diario de a bordo») (véase p. 119-120).

El segundo encuentro tuvo lugar dos semanas después y se desarrolló en un restaurante durante la hora de comer. La mujer refirió haber puesto en práctica la prescripción del «diario de a bordo» algunas veces (entregando las hojas con las anotaciones) en concomitancia con los ataques de pánico, pero éstos habían sido bastante menos que los acostumbrados. Dijo, además, que se había dado cuenta, anotando los episodios, que al escribir su angustia y temor disminuían. Afirmó, por último, que se había impuesto la obligación de no pedir ayuda a nadie, ni a los familiares ni a su novio.

Se pasó, por consiguiente, a redefinir de la manera acostumbrada la situación (véase p. 120s) insistiendo sobre todo en el hecho de que los problemas no parecían ya tan invencibles e inevitables como antes.

Después de esto le prescribí: 1) mantener todavía la tarea del «diario de a bordo»; 2) la orden paradójica de la media hora diaria (véase p. 122).

El tercer encuentro lo mantuvimos en el vestíbulo del aula de conferencias, unos diez días después. Ella refirió que había tenido sólo dos episodios de pánico, más bien ligeros y reducidos y controlados por medio de la escritura del «diario de a bordo». Por lo que concierne a la media hora, refirió que no había sabido hallarse mal y que, al hacer esfuerzos por pensar en la enfermedad y en el miedo de sentirse mal, la mente se le iba a otra cosa totalmente distinta, y hasta se veía pensando en cosas divertidas y episodios felices de su vida.

Se procedió, entonces, a una nueva redefinición usual del problema y de los efectos provocados por las prescripciones (véase p. 123s) y al refuerzo de su confianza en la posibilidad concretamente demostrada de solucionar sus síntomas. Por último, se mantuvieron todavía las dos prescripciones de comportamiento.

El cuarto encuentro tuvo lugar dos semanas después, también en un restaurante durante la hora de la comida. Aquella joven mujer refirió que durante aquellas dos semanas no había padecido ningún episodio crítico de pánico; sólo algún que otro momento de angustia que ni tan siquiera había anotado, porque le parecía tan leve

respecto de las crisis anteriores que no creía que mereciera tal atención. Explicó, además, que durante la media hora diaria no lograba de ninguna manera hacerse sentir miedo, más bien le pasaban por la cabeza sólo cosas positivas que con gusto habría hecho.

En aquel momento, después de haber redefinido, todavía según la modalidad acostumbrada, la situación como claramente cambiada y haber puesto de relieve sus grandes dotes personales demostradas, se procedió a quitar las dos prescripciones anteriores y a sugerir a la mujer que reanudara su trabajo escolar, asignándole la tarea de cumplir la «prescripción del antropólogo» (véase, p. 138), tanto en la escuela con sus colegas y los niños como fuera de ella con sus familiares, las amistades y también las personas extrañas con las que se encontrara casualmente.

Después de un par de semanas, mantuvimos el último encuentro «terapéutico», una vez más durante la comida en el restaurante. La mujer contó que había reanudado el trabajo sin ninguna clase de problemas y que hasta el hecho de ocuparse de los niños, observándolos y estudiándolos, la había llevado a muchas reflexiones positivas, igual como, por el hecho de observar y estudiar a sus colegas, había descubierto algunas cosas extrañas en algunos de ellos; lo cual le había producido el efecto positivo de no sentirse ya la única «bestia rara».

En este momento se llevó a término la redefinición del cambio radical de la situación y se puso en práctica la estrategia usual de la última sesión (véase p. 126s). Sólo se le pidió a la mujer que llamase por teléfono para informar de su propia situación un mes después. Ella, puntual, telefoneó diciendo que no había experimentado ningún nuevo ataque de pánico y que se sentía tan bien como pocas veces en su vida.

Está claro que no cabe esperar ninguna conclusión razonable de un solo caso tratado. Pero creemos que este ejemplo debe hacer reflexionar a los terapeutas sobre el hecho de que, para lograr el cambio, no resulta tan indispensable mantener la rígida exigencia del *setting* tradicional de la psicoterapia con sesiones de frecuencia determinada, en una habitación precisa, con el diván o el sofá, la media luz, etc.

Por lo demás, ya Freud había demostrado lo mismo en la solución de los problemas psicosexuales de Mahler.

Freud, de hecho, curó los problemas de Mahler, gran amigo suyo, en el tiempo de un solo día entero que pasaron juntos, yendo ambos a comer y paseando los dos por Viena (Fachinelli 1983).

En este caso, Freud contradujo sus propios dictámenes relativos al *setting*

psicoanalítico, pero llevó a cabo, por cierto, una espléndida intervención terapéutica breve y focal.

2. Caso 2: reestructurar la importancia de ser hermanos

Un psiquiatra, que ya no podía decirse joven, se dirigió a nuestro Centro con la petición de poder hacer un *training*. De los coloquios preliminares apareció una situación crítica y la demanda de formación se transformó en una demanda de ayuda.

La situación era la siguiente. Narró que no se había casado porque nunca había podido hacerlo: su sumisión morbosa, primero a una madre castradora, luego a una hermana mayor soltera, que a la muerte de la madre había adoptado el papel de autoridad familiar, no le había permitido hacer aquella opción de vida. En la actualidad, tras la muerte de la hermana, vivía la misma morbosa sumisión respecto de su hermano menor afectado por trastornos paranoicos.

Los dos hermanos habían crecido con la indiscutible sumisión y morbosa relación a esas dos figuras femeninas familiares. Cada mujer que llegaban a conocer entraba en colisión con su situación familiar, porque o no aguantaba la confrontación con la hermana o, en caso contrario, si podía ponerse a su altura, tarde o temprano no podía evitar fuertes fricciones con la mujer de la casa y tenía las de perder.

En pocas palabras, ambos hermanos habían vivido en la imposibilidad de realizar su propia vida afectiva. Además, el psiquiatra declaró que el hermano era un «paranoico» (según sus cuadros clínicos clásicos) y presentaba estados de delirio eufórico y de omnipotencia contrapuestos a estados de profunda depresión; sin embargo, el estado dominante era el de omnipotencia explosiva e hiperactividad.

En el momento presente, tras la desaparición de la última mujer de la casa –la hermana había muerto hacía unos dos años–, el hermano «paranoico» había asumido el papel de figura familiar dominante, ocupando plenamente el lugar de la hermana desaparecida e interviniendo de manera violenta y explosiva en cualquier intento que hiciera su hermano de instaurar una relación afectiva.

Él justificaba sus intervenciones contra las relaciones del hermano afirmando que las mujeres con las que solía tratar no eran dignas de él. Las definía como mujeres sin alma, superficiales, sin vida interior e interesadas únicamente por el dinero y la posición de su hermano. Por estas razones, él se sentía con el deber de intervenir para evitar que su

hermano diera un mal paso.

Durante los últimos años, el psiquiatra vivía una tormentosa relación con una mujer, la cual había tenido que sufrir primero las vejaciones de la hermana mayor, que varias veces la había agredido, y luego las del hermano que la insultaba y hasta la agredía de manera violenta cada vez que trataba con ella. La situación había llegado al punto de que, igual que en las anteriores historias afectivas, nuestro paciente se hallaba en la alternativa de tener que escoger entre quedarse dentro de su morboso sistema familiar, abandonando a su compañera, o romper con su sistema familiar y lanzarse a la relación afectiva. Pero ahora la situación se había complicado por el hecho de que se habían quedado solos, los dos hermanos, como núcleo familiar, y además el psiquiatra era muy consciente de los problemas de su hermano y temía una grave caída psíquica suya en caso de una ruptura o un abandono por su parte. En otras palabras, se sentía verdaderamente crucificado por la situación pseudochantajista en que el hermano lo mantenía inconscientemente. Pero, por otra parte, el psiquiatra valoraba mucho la relación afectiva con la mujer, a la que consideraba como su última oportunidad para construir una familia, habida cuenta que ya no era joven. Además, la mujer insistía en que él tenía que elegir entre estar con ella definitivamente y bajo el, mismo techo o quedarse con el «hermanito» e interrumpir su relación.

En suma, nuestro psiquiatra se encontraba en la clásica situación descrita por la metáfora del asno indeciso, el cual, estando en mitad del río con las alforjas llenas de esponjas que cada vez le pesan más por el agua que las va impregnando, no acaba de decidir si camina hacia la orilla que tiene delante o vuelve hacia la que tiene detrás, hasta que termina arrastrado por la corriente. Ante este dilema y en situaciones complicadas, la primera maniobra terapéutica consistió en valorar atentamente cómo funcionaba la relación morbosa entre los dos hermanos para poder descubrir las posibles palancas de cambio.

El psiquiatra cuidaba farmacológicamente de su hermano, el cual obviamente no se había dado nunca cuenta de su propia enfermedad mental, de una manera afable y en absoluto autoritaria sufriendo las manías de él y su superioridad, incluso porque siempre había preferido no contarle a su hermano la situación real en que se encontraba. Éste, en cambio, en su arrolladora euforia y omnipotencia, dominaba por completo la vida familiar y social de ambos, y llevaba además una actividad profesional en el más absoluto caos en la que menudeaban los problemas que el hermano psiquiatra se afanaba por aplacar

silenciosamente uno tras otro. De hecho, la situación parecía absolutamente paradójica, por cuanto el hermano «paranoide» era quien poseía el poder real de regentar la vida de ambos y hasta de inmiscuirse en la vida afectiva y en la carrera profesional de su hermano psiquiatra. Era él quien lo empujaba a, seguir nuevos cursos de formación y a participar en congresos. Él era quien pretendía buscar la compañera adecuada al hermano. Era él, en su delirio de omnipotencia, quien asumía resueltamente el control de cualquier actividad social que incumbiera a cada uno de ellos.

La terapia se desarrolló de la siguiente manera: se acordó con el psiquiatra que intentaríamos una maniobra particular para la cual se hacía necesaria la presencia de ambos hermanos en la sesión siguiente. Él debía explicarle al otro que ello resultaba necesario para su *training*, sin declarar para nada los objetivos terapéuticos del encuentro.

(Cuanto sigue es la transcripción directa de algunas partes, las más significativas, de la sesión grabada en vídeo, y la síntesis de la misma y de diálogos posteriores.)

La conversación comienza con la explicación por parte del terapeuta del motivo de la convocatoria del hermano dominante; dice que ello es indispensable para la formación psicoterapéutica del hermano psiquiatra. Luego prosigue explicando la importancia de intentar ayudarlo, porque, teniendo problemas de inseguridad e inestabilidad emotiva, no dispone del carisma necesario para ejercer con éxito su profesión de psicoterapeuta y, para resolver este problema, se requiere que su hermano le ayude.

El hermano dominante, en un primer momento, permanece sorprendido por tales afirmaciones y se culpabiliza por su exuberancia («cuando digo mi opinión lo arrollo, pongo la directa, pero él, introvertido como es, sucumbe...»), mientras que luego declara la necesidad de esta actitud para con su hermano. Habla de hecho de la vida sentimental del hermano, dice que en el pasado ha «malgastado» ocho años con una enfermera y que su actual compañera no tiene carácter y cultura suficientes, por lo que afirma que se siente en el deber de ayudarlo a encontrar una mujer adecuada. El psicólogo lo interrumpe y le dirige preguntas sobre su vida afectiva y, cuando el sujeto dice que ha pasado algunos años con una mujer casada, le pregunta si cree que se trata de años «malgastados». Ante la respuesta negativa, le sugiere que reflexione sobre la diversa importancia dada a sus historias afectivas comparada con la que da a las de su hermano.

Entonces se introduce la siguiente reestructuración mediante una manifiesta reflexión sobre los caracteres diferentes de ambos hermanos:

Terapeuta (dirigiéndose al hermano dominante): De las charlas que he tenido con su hermano y con usted, me parece evidente que tienen como dos velocidades diferentes y dos estilos de comunicación distintos. Usted es muy fuerte, exuberante, afirmativo; su hermano de usted es introvertido, sumiso, conciliador. Es evidente que su hermano, en este tipo de dimensiones familiares, se puede sentir arrollado por la excesiva velocidad de usted. Sabe usted, la diferencia entre ustedes dos es semejante a aquella que hay entre un acorazado y un barco mercante. El acorazado es una nave de guerra potentísima y veloz, mientras que el barco mercante es una nave lenta, resistente a la carga, pero que no puede desarrollar grandes velocidades. Ahora imagine que ustedes dos son un acorazado que lleva a remolque un barco mercante. Si el acorazado acelera demasiado, el barco mercante no aguanta la velocidad y puede romperse o volcar y hundirse en las aguas (*pausa*). Por ejemplo, ahora usted se escapa por la tangente de las mujeres; calma, ¡no vayamos tan aprisa! (*pausa*). Se requiere calma y comprensión, porque si no...

Hermano: Nos hacemos daño el uno al otro.

T.: Se perjudican mutuamente.

H.: Por ejemplo, por lo de estas chicas que estoy buscando...

T.: ¡Correcto! Pero es evidente que la muchacha ha de gustar a su hermano.

H.: Claro, en definitiva la elige él... El problema es que ahora él está con otra y no sé cómo hacer que deje a esta mujer tan poca cosa.

T.: Usted sabe qué hacer. Pero si ahora su hermano está viviendo una relación que le compensa, ¿por qué quiere quitársela? ¡También usted ha estado durante años con una mujer equivocada! Y, no obstante, algo ha recibido, ¿no?

H.: Creo que sí.

T.: Ahora su hermano se encuentra en una situación semejante. Recuerde que usted es como el acorazado que arrastra por detrás el barco mercante: si va demasiado aprisa puede volcarlo y hasta romperlo en mil pedazos.

H.: Entonces, no podemos hablar de ello...

T.: Sí, sólo que con otra actitud. Con una actitud más elástica. Todos somos distintos, afortunadamente, y es preciso que sepamos respetar la diversidad, los ritmos diferentes. A veces es difícil aceptar que el otro es diferente a mí, sobre todo si siento mucho afecto por el otro.

H.: A mí me gustaría para mi hermano una mujer que pudiera llenarlo...

T.: Perdona, pero ¿tiene usted mujer?

H.: No.

T.: ¿No cree que su hermano piensa que usted se siente solo? Él, por lo menos, tiene una mujer...

H.: Sí..., lo pienso...

T.: Entonces ustedes han de crear una familia, pero abierta, no cerrada, como ahora. Ustedes han vivido siempre juntos creando un vínculo algo demasiado fuerte, aunque hermoso. Pero, para poder mantenerlo así, incluso para que vaya a más...

H.: Es preciso un profundo respeto.

T.: Disponibilidad recíproca, ¿me explico?

H.: Sí.

T.: Y no se escape por la tangente de las mujeres. Disponibilidad recíproca significa también que no sea usted el que hable siempre; deje hablar también a su hermano (*pausa*). La primera vez que estuvieron aquí, conmigo, su hermano no habló en todo el rato.

H.: Es verdad.

T.: Recuerde lo del acorazado y el barco mercante: a las personas se las ayuda sólo si lo piden, y no hay que arrollarlas.

H.: Entonces no debería haber venido. Si yo no lo hubiera solicitado, él no habría venido. Entiendo. Mi finalidad ha de ser impulsarlo, pero nunca arrollarlo. Ésta es la cuestión.

T.: Exacto. Estimular, nunca arrollar. Les sugiero esto por la inseguridad y la inestabilidad de su hermano, porque si él no resuelve estos problemas no será nunca un buen psicoterapeuta.

H.: Oiga, doctor, ¿cuánto tiempo será necesario para los problemas a que ha de enfrentarse?

T.: No me pida magia tan pronto. Le he dicho que hay que ir poco a poco; ahora piense en ello (*pausa*). También usted tendrá que encontrar soluciones (*pausa*). Hay que hallar juntos el camino exacto, ¿entiende? Le pido que colabore, porque creo que ha de ser muy útil para ambos.

En la siguiente sesión, el psiquiatra refirió con entusiasmo que su hermano, durante la semana, no había interferido en modo alguno en su vida afectiva y no se había mostrado ni tan sólo deprimido o agresivo, sino más bien especialmente disponible y atento en lo que a él concernía.

Entonces se prescribió al psiquiatra que organizara unas vacaciones con su compañera para analizar las reacciones de su hermano, en relación con las cuales la maniobra sucesiva, llevada a cabo en el transcurso de una nueva sesión, fue como sigue:

T.: Muy bien, usted ha demostrado hallarse a la altura de las circunstancias; he comenzado a ver en su hermano algo más de resolución y esto debe agradecerse a usted, porque ha sabido darle más responsabilidad...

H.: Gracias, doctor, usted me ha hecho reflexionar y estoy muy satisfecho de que mi hermano pueda ser una persona todavía más decidida. Pero, doctor, con aquella mujer...

T.: De ello quería hablarle, precisamente; creo que usted tiene que esforzarse en encontrar una mujer más adecuada para su hermano, pero mientras no la encuentre deje que se divierta un poco con esta que no vale mucho. ¿De acuerdo?

H.: De acuerdo, doctor. Verá como le encuentro la mujer adecuada.

A la vuelta de sus vacaciones, el psiquiatra contó que el hermano se había portado perfectamente con él, no se había sentido mal «voluntariamente» en ausencia suya, como había sucedido todas las veces que lo había «abandonado» por algunos días, obligándolo a volver inmediatamente. Se habían mantenido en contacto telefónico con mucha frecuencia, pero había habido tranquilidad.

Le fue sugerido al psiquiatra, entonces, que organizara, si era posible, una cena en casa con su compañera, su hermano y una amiga de su compañera.

De hecho, se trataba como de un cuarteto «adolescente», compuesto por el hermano con novia que procura una posible novia al otro hermano, de entre las amigas de su novia.

El psiquiatra manifestó miedo de que este proyecto no llevara a nada más, por parte de su hermano, que al rechazo de participar en la cena o bien, aún peor, a una explosión de su agresividad contra su compañera.

Con todo, se llegó a prescribir decididamente aquella situación.

La noche, según refirió el psiquiatra a la siguiente sesión, transcurrió a su entender extraordinariamente bien. El hermano se avino rápidamente con la amiga de su compañera, con la que se mostró amabilísimo; durante toda la noche mantuvo un aire divertido con sus salidas y su desbordante vitalidad. Hasta repitieron la misma situación de convivencia aquella misma semana. Incluso el hermano sugirió al psiquiatra invitar de

nuevo a casa a las dos mujeres para una cena más íntima en días' sucesivos.

En aquel momento, el toque final de este particular tipo de intervención consistió en convocar de nuevo al hermano dominante y felicitarle vivamente por su habilidad demostrada en la colaboración con el terapeuta para solucionar los problemas del hermano psiquiatra, el cual ahora, al haber alcanzado una mayor estabilidad emotiva y resolución, sería capaz de llevar a cabo el *training* pedido al comienzo.

No se hizo ninguna referencia a las mujeres y a aquellas cenas, o a la inversión radical de la situación inicial (era el hermano psiquiatra quien había hallado para él la compañera adecuada). El psiquiatra ahora tenía la posibilidad de realizar su propia vida afectiva sin abandonar al hermano, pero también este último, con aquellos emparejamientos, había contraído con él una nueva relación de complicidad: la complicidad masculina del juego del galanteo. Basada en esta nueva relación, su situación había cambiado radicalmente.

Creemos que esta intervención singular sobre un problema humano particular representa un ejemplo: *a)* de cómo es posible intervenir en problemas sin declarar la acción que se está realizando; *b)* del poder, a veces explosivo, del arte de la reestructuración y de pequeñas e indirectas maniobras; *c)* de la exigencia, a veces fundamental, de poner objetivos limitados en nuestra intervención como terapeutas; de hecho, en este caso no nos habíamos propuesto trabajar directamente y de una manera focal sobre los trastornos paranoicos de uno de los hermanos, en busca de una curación suya profunda y definitiva, sino que la intervención se había centrado sólo en el cambio concreto de la vida relacional de los dos hermanos, procurando que tuviera otras características de mayor corrección y satisfacción. Por tanto el objetivo se había limitado sólo al desbloqueo de una absurda situación interpersonal y a su sucesiva reorganización funcional; no se había tomado en consideración una excesivamente laboriosa y, a nuestro parecer, peligrosa, por improbable, curación del sujeto paranoico. Muchas veces, no obstante, son las pequeñas cosas las que producen grandes efectos.

3. Caso 3: la utilidad del error; la invención de la «fórmula mágica»

El caso clínico especial que vamos a describir hace referencia a la ideación de un tipo particular de prescripción muchas veces utilizada, luego, en el tratamiento de los sujetos obsesivos. Lo que ofrece interés, a nuestro entender, es que esta «invención» ha sido

fruto de un error del diagnóstico y de la valoración y de los procedimientos terapéuticos consiguientes no precisamente adecuados al caso. Partiendo de un error, se ha producido una situación que ha llevado a un descarte decisivo de las maniobras terapéuticas, que han debido adecuarse a la particularidad de la situación que se ha constituido, exigiendo esto aquel destello singular y creador que pudiera producir el desquiciamiento real del problema. Como sin el error inicial esto no habría sucedido, creemos que, a veces, el error, si el terapeuta lo acepta con flexibilidad, puede ser un camino de descubrimiento y un empuje «negentrópico» productivo del desarrollo de la terapia.

Ningún terapeuta es infalible, pero muchos no aceptan equivocarse. En cambio, aceptar y analizar los propios errores lleva a mejorar muchísimo la capacidad de intervención.

El caso se refiere a una persona que se presentó pidiendo una terapia: era una mujer joven que manifestaba una intensa sintomatología fóbica. Empleada de veintiséis años, declaró que se había visto obligada a suspender su trabajo hacía unas dos semanas por la presencia acuciante de crisis de angustia y de ataques inmovilizadores de pánico, que le hacían imposible desempeñar su trabajo como contable en una empresa.

La mujer presentó su propia sintomatología, con propiedad de lenguaje y con una sorprendente claridad intelectual, describiéndola ella misma como una perfecta sintomatología fóbica y dando de ella una representación detallada y exhaustiva, aduciendo ejemplos de sus ataques de pánico y de su estado de angustia. Refirió que había estudiado sus propios síntomas en libros de psicología.

El terapeuta cayó en el engaño de este «perfecto» autodiagnóstico e inició enseguida las maniobras terapéuticas siguiendo punto por punto el protocolo del tratamiento de los trastornos fóbicos (véase p. 116).

En la segunda sesión, la mujer contó que había estado mejor y que, anotando sus ataques de pánico en el «diario de a bordo», éstos desaparecían. Entregó al terapeuta el diario que había recibido en la primera sesión, completamente lleno de anotaciones, junto con otro diario que había comenzado por propia iniciativa siguiendo el modelo del primero, también lleno de anotaciones. Esto sorprendió no poco al terapeuta que, con todo, no dio mucha importancia al asunto y procedió siguiendo el tratamiento usual de los trastornos fóbicos.

En la tercera sesión, la paciente refirió que sus síntomas continuaban disminuyendo tanto en frecuencia como en intensidad, pero entregó todavía dos cuadernos llenos de

anotaciones. El terapeuta recordó a la mujer que debía interrumpir la ejecución de diario y prosiguió con la terapia habitual.

En la cuarta sesión, ella contó, respecto de la prescripción de la media hora (véase p. 122), que no lograba de ninguna manera sentirse mal o sentir angustia durante la misma, pese a que se esforzaba por pensar en las peores situaciones o fantasías, y hasta afirmó que le venían ganas de reír al recordarlo. Declaró, además, que en aquel momento se sentía en disposición de intentar la reanudación del trabajo. Pero lo divertido del caso era que, pese a que la prescripción le había sido retirada ya dos sesiones atrás, también esta vez había entregado los dos «diarios de a bordo» completamente llenos de anotaciones, diciendo que escribir la hacía sentir decididamente mejor, la descargaba.

Entonces se le presentó al terapeuta cierta duda, incluso por el hecho de que, controlando los diarios de a bordo, se había dado cuenta de que la mujer no anotaba sólo los episodios críticos, sino todo cuanto le pasaba por la cabeza: pensamientos, emociones, ideas, etc. Sin embargo, puesto que la situación sintomática iba mejorando, el terapeuta prosiguió todavía con el tratamiento usual.

En la quinta sesión, la joven empleada explicó que había reingresado al trabajo sin grandes problemas; había experimentado algún episodio de angustia, pero en forma controlada. Pero entregó una vez más los dos cuadernos llenos de anotaciones, afirmando, ante la pregunta del terapeuta acerca de cuál era para ella la función de aquel pesado ejercicio cotidiano, que para ella era fundamental escribir porque sentía que de esta suerte no tendría manifestaciones fóbicas. Éstas fueron sus palabras textuales: «Doctor, sabe usted, para mí es importantísimo escribir, aunque me cuesta mucho trabajo y me lleva mucho tiempo, porque entiendo que así controlo mis miedos. Siento que escribir mantiene lejos mis ideas terribles; es como si escribiendo lograra mantener alejadas fuera de mí ciertas cosas.»

Entonces el terapeuta tuvo una auténtica iluminación por lo que se refiere a este comportamiento que parecía incongruente con el diagnóstico de sujetos fóbicos y las acostumbradas reacciones de tales sujetos al tratamiento seguido, y se dio cuenta de que se hallaba ante un sujeto básicamente obsesivo. La mujer no había interrumpido la realización del diario porque estaba obsesivamente convencida de que cesar en esta tarea habría producido el retorno de sus miedos y crisis de pánico. De hecho, la redacción del «diario de a bordo» se había transformado en un ritual obsesivo para tener alejados los síntomas. Esta consideración se consolidó, luego, con la profundización en algunos

aspectos de la vida personal de la mujer, dejados de lado anteriormente con el ímpetu del tratamiento aparentemente eficaz y dando por bueno el perfecto diagnóstico de fobia que la paciente misma había ofrecido al terapeuta. De hecho, esta investigación llevó a la observación de que la persona había llegado a las crisis fóbicas como consecuencia de un largo período durante el cual ella se había visto obligada a realizar repetidas veces, durante la jornada, algunos rituales de conducta. Éstos, en su actividad laboral, la conducían a una extremada inseguridad, a controlar todo infinitas veces y a no estar nunca segura y tranquila respecto de sus acciones, hasta que comenzaron a presentarse las crisis de pánico.

Por tanto, los ataques de pánico eran sólo el síntoma más explosivo de una raíz sintomática obsesiva de los problemas de la joven mujer. Consiguientemente, la hipótesis diagnóstica inicial, desviada por el autodiagnóstico de la paciente, no era correcta y el tratamiento seguido, partiendo de aquel diagnóstico, había llevado a mejoramientos concretos en la conducta de la persona mediante una «ritualización obsesiva prescrita». Pero esto no podía considerarse ciertamente como un éxito, porque probablemente, quitando el «ritual», la situación se habría derrumbado de nuevo. El terapeuta entró claramente en crisis, no sabiendo cómo desenredar aquella intrincada situación que se había constituido también debido a su intervención. Decidió tomarse tiempo y, sin explicar nada de lo que había entendido en aquel momento, declaró a la mujer que, si lo creía conveniente, podía continuar tranquilamente escribiendo y entregándole los cuadernos de anotaciones.

El problema en aquella situación era el siguiente: ¿cómo intervenir sobre el temperamento obsesivo sin desajustar aquella cierta mejora comportamental obtenida mediante un tratamiento inadecuado? ¿Cómo quitar el ritual obsesivo, producido por la terapia, sin crear otros problemas?

Con estas atormentadas reflexiones llegó a madurar en la mente del terapeuta una idea un tanto extraña, pero eficaz.

A la siguiente sesión, después de haber escuchado el informe de la paciente, feliz con su situación que iba mejorando, y después de haber recibido los enésimos «diarios de abordaje», colmados de anotaciones, el terapeuta asignó a la paciente la siguiente prescripción: «Muy bien, pero podemos hacer todavía más. Y para lograrlo, usted, como siempre, deberá hacer al pie de la letra lo que le ordenaré. Viendo la importancia que tiene para usted el escribir sus pensamientos y sus ideas, así como describir sus

emociones y sus momentos críticos, le asigno el deber de escribir, en este cuaderno que ahora le daré, diez veces, siempre que le vengan ganas de escribir algo para mí, la frase que ahora voy a escribir en la primera página del cuadernillo. Es una frase en inglés; usted sabe algo de inglés, ¿no? Pero ahora, como de costumbre, no me haga preguntas; las explicaciones referentes a la tarea se las daré después de que la haya puesto en práctica. Por ahora, ¡hágalo y basta!»

En la primera página del cuaderno el terapeuta escribió *Think little and learn by doing!* (Piensa poco y aprende de lo que haces).

A la séptima sesión, la mujer volvió inquieta y refirió haberse sentido tratada como una imbécil. Porque, escribiendo la frase ordenada, se había dado cuenta de la estupidez de aquello, visto el significado del enunciado. Por consiguiente, había hecho la tarea sólo dos veces y luego la había dejado y, además, había arrancado las dos páginas en las que había redactado las anotaciones. Afirmó, por último, que todas las veces que le venían ganas de escribir para el terapeuta, se sentía automáticamente una imbécil y por esta razón no había escrito nada.

La prescripción, a pesar de la reacción indignada de la paciente, fue mantenida por otra semana, sin explicaciones.

En la octava sesión, la mujer refirió que no había escrito nada y que ni tan sólo había tenido ganas de escribir para el terapeuta. Pero lo más importante, en esas dos semanas, era que la paciente había continuado experimentando cierto bienestar y en aquel momento contaba que se sentía resueltamente bien, con la presencia sólo de reacciones angustiosas esporádicas, pronto reducidas y controladas. Y esto sin necesidad de recurrir al «ritual obsesivo» de las anotaciones en el «diario de a bordo».

La terapia duró aún dos encuentros más, habidos a una distancia bastante más espaciada, tendentes a la redefinición conclusiva referente a la autonomía personal adquirida por el sujeto.

Podemos concluir esta exposición de un caso particular, reafirmando la necesidad, en terapia, de examinar continuamente la propia intervención terapéutica. Y si ésta resulta inadecuada, hay que tener suficiente flexibilidad mental y capacidad de modificarla y reorientarla según requiera el caso. A veces esto puede llevar, como en el caso descrito, a la programación de estrategias nuevas y eficaces.

El error, pues, como el desorden, se convierte en un elemento de ruptura de un equilibrio preexistente, que puede llevar, si se acepta y utiliza, a la constitución de nuevos

equilibrios más eficaces en el interior mismo del sistema, en este caso de un sistema terapéutico.

4. Caso 4: declarar el secreto turbador

Un joven de veintinueve años, alto, rubio, guapo, fascinador y rico, galanteador y amado de muchísimas mujeres, con fama de ser un auténtico *play boy*, se presenta en demanda de ayuda por su problema que califica de «dramático». Cuenta que hace casi un año que no logra tener una erección satisfactoria ni tampoco, por consiguiente, la posibilidad de penetrar y alcanzar una relación sexual positiva. El joven no podía explicarse en modo alguno cómo podía haber surgido este problema, teniendo en cuenta que había estado con muchísimas mujeres y había tenido muchísimas relaciones sexuales positivas en el pasado. Pero, en los últimos tiempos, cada vez que estaba por tener una relación sexual, tenía una erección normal hasta el momento de la penetración, luego aquélla le disminuía hasta el total aflojamiento de su miembro, de modo que se veía en la necesidad de interrumpir todo, consternado, confundido y humillado.

Nuestro *play boy* refirió también que, por mucho tiempo, había estado bajo los cuidados de un sexólogo, el cual le había prescrito que probara muchas técnicas, entre las que se contaban la abstención prolongada antes de una relación, la penetración con el pene flácido, la estimulación manual y oral por parte de la compañera, coitos en las más extrañas posiciones y el uso de fármacos excitantes. Pero nada de todo esto había producido resultado alguno; cada vez que intentaba una penetración, su sexo volvía a la flaccidez. En el momento de la petición de terapia, el joven se encontraba en un estado de profunda depresión y sintomatología obsesiva con relación al problema y estaba convencido ya de la imposibilidad de resolverlo, habida cuenta de todos los intentos de solución fallidos llevados a cabo hasta entonces. De la investigación diagnóstica, resultó que todo había comenzado como consecuencia de haber leído, en el pasado, en un periódico, un artículo relativo a una teoría según la cual todos los denominados *play boys*, es decir, aquellas personas que experimentan muchas relaciones sexuales con muchas personas distintas sin probar necesariamente amor, sino viviendo el hecho como un juego superficial, tarde o temprano se volvían impotentes o eyaculadores precoces. En resumen, según esta teoría, dichas personas antes o después tenían que manifestar problemas psicosexuales. A partir de entonces, él había empezado a pensar en esta

posibilidad, comenzando por tener ciertas dudas sobre la verdadera eficiencia sexual. Y como puede muy bien entender el lector, había empezado a controlar, cada vez que tenía una relación, su eficiencia sexual, de modo que cayó en el clásico efecto de la paradoja del «sé espontáneo». En otras palabras, como en el cuento del ciempiés (véase p. 136), que no supo andar más desde el momento en que empezó a pensar lo difícil que era hacerlo con cien pies a la vez, el joven *play boy*, cuando empezó a pensar y a controlar sus propias capacidades sexuales, acabó por inhibirlas. De modo que entró en el juego paradójico del controlar cada vez más y, por consiguiente, inhibir cada vez más, hasta que la duda de poder tener un problema se convirtió en una realidad. De hecho, la profecía se había autorrealizado a sí misma¹⁸.

Esta hipótesis diagnóstica quedaba confirmada también por el hecho de que él contaba que, en las fases preliminares de la relación, todo iba bien, había erección, pero en cuanto se disponía a la penetración (que para él era la auténtica prueba de la eficiencia efectiva) su miembro volvía flácido y todos sus esfuerzos mecánicos o imaginativos para reproducir la erección no lograban efecto alguno.

Llegados a esta valoración del problema y del sistema perceptivo-reactivo que lo mantenía operante y cada vez más complicado, se analizó atentamente la situación comportamental actual del sujeto para poder preparar la operación terapéutica.

El joven, en los últimos meses, rehuía cualquier relación sexual por miedo a caer en el papel humillante del impotente, al que ya se había acostumbrado, por lo que, cuando le sucedía que se quedaba solo con una mujer, inventaba cualquier excusa y huía víctima de su miedo, pero cada vez más deprimido por esa situación frustrante. Además, lo grotesco del caso era que, siendo en verdad guapo y deseable por las mujeres, el que evitara cualquier intimidad sexual era interpretado, por las mujeres que se acercaban a él con interés, como el comportamiento de «guapo misterioso», u «hombre del misterio», lo cual servía para aumentar notablemente el deseo. Por tanto, se hallaba en una situación paradójica, porque muchas mujeres, reforzadas por el deseo de aquel misterioso hacerse desear, casi lo asaltaban seduciéndolo, mientras que él se veía en la necesidad de tener que huir de tales galanteos y seducciones consciente de su incapacidad sexual y horrorizado por tener que revelar su impotencia.

A partir de esta base valorativa, durante la tercera sesión se ideó la siguiente estrategia terapéutica:

Terapeuta: Muy bien, creo que he entendido su problema y creo también que podemos hacer algo para

solucionarlo. Pero no sé si usted será capaz de hacer lo que le pido. Sin embargo, yo ahora se lo propongo, creo que puedo ayudarlo siempre y cuando, como hemos acordado, usted haga al pie de la letra lo que le pido.

Paciente: Haría cualquier cosa por resolver mi problema, doctor. Dígame usted y yo lo haré.

T.: De acuerdo. Quiero, pues, que, desde hoy hasta nuestra próxima cita, que esta vez será dentro de dos semanas para darle tiempo para hacer lo que le pido, haga exactamente la siguiente tarea: debe salir con tres mujeres diferentes, en el espacio de esos quince días; a usted no le será difícil hallarlas, ¿no? Tendrá que invitar a cada una de ellas a cenar fuera de casa, en un local elegante e íntimo, y comer a la luz de las velas platos exquisitos. Tiene que crear una atmósfera romántica y seductora, de la que yo, me parece, poco le puedo enseñar visto su gran historial como seductor. Después de la cena, entrada la noche, deberá llevar la situación hasta el extremo de la relación sexual, pero ¡esto es muy importante!, después de unos juegos amorosos preliminares, usted deberá interrumpir la actuación y tendrá que explicar por completo y al detalle su problema, pidiendo disculpas a su compañera por tener que marcharse por el hecho de que usted no puede intentar darle ninguna satisfacción erótica. Luego, puesto que su compañera ya ha sido puesta al corriente de su desgracia, y usted no tendrá ya que preocuparse por hacer una plancha, realice la relación sexual tal como le venga; ahora ya ha explicado usted su problema y no sentirá vergüenza, y un poco de placer es posible que lo tenga. ¿No cree?

P.: Doctor, usted me pide que declare mi impotencia. Pero así lo van a saber todos.

T.: Bien, ya le decía yo que no sabía si usted estaba dispuesto a hacer todo lo que se le pediría; quizás no está en disposición de hacerlo.

P.: No, no he dicho esto. Si ha de servir para algo, lo haré. Decidido. Igual tarde o temprano terminarán todos por saberlo.

Como el lector habrá entendido bien, a la situación paradójica del paciente se ha respondido con una prescripción más paradójica todavía. El tener que declarar la propia impotencia inmediatamente antes de tener una relación sexual significa desvelar el terrible y embarazoso secreto de uno mismo, pero significa también liberarse de la tensión típica del tener que lograr algo a toda costa, imponiéndose ser voluntariamente espontáneo en la erección, esfuerzo que de costumbre produce el efecto paradójico de inhibir la reacción espontánea.

En cambio, declarar antes la presunta impotencia de uno mismo anula la «solución ensayada» descrita, produciendo por lo general el efecto de un extraño relajamiento emocional y la libre expresión de la respuesta comportamental espontánea, en este caso la erección. Así ha sucedido también en el caso de nuestro *play boy*, quien en la cuarta sesión refirió casi incrédulo haber sido capaz de espléndidos y duraderos coitos con cada una de las tres mujeres invitadas y seducidas. Estaba estupefacto por el hecho de que, tras haber declarado totalmente confuso y humillado su problema de impotencia, había sido capaz de sostener maravillosamente, y al contrario de cuanto había declarado, relaciones sexuales. Las mujeres, por su parte, creían que había pretendido tomarles el pelo al hacerles aquella declaración de impotencia seguida de una contradictoria potencia sexual, y quedaban convencidas de que se trataba de uno de sus trucos y juegos de seductor para lograr acrecentar su participación. De hecho, él explicó que las tres mujeres

habían quedado muy impresionadas por su confesión y manifestaron tan gran dulzura y disponibilidad que la situación erótica no hizo más que ganar en ternura y belleza.

A nuestro joven *play boy* se le explicó al detalle el tipo de actuación seguida y la clase de paradoja, de autosugestión primero y de «solución ensayada» luego, en que se había metido y encerrado durante todo su período problemático. Después de ello se determinaron dos citas, por así decirlo, de control, a una distancia de quince días la primera y de un mes la segunda, y se concluyó el tratamiento.

Creemos que este caso es un ejemplo de cómo a veces, en terapia, actuaciones o prescripciones muy simples pueden producir efectos muy potentes, sólo a condición de que incidan sobre las palancas que son responsables de la situación problemática.

No nos hemos planteado qué tipo de relación morbosa pudo tener aquel joven con su madre, ni tampoco qué terribles traumas infantiles tuvo que pasar aquel hombre, ni siquiera qué dudas sobre su identidad sexual podía estar experimentando nuestro paciente, sino que hemos centrado el interés en hallar la solución focal de su problema. Y esto sin preguntarnos el *porqué*, pero analizando *cuál es, cómo funciona* y pensando en *cómo cambiar* la situación problemática. Si luego, tras la solución del problema, el paciente desea efectuar un largo viaje interior en busca de tantos posibles e hipotéticos «porqués» o explicaciones causales, siempre estará a tiempo de hacerlo, pero lo hará liberado ya de su problema concreto.

La investigación evaluadora

«Aprender a tener siempre presente con lucidez que nadie es perfectamente feliz es quizás el camino más directo para llegar a ser perfectamente feliz. No hay nadie, es verdad, totalmente feliz, pero hay muchísimos grados de sufrimiento; éste es el mal.»

G.C. Lichtenberg, *Libro de consolación*

Una de las críticas más repetidas que se dirigen al planteamiento estratégico en psicoterapia es la carencia de datos relativos a los resultados efectivos de esta manera de hacer terapia. En realidad, los investigadores dedicados a la valoración comparada de los resultados referentes a diversos tipos de psicoterapia lamentan el hecho de que los autores estratégicos no hayan presentado nunca, de un modo sistemático y comparable, datos relativos a los resultados de su labor terapéutica.

Dicha crítica se hace mucho más grave cuando se afirma, partiendo siempre de la ausencia de datos sistemáticos, que este planteamiento de la terapia parece excesivamente taumatúrgico y mágico para ser considerado un modelo repetible y creíble de psicoterapia. Todo esto, sin duda alguna, hay que imputarlo a la poca importancia y atención que hasta el momento presente han otorgado los autores estratégicos a la presentación de datos relativos a los resultados de la aplicación de su modelo de terapia, tal como es usual y típico en la investigación psicológica y social. La realidad es que estos mismos autores han preferido dar con toda la razón mayor espacio a las perspectivas teóricas innovadoras y a las refinadas y quizás excéntricas tipologías de intervención terapéutica, las cuales, si se las compara con los procedimientos terapéuticos de otros modelos de psicoterapia, pueden a menudo parecer como tipologías *demasiado* eficaces y casi mágicas.

Lo que podría extrañar aún más a un observador exterior al debate entre las psicoterapias es cómo el planteamiento sistémico y su desarrollo estratégico, que fundamentan sus teorías y sus praxis aplicativas en una rigurosa metodología de investigación observadora (el uso de la grabación en vídeo, del espejo unidireccional, del trabajo en equipo, etc., para lo que se remite al capítulo tercero), pueden ser tan

deficientes respecto de un aspecto fundamental del rigor metodológico, como es el de la valoración y presentación sistemática de resultados. Podría incluso parecer que esta refinada construcción teórico-práctica haya despreciado la exigencia de presentar los datos relativos a los propios resultados de una manera aceptable por la comunidad de investigadores. Raros y limitados son, en efecto, los intentos de presentar sistemáticamente los resultados efectivos de la terapia, como por ejemplo los de Weakland y otros autores (1974).

La prueba de esta estridente disonancia, entre la abundante cantidad de bibliografía sistémica y estratégica por lo que se refiere a las teorías y procedimientos terapéuticos y la carencia de presentaciones sistemáticas de los datos sobre resultados efectivos de las terapias, la ofrece con claridad la ausencia, en la bibliografía de investigación comparada sobre los resultados de las psicoterapias, de referencias directas al enfoque sistémico y estratégico. Los pocos datos que hacen referencia a dicho enfoque o no son tomados en consideración, porque son muy pocos, o hacen cuerpo común con los datos relativos a los resultados de las psicoterapias eclécticas¹⁹.

Por lo demás, de acuerdo con Sirigatti²⁰, si los autores sistémicos y estratégicos desean que los demás investigadores tengan en cuenta sus resultados, deben presentarlos a la comunidad científica tal como exige la investigación social, de modo que sean también comparables con los datos relativos a las demás tipologías de psicoterapia.

Partiendo de estas reflexiones y con la intención de librarnos de esta clase de críticas que, entre otras cosas, reputamos justificadas, presentamos, en las páginas que siguen, un estudio valorativo de los resultados de la aplicación del enfoque estratégico, descrito hasta aquí, a una muestra de sujetos más bien numerosa y heterogénea.

Pero antes de proceder a la exposición y discusión de los datos, es importante detenernos en la consideración de los criterios metodológicos de este estudio valorativo, de modo que clarifiquemos las opciones epistemológicas de las que dependen los criterios utilizados.

1. Criterios metodológicos

1.1. *El concepto de eficacia de la terapia*

La valoración de los efectos o del resultado obtenido mediante la intervención terapéutica

es, sin duda alguna, uno de los argumentos más espinosos a que ha de enfrentarse la psicoterapia.

Esta dificultad se debe al hecho de que las diversas escuelas de psicoterapia poseen criterios diferentes entre ellas para establecer la eficacia de la terapia, lo cual es consecuencia inevitable de las diversas perspectivas teóricas que a veces adoptan posiciones contrapuestas.

Por ejemplo, para un analista jungiano, la eficacia de la terapia será el logro de la «individuación» personal, mientras que para un conductista el éxito terapéutico estará representado por la «extinción» del síntoma de la conducta.

Y éste es sólo uno de los numerosos ejemplos posibles de disparidad de concepción referente a los objetivos de la terapia y a la valoración del resultado en relación con la eficacia o la no eficacia del tratamiento. Es lógico que diferentes teorías sobre la personalidad humana prevean también distintos objetivos por alcanzar y que estos objetivos distintos prevean a su vez modalidades de valoración del resultado diversas entre sí.

Una vez más, son nuestras percepciones y concepciones las que determinan nuestras observaciones.

En otras palabras, es la concepción teórica sobre la «naturaleza humana» a que nos referimos lo que determina nuestros criterios de valoración de lo que ha de considerarse sano o insano, normal o patológico, y por tanto también el consiguiente concepto de «curación» y los objetivos de la terapia. Como consecuencia de ello, dentro del programa de la psicoterapia existen muchos conceptos diversos de «curación» así como muchos conceptos distintos de eficacia del tratamiento. Sin embargo, como afirma Sirigatti (1988, p. 230), parece que, en la actualidad, existe un cierto acuerdo en lo tocante a definir como eficaz un tratamiento cuando éste lleva a:

- mejoría sintomática;
- mejoría productiva en el trabajo;
- mejoría del equilibrio y del deseo sexual;
- mejoría en las relaciones interpersonales;
- aumento de la capacidad de hacer frente a los habituales conflictos psicológicos;
- aumento de la capacidad de reaccionar al estrés cotidiano.

El planteamiento estratégico de la terapia, como se ha explicado en el capítulo segundo, no hace referencia a una teoría que describa en clave definitiva los conceptos de normalidad y anormalidad, y mucho menos a una teoría sobre la «naturaleza humana»

que describa todas y cada una de sus características; más bien tiene que ver con la filosofía del conocimiento constructivista, que, basándose en la idea del carácter irreductible de la naturaleza y la conducta humanas a una única y omnicompreensiva descripción y explicación, se interesa por las maneras adecuadas para que la relación con *nuestra* realidad sea más funcional. Desde esta perspectiva teórica, la eficacia de una intervención terapéutica puede estar representada por la resolución del problema específico que el paciente presenta.

El concepto de «curación» no ha de considerarse como el logro de un hipotético, por improbable, estado de absoluta ausencia de problemas, sino como la superación del problema específico que vive el sujeto, en un determinado momento y contexto de su vida. Por consiguiente, la valoración de los efectos de la terapia puede considerarse ciertamente en consonancia con los criterios antes descritos, en los que los investigadores se hallan de acuerdo, pero reafirmando el hecho de que no puede hacerse ninguna generalización absoluta y que el éxito o el fracaso han de ser vistos desde los objetivos que nos proponemos. Por esto, en terapia, el éxito será la resolución efectiva y permanente de los problemas presentados por el paciente y el logro de los objetivos propuestos de acuerdo con él como finalidad de la terapia.

Además, el éxito o el fracaso pueden existir a diversos niveles y, por tanto, es conveniente considerar no sólo las categorías de casos «resueltos» y no resueltos, sino también las categorías relativas a los casos muy mejorados o poco mejorados, así como es importante valorar la posibilidad de empeoramientos como consecuencia de la terapia (véase Sirigatti 1988, p. 221). El criterio de eficacia utilizado en este estudio valorativo se define en el apartado siguiente.

Eficacia del tratamiento

Para valorar la eficacia del tratamiento hemos utilizado dos parámetros: 1) La eficacia demostrada por el tratamiento en su ejecución, es decir, la valoración del resultado final de la terapia. ¿Se han alcanzado al final de la terapia los objetivos prefijados y acordados con el sujeto que pide ayuda? ¿Se han resuelto los problemas presentados por el paciente y han desaparecido al final del tratamiento? 2) La eficacia del tratamiento en el tiempo. O sea, si los resultados obtenidos al final de la terapia se mantienen en el tiempo o si más bien se presentan recaídas. O bien, si han aparecido trastornos sustitutivos de los originarios.

Para este fin se ha procedido a tres *follow-up* (seguimientos) a distancia de tres meses, seis meses y un año desde el final del tratamiento. Estos *follow-up* han sido realizados entrevistando, además de al paciente individual, a su familia o su compañero o compañera. La entrevista se ha estructurado según los puntos que cita Sirigatti (1988) y los objetivos prefijados y acordados al comienzo de la terapia.

Consideramos que un caso está resuelto, y por consiguiente que puede decirse que el tratamiento ha tenido éxito si, y sólo si, además del resultado positivo de la eficacia 1, se ha obtenido también una respuesta positiva al criterio 2. En otras palabras, cuando la desaparición de los síntomas y de los problemas al final de la terapia se mantiene en el tiempo, sin que se manifiesten recaídas o síntomas sustitutivos de los originarios.

Basándonos en este criterio metodológico, se ha articulado la valoración de los efectos de la terapia en las siguientes cinco categorías de resultado del tratamiento.

Casos resueltos. Esto es, casos con completa resolución del problema al final de la terapia y con ausencia de recaídas en el espacio de un año.

Casos muy mejorados. Esto es, casos con remisión completa de los síntomas al final de la terapia, que han demostrado en los *follow-up* un claro mejoramiento de su situación, pero también la presencia de ligeras recaídas esporádicas, rápidamente controladas.

Casos poco mejorados. Esto es, casos con reducción parcial de la sintomatología al final del tratamiento, que han referido en los *follow-up* la presencia de frecuentes momentos críticos y recaídas sintomáticas. Aun cuando estas situaciones han sido definidas por el sujeto como mucho menos intensas que las anteriores a la terapia.

Casos sin cambio alguno. Esto es, casos en los que el tratamiento no ha llevado, en el tiempo de las diez sesiones, a ningún cambio de la situación problemática presentada por el paciente. En estos casos, se ha interrumpido el tratamiento en la décima sesión con la convicción de que, si no se ha logrado cambiar nada en diez sesiones, es muy improbable que se logre incluso con un período de tiempo más largo de tratamiento.

Casos empeorados. Esto es, casos en los que el tratamiento ha llevado a un empeoramiento de la situación del paciente.

Además de definir y medir la eficacia en sus diversas posibilidades, a nuestro entender es muy importante valorar también la eficacia de una intervención terapéutica diferenciándola en relación con las diversas tipologías de los problemas tratados. Esto quiere decir que es necesario, para una mejor valoración de la eficacia de un modelo de

terapia, medir a qué tipos de problemas hace frente el modelo con mayor o menor eficacia, o sea, la eficacia diferencial.

Para esto, los datos que luego se presentan se han clasificado según ocho categorías de trastornos, lo cual significa que la valoración de la eficacia, además de ser estudiada sobre la muestra entera de los sujetos tratados, se ha diferenciado teniendo en cuenta las diversas tipologías de problemas tratados. Las ocho categorías de trastornos o tipos de problemas se han establecido clasificando en agrupamientos diagnósticos la muestra de los casos tratados. La definición del problema o del trastorno, a veces no unívoca, se ha hecho mediante la consideración de la sintomatología preponderante o dominante manifestada por el paciente.

La clasificación hecha es la siguiente:

- Trastornos fóbicos.
- Trastornos obsesivos.
- Trastornos sexuales.
- Problemas de pareja.
- Problemas de identidad y relación.
- Trastornos depresivos.
- Desórdenes alimentarios.
- Psicosis o presuntas psicosis.

Esta clasificación, realizada según una base empírica, es reducible a las habituales clasificaciones típicas de la bibliografía diagnóstica psicológica y psiquiátrica (D.S.M. III) para todas las categorías de trastornos presentadas, menos la de los trastornos de pareja, los cuales, quizás porque son problemas puramente relacionales, no son contemplados por esta bibliografía sobre clasificaciones diagnósticas.

Hay que recordar, sin embargo, que el planteamiento sistémico y estratégico de la terapia se distancia de las clasificaciones nosográficas tradicionales y de los cuadros clínicos psiquiátricos en cuanto se considera que son reductores de la complejidad propia de los sistemas humanos. Preferimos hablar de tipologías de problemas y de su solución. La clasificación que presentamos aquí, que podría parecer contradictoria con estas posiciones epistemológicas, se ha hecho con el fin de permitir la comunicación de resultados más allá del ámbito de aquellos que se remiten al punto de vista sistémico. Consideramos, además, que éste es el único modo de aceptar una comparación entre los resultados de este modo de hacer terapia y los de otros modelos.

La presente subdivisión según tipologías de problemas, al ser relativa a la muestra

casual de casos tratados en el espacio de tiempo que va de enero de 1987 a septiembre de 1988, en el Centro de terapia estratégica de Arezzo, no representa ciertamente una distribución equilibrada de casuística. Por tanto, para algunos tipos de problemas tratados, la casuística es suficientemente numerosa, mientras que, para otros tipos de trastornos, el número de casos tratados es muy reducido, por lo que no parece que pueda lograrse una valoración completa o fiable a nivel estadístico de la eficacia diferencial de la terapia. Sin embargo, esto no impide la posibilidad de extraer informaciones interesantes y útiles también de esta subdivisión articulada de la valoración de la intervención a partir del tipo de problema tratado (véase cuadro 1).

En conclusión, de la presentación de los datos según la mencionada modalidad es posible extraer conclusiones significativas por lo que se refiere a la eficacia general del modelo terapéutico, a las que hay que añadir las valoraciones diferenciales que, aun no siendo totalmente fiables para todas las categorías de trastornos, vista la escasez de casos tratados, ofrecen no obstante indicaciones más específicas sobre la capacidad de intervención del modelo de psicoterapia propuesto en este trabajo.

1.2. El concepto de eficiencia de la terapia

Uno de los aspectos valorativos de la psicoterapia referente a los resultados menos investigado y menos considerado es, como observa Garfield (1980), su eficiencia, es decir, la relación costes/beneficio de la terapia.

Y no obstante, esta propiedad desempeña un papel teórico y social muy importante; pues, de hecho, hay una buena diferencia entre resolver determinados problemas en tres meses o en tres años.

La diferencia está en el costo a que se da lugar y sobre todo en el hecho de que una persona cuanto antes resuelve sus problemas que la han llevado a la terapia tanto más pronto vivirá mejor, mejorando la calidad de su existencia y volviéndose más feliz. Pero, cosa extraña, como dice también Garfield (1980), lo que al parecer debería ser una regla de ética profesional fundamental para cualquier tipo de práctica terapéutica, a saber, el intentar resolver lo antes posible los problemas y los sufrimientos de la persona en demanda de ayuda, no ha hallado entre los psicoterapeutas mucha consideración. El mismo autor explica esta actitud, aparentemente incomprensible, de escasa atención por parte de la mayoría de psicoterapeutas a la eficiencia de su trabajo clínico, con el hecho

de que durante muchos decenios el pensamiento psicoterapéutico ha estado dominado por la idea de que, para ser eficaz, la terapia debe ser larga, profunda y fatigosa.

Pero esta concepción, típica de las teorías psicoterapéuticas tradicionales, ha quedado solemnemente desmentida por la investigación sobre la eficacia comparada de la psicoterapia. De hecho, los datos demuestran con claridad que no hay diferencias significativas entre los resultados obtenidos con terapias a largo plazo y los obtenidos con terapias a corto plazo (Avnet 1965; Muench 1965; Shlien 1957; Luborsky y Singer 1975; Garfield y otros autores 1971; Butcher y Koss 1978; Harris y otros autores 1963, 1964; Phillips y Wiener 1966; Gurman y Kniskern 1978). Incluso, en algunas de las investigaciones realizadas, resulta mayor la eficacia que han demostrado las terapias a breve plazo con relación a la demostrada por las terapias a largo plazo. Por consiguiente, el que no se tenga en cuenta la eficiencia del tratamiento parece que depende solamente de la resistencia al cambio de las propias convicciones por parte de aquellos psicoterapeutas que se remiten a las teorías tradicionales en psicoterapia.

Es evidente que para dichos psicoterapeutas es más importante salvar la propia teoría sagrada que curar pronto y bien a sus pacientes.

Después de haber aclarado, por pura necesidad, estos puntos, parece evidente que la consideración atenta de la eficiencia del trabajo clínico ha de ser un factor importante de estudio cuando se quiera analizar y valorar la capacidad real de intervención de un modelo de terapia. De hecho, una vez hemos establecido la eficacia de una terapia, cuanto más eficiente sea ésta tanto más ha de ser tenida por positiva. En otras palabras, el tiempo empleado para obtener un resultado cualifica aún más el resultado mismo; en realidad, la relación entre coste y beneficios de una intervención será tanto más positiva cuanto más breve sea el tratamiento para obtener la resolución efectiva y permanente de los problemas presentados.

Eficiencia del tratamiento

Para medir la eficiencia del tratamiento de nuestro trabajo, hemos recurrido a una clasificación semejante a la utilizada para describir su eficacia (véase cuadro 2).

La eficiencia se ha medido en términos de duración media del tratamiento, tanto a nivel general de toda la muestra como a nivel diferencial para cada tipo de trastorno. Además, la eficiencia se ha valorado con más precisión separando de la muestra total de casos tratados los casos considerados con éxito positivo, es decir, los completamente

resueltos y los muy mejorados (véase cuadro 3).

Así que, tras haber definido los criterios metodológicos del estudio valorativo, podemos pasar ya a la exposición directa de la investigación y de sus resultados.

2. Exposición de la investigación

2.1. La muestra

La muestra está representada por todos los tratamientos realizados en el Centro de terapia estratégica de Arezzo, desde enero de 1987 hasta septiembre de 1988.

Puesto que el Centro es una empresa privada, los sujetos tratados son personas que se han presentado autónomamente para ser tratadas, y representan una muestra por asignación casual.

La única variable común a todos los sujetos es la petición de terapia en el mismo Centro, y el que a todos se les ha aplicado el mismo planteamiento estratégico de la terapia.

Los casos tratados son 132, aunque se presentaron pidiendo terapia 149 sujetos (17 [11%] han abandonado la terapia dentro de las tres primeras sesiones, por lo que no son considerados casos tratados sino casos *drop-out*).

La muestra se compone de 53 hombres y 79 mujeres; la media de edades es de 26 años, a partir de un mínimo de 8 años hasta un máximo de 71. El grupo de pertenencia social y las actividades laborales de los sujetos son de lo más disparatado y heterogéneo. La única observación, a todas luces obvia, que es preciso hacer es la circunstancia de que todos los sujetos podían permitirse pagar la no exigua nota de honorarios de un Centro de psicoterapia privado, y esto apunta en dirección al hecho de que ninguno de ellos se hallaba en serias dificultades económicas.

2.2. Resultados

Cuadro 1

<i>Eficacia del tratamiento. Período 1987-1988. «Follow-up» a un año</i>												
Tipo de problema	Casos resueltos		Casos muy mejorados		Casos poco mejorados		Casos sin modificar		Casos empeorados		Casos tratados	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%

Trastornos fóbicos	32	78	7	17	2	5	—	—	—	—	41	100
Trastornos obsesivos	17	71	—	—	6	25	1	4	—	—	24	100
Trastornos sexuales	10	67	2	13	5	20	—	—	—	—	15	100
Problemas de pareja	9	100	—	—	—	—	—	—	—	—	9	100
Problemas de identidad y relación	8	57	3	21	3	21	—	—	—	—	14	100
Trastornos depresivos	8	80	—	—	2	20	—	—	—	—	10	100
Desórdenes alimentarios	4	67	—	—	1	17	1	17	—	—	6	100
Psicosis o presuntas psicosis	2	15	7	54	2	15	2	15	—	—	13	100
Total	90	69	19	14	19	14	4	3	—	—	132	100

2.3. Reflexiones sobre los resultados

La presente valoración de los resultados de la aplicación del modelo de psicoterapia presentado en este estudio para la muestra descrita nos lleva a extraer algunas conclusiones que nos hacen reflexionar tanto acerca de la capacidad de intervención de este modelo específico como acerca de los temas generales de la investigación valorativa en psicoterapia.

Cuadro 2

Duración media del tratamiento. Total casos tratados				
Tipo de problema	Número de casos	Duración media tratamiento (sesiones)	Duración mínima (sesiones)	Duración máxima (sesiones)
Trastornos fóbicos	41	15.6	6	34
Trastornos obsesivos	24	16.1	7	31
Trastornos sexuales	15	12.0	5	42
Problemas de pareja	9	16.4	5	34
Problemas de identidad y relación	14	13.1	5	33
Trastornos depresivos	10	17.6	6	40
Desórdenes alimentarios	6	14.0	7	21
Psicosis o presuntas psicosis	13	22.6	10	43
Total	132	media 15.9	media 6.4	media 34.8

1) *La eficacia del tipo de tratamiento queda claramente demostrada y su porcentaje general de éxito se presenta decididamente elevado. De hecho, los resultados positivos del tratamiento se refieren a un 83% de los casos tratados.*

Además, esta eficacia resulta todavía mayor en lo tocante a determinadas formas

específicas de trastornos, como por ejemplo los trastornos fóbicos (agorafobia y ataques de pánico), en los que ésta alcanza el 95% de casos con éxito terapéutico.

Si confrontamos estos datos con los resultados referidos por la bibliografía de investigación especializada en la eficacia de las diferentes formas de psicoterapia (Andrews y Harvey 1981; Bergin y Strupp 1972; Garfield 1981; Giles 1983; Luborsky y Singer 1975; Sirigatti 1988; Strupp y Hadley 1979), que valora el porcentaje de éxito positivo de las psicoterapias, variable, según sean los planteamientos y las investigaciones, de un 50% a casi el 80% de los casos tratados, es evidente que el planteamiento de la terapia, utilizado en el trabajo analizado por esta investigación valorativa, posee una eficacia superior a la media. Además, esta eficacia, como hemos dicho, ha superado también el límite de los *follow-up* a un año vista, desde el final del tratamiento.

Cuadro 3

<i>Eficacia del tratamiento. Duración media: casos resueltos y muy mejorados</i>						
Tipo de problema	Casos resueltos		Casos muy mejorados		Total casos	
	n.º	duración media	n.º	duración media	n.º	duración media
Trastornos fóbicos	32	14.3	7	18.2	39	16.2
Trastornos obsesivos	17	12.5	—	—	17	12.5
Trastornos sexuales	10	14.2	2	13.0	12	13.6
Problemas de pareja	9	16.4	—	—	9	16.4
Problemas de identidad y relación	8	10.8	3	20.3	11	15.5
Trastornos depresivos	8	18.7	—	—	8	18.7
Desórdenes alimentarios	4	13.7	—	—	4	13.7
Psicosis o presuntas psicosis	2	42.0	7	21.8	9	31.9
Total	90	media 17.8	19	media 18.3	109	media 17.8

2) *La eficacia del tratamiento se mantiene en el tiempo.* De hecho el porcentaje de las recaídas es notablemente bajo y los resultados obtenidos al final del tratamiento se han mantenido, en la mayoría de casos, hasta el tercero de los *follow-up*, a la distancia de un año, haciendo improbables eventuales futuras recaídas, y tampoco ha podido observarse la aparición de síntomas sustitutivos. Esto desmiente, de acuerdo con cuanto afirma Garfield (1980), la suposición, compartida por muchos terapeutas, de que las terapias breves son superficiales y sintomáticas y que, por ello, suponen inevitablemente recaídas en el problema originario (o en desplazamientos del síntoma) a cierto tiempo de distancia.

3) *La eficiencia del tratamiento* es la característica que, no obstante, nos parece

diferenciar de manera más positiva los resultados obtenidos mediante el planteamiento estratégico, de los obtenidos mediante otros procedimientos psicoterapéuticos. Es decir, el tiempo empleado para obtener resultados y la consiguiente relación costes/beneficios que de ello deriva. Existe sin duda alguna, por cuanto se refiere a la eficiencia, una gran diferencia entre una terapia que dura un promedio de 14 sesiones y otra que dura un promedio de 835 (el promedio de la duración de los tratamientos psicoanalíticos analizados por el Menninger Foundation Psychotherapy Research Project, en Garfield 1981). El verdadero costo, referente a la duración más o menos larga de la terapia, no es, a nuestro entender, el económico, sino el existencial relativo a la calidad de la vida del paciente. Éste puede tener la oportunidad de vivir mejor, cambiando su situación sintomática en espacios de tiempo breves. Por ejemplo, la diferencia real y concreta entre tratar las fobias graves de un paciente agorafóbico en 14 sesiones (unos tres o cuatro meses) o bien en 150 sesiones (unos tres o cuatro años) reside en el hecho de que, en la primera hipótesis, el paciente después de unos pocos meses vive decididamente mejor, libre de sus problemas, mientras que, en la segunda hipótesis, vive mal, dominado por sus problemas, por espacio de más de tres años y medio. Esto significa que su vida se mantendrá problemática por más tiempo, cuando de otra forma podría haberse vuelto menos problemática en menos tiempo. Citando todavía una vez más a Garfield (1980), parece indispensable valorar, en el interés real del bienestar del paciente, qué tipo de intervención, aparte de ser eficaz, expone al sujeto a menos costes, tanto en sentido económico como existencial. Valorando esto, según dicho autor, en relación con los problemas específicos presentados, habría que orientar el tratamiento en la dirección de los procedimientos hipotéticamente más eficientes. Si estos procedimientos no funcionan, o no bastan para resolver totalmente los problemas del paciente, entonces será lícito pasar a procedimientos menos eficientes, pero que podrían ser más eficaces para aquel determinado problema. Ya que, obviamente, no todos los problemas humanos pueden resolverse en espacios cortos de tiempo; pero, para tener seguridad al respecto hay que probarlo primero. Por esto, una metodología correcta exige que se inicie probando si puede funcionar un tratamiento breve; pero, si tal tratamiento no funciona o no basta, se puede pasar, si éste es el caso, a un tratamiento a más largo plazo.

Garantizada la eficacia de una intervención terapéutica, su eficiencia se convierte en un aspecto que debe ser tenido en gran consideración, porque así lo exige el respeto ético a la persona que pide ayuda y su derecho de estar bien lo antes posible. Y si, para

obtener esto es necesario utilizar estrategias «manipuladoras» o «conflictos benéficos», como en muchos de los procedimientos descritos en el presente volumen, creemos, basándonos en cuanto hemos afirmado antes, que éste es el más ético y correcto de los comportamientos terapéuticos, por cuanto su fin conduce a obtener lo más rápidamente posible la solución de los problemas del paciente; en otras palabras, su bienestar. La «manipulación» y el «conflicto benéfico», por consiguiente, no son inhumanos instrumentos de tortura, sino estrategias para evitar la resistencia del paciente al cambio y para llevarlo a sentirse mejor con los menores costes posibles existenciales y económicos.

Alexander 1956

F. Alexander, *Psychoanalysis and psychotherapy*, W.W. Norton and Co., Nueva York.

Alexander y French 1946

F. Alexander y T. French, *Psychoanalytic therapy*, Ronald Press Co., Nueva York.

Andrews y Harvey 1981

G. Andrews y R. Harvey, *Does psychotherapy benefit neurotic patient? A reanalysis of the Smith, Glass and Miller data*, «Archives of general psychiatry» 38, 1203-1208.

Ashby 1954

W.R. Ashby, *Design for a brain*, Wiley and Sons, Nueva York; versión it., *Progetto per un cervello*, Bompiani, Milán 1970.

Ashby 1956

W.R. Ashby, *An introduction to cybernetics*, Methuen, Londres; versión it., *Introduzione alla cibernetica*, Einaudi, Turín 1971.

Austin 1962

J.L. Austin, *How to do things with words*, Harvard University Press, Cambridge; versión it., *Come fare cose con le parole*, Marietti, Génova 1987.

Avnet 1965

H.H. Avnet, *How effective is short-term therapy?*, en L.R. Wolberg (dir.), *Short-term psychotherapy*, Grune and Stratton, Nueva York.

Balint 1968

M. Balint, *The basic fault*, Tavistock, Londres.

Bandler y Grinder 1975a

R. Bandler y J. Grinder, *The structure of magics*, Science and behavior books, Meta Publications, Palo Alto; versión it., *La struttura della magia*, Astrolabio, Roma 1984.

Bandler y Grinder 1975b

R. Bandler y J. Grinder, *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson M.D.*, Meta Publications, Palo Alto; versión it., *I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson*, Astrolabio, Roma 1984.

Bannister y Fransella 1977

D. Bannister y F. Fransella, *Inquiring man: the theory of personal constructs*, Penguin Books, Harmondsworth (Gran Bretaña).

Bateson 1967

G. Bateson, *Cybernetic explanation*, «American behavioral scientist» 10, 29-32.

Bateson 1972

G. Bateson, *Steps to an ecology of mind*, Ballantine Books, Nueva York; versión it., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milán 1978.

Bateson 1980

G. Bateson, *Mind and nature*, Bantam Books, Nueva York; versión it., *Mente e natura*, Adelphi, Milán 1984.

Bateson y Jackson 1964

G. Bateson y Don D. Jackson, *Some varieties of pathogenic organization*, «Disorders of communication» 42, 270-283.

Bateson y otros autores 1956

G. Bateson, Don D. Jackson, J. Haley y J. H. Weakland, *Toward a theory of schizophrenia*, «Behavioral

- science» 1, 251-264; versión it., *Verso una teoria della schizofrenia*, en C.E. Sluzky y D.C. Ransom, *Il doppio legame*, Astrolabio, Roma 1979, p. 21-42.
- Bergin y Strupp 1972
A.E. Bergin y H.H. Strupp, *Changing frontiers in the science of psychotherapy*, Aldine, Chicago.
- Bergin y Lamben 1978
A.E. Bergin y M.J. Lambert, *The evaluation of therapeutic outcomes*, en S.L. Garfield y A.E. Bergin (dirs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley and Sons, Nueva York.
- Bergman 1985
J.S. Bergman, *Fishing for barracuda: pragmatics of brief systemic therapy*, W.W. Norton and Co., Nueva York; versión it., *Pragmatica della terapia sistemica breve: como si pesca il barracuda*, Astrolabio, Roma 1986.
- Bloch 1984
S. Bloch, *To be a therapist: the teaching and learning*, Brunner-Mazel, Nueva York; versión it., *Introduzione a la psicoterapia*, Martinelli, Florencia, 1985.
- Bodin 1980
A. Bodin, *The interactional view: family therapy approaches of the mental research institute*, en A.S. Gurman y D.P. Kniskern (dirs.), *The handbook of family therapy*, Brunner/Mazel, Nueva York.
- Brown 1973
G.S. Brown, *Laws of form*, Bantam Books, Nueva York.
- Butcher y Koss 1978
J.N. Butcher y M.P. Koss, *M.M.P.I. research on brief and crisis-oriented therapies*, en S.L. Garfield y A.E. Bergin (dirs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley and Sons, Nueva York.
- Cialdini 1984
R.B. Cialdini, *How and why people agree to things*, William Morrow and Co., Nueva York; versión it., *Le armi della persuasione*, Giunti Barbera, Florencia 1989.
- Chambers y Hamlin 1957
G.S. Chambers y R. Hamlin, *The validity of judgements bases on «blind» Rorschach records*, «Journal of consulting psychology» 21.
- Dini 1980
V. Dini, *Il potere delle antiche madri*, Boringhieri, Turín.
- Elster 1979
J. Elster, *Ulysses and the sirens*, Cambridge University Press, Cambridge; versión it., *Ulisse e le sirene. Indagine sulla razionalità e l'irrazionalità*, Il Mulino, Bolonia 1983.
- Erickson y Rossi 1982
M.H. Erickson y E.L. Rossi (dirs.), *The collected papers of Milton H. Erickson of hypnosis*, vol. I, II, III, IV: *Hypnotic investigation of psychodynamic processes*, Irvington, Nueva York.
- Erickson y otros autores 1979
M.H. Erickson, E.L. Rossi y S.I. Rossi, *Hypnotic realities: the induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*, Irvington Publishers, Nueva York; versión it., *Tecniche di suggestione ipnotica: induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta*, Astrolabio, Roma 1982.
- Fachinelli 1983
E. Fachinelli, *Claustrofilia*, Adelphi, Milán.
- Fiora y otros autores 1988
E. Fiora, I. Pedrabissi y A. Salvini, *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*, Giuffrè, Milán.
- Fisch y otros autores 1975
R. Fisch, J.H. Weakland, P. Watzlawick, L. Segal, F. Hoebel y M. Deardoff, *Learning brief therapy: an introductory training manual*, Mental Research Institute Palo Alto.

Fisch y otros autores 1982

R. Fisch, P. Watzlawick, J.H. Weakland y A. Bodin, *On unbecoming family therapists*, en A. Ferber, M. Mendelson y A. Napier (dirs.), *The book of family therapy*, Science house, Nueva York.

Fisch, Weakland y Segal 1982

R. Fisch, J.H. Weakland y L. Segal, *The tactics of change*, Jossey-Bas, San Francisco; versión it., *Change: le tattiche del cambiamento*, Astrolabio, Roma 1983; versión cast., *La táctica del cambio*, Herder, Barcelona 31994.

Foerster 1970

H. von Foerster, *Thoughts and notes on cognition*, en P.L. Garvin (dir.), *Cognition: A multiple view*, Plenum press, Nueva York, p. 25-48.

Foerster 1973

H. von Foerster, *On constructing a reality*, en P. Watzlawick (dir.), *The invented reality*, W.W. Norton and Co., Nueva York 1984, p. 41-61.

Foerster 1974

H. von Foerster, *Kybernetik einer Erkenntnistheorie*, en W.D. Keidel, W. Handler y M. Spring (dirs.), *Kybernetik und Bionik*, Oldenburg, Munich-Viena, p. 27-46.

Foerster 1987

H. von Foerster, *Sistemi che osservano*, Astrolabio, Roma.

Frank 1971

J.D. Frank, *Therapeutics components of psychotherapy. A 25-year progress report of research*, «Journal of consulting and clinical psychology» 37, 307-313.

Frankl 1960

V.E. Frankl, *Paradoxical intention*, «American journal of psychotherapy» 14, 520-535.

Freud 1964

S. Freud, *New introductory lectures on psycho-analysis*, Hogarth press (Standard Edition, vol. 22) Londres; versión cast., *Nuevas lecturas introductorias al psicoanálisis*, en *Obras completas*, vol. 8, Biblioteca Nueva, Madrid 21983, p. 3101-3206.

Garfield 1980

S.L. Garfield, *Psychotherapy and eclectic approach*, Wiley and Sons, Nueva York.

Garfield 1981

S.L. Garfield, *Psychotherapy. A 40 year appraisal*, «American psychologist» 2, 174-183.

Garfield y otros autores 1971

S.L. Garfield, R.A. Prager y A.E. Bergin, *Evaluations of outcome in psychotherapy*, «Journal of consulting and clinical psychology» 37, 307-313.

Giannattasio y Nencini 1983

E. Giannattasio y R. Nencini, *Conoscenza e modellizzazione nella psicologia*, La Goliardica, Roma.

Giles 1983

T.R. Giles, *Probable superiority of behavioral interventions: I, traditional comparative outcome*, «Journal of behavior therapy experimental psychiatry» 14, 29-32.

Glaserfeld 1979

E. von Glaserfeld, *Cybernetic experience and concept of self*, en M.N. Ozer (dir.), *A cybernetic approach to assessment of children: towards more human use of human beings*, Westview Press, Boulder (Colorado).

Glaserfeld 1984

E. von Glaserfeld, *An introduction to radical constructivism*, en P. Watzlawick (dir.), *The invented reality*, W.W. Norton and Co., Nueva York, p. 17-40.

Glover 1956

E. Glover, *Freud or Jung?*, Meridian Books, Nueva York; versión it.; *Freud o Jung?*, Sugarco, Milán 1978.

Gödel 1931

- K. Gödel, *Über formal unentscheidbare Sätze der Principia Mathematica und verwandter Systeme I*, «Monatshefte für Mathematik und Physik» 38, 173-198; versión it., *Proposizioni formalmente indecidibile dei «Principia Mathematica» e di sistemi affini*, en E. Agazzi, *Introduzione al problemi dell'assiomatica*, Vita e pensiero, Milán 1961.
- Greenberg 1980
G. Greenberg, *Problem-focused brief family interactional psychotherapy*, en R. Lewis, M.D. Wolberg, L. Marvin y Ph.D. Aronson (dirs.), *Group and family therapy*, Brunner-Mazel, Nueva York, p. 307-322.
- Gurman y Kniskern 1978
A.S. Gurman y D.P. Kniskern, *Research on marital and family therapy*, en S.L. Garfield y A.E. Bergin (dirs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley and Sons, Nueva York.
- Haley 1967
J. Haley, *Advanced techniques of hypnosis and therapy selected paper on Milton Erickson, M.D.*, Grune and Stratton, Nueva York-Londres; versión it., *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, Roma 1987.
- Haley 1973
J. Haley, *Uncommon therapy. The psychiatric techniques of M. Erickson, M. D.*, W.W. Norton and Co., Nueva York; versión it., *Terapie non comuni*, Astrolabio, Roma 1976.
- Haley 1976
J. Haley, *Problem-solving therapy*, Jossey-Bas, Nueva York; versión cast., *Estrategias en psicoterapia*, Toray, Barcelona 1987.
- Haley 1985
J. Haley, *Conversations with M. Erickson, M. D.*; vol. I: *Changing individuals*; vol. II: *Changing couples*; vol. III: *Changing families and children*, Triangle Press, Nueva York; versión it., *Conversazioni con Milton Erickson*; vol. I: *Cambiare gli individua*; vol. II: *Cambiare le coppie*; vol. III: *Cambiare le famiglie e i bambini*, Astrolabio, Roma 1987.
- Harris y otros autores 1963
M.R. Harris, B. Kalis y E. Freeman, *Precipitating stress; an approach to brief therapy*, «American journal of psychotherapy» 17, 465-471.
- Harris y otros autores 1964
M.R. Harris, B. Kalis y E.H. Freeman, *An approach to short-term psychotherapy*, «Mind» 2, 198-206.
- Herr y Weakland 1979
J. Herr y J.H. Weakland, *Counseling elders and their families*, Springer, Nueva York; versión it., *L'anziano e la sua famiglia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1986.
- Hoffman 1981
L. Hoffman, *Foundations of family therapy*, Basic, Nueva York; versión it., *Principi di terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma 1984.
- Jakobson 1963
R. Jakobson, *Essais de linguistique générale*, Éditions de Minuit, París; versión cast., *Ensayos de lingüística general*, Ariel, Barcelona 1984.
- Kant 1985
I. Kant, *Critica della ragion pura*, Laterza, Bari; versión cast., *Critica de la razón pura*, 2 vols., Losada, Buenos Aires 1973.
- Kelly 1955
G.A. Kelly, *The psychology of personal constructs*, 2 vols., W.W. Norton and Co., Nueva York.
- Kuhn 1970
T.S. Kuhn, *The structure of scientific revolutions*, University of Chicago press, Chicago; versión cast., *La estructura de las revoluciones científicas*, Fondo de Cultura Económica, México 1975.
- Lankton 1983
S. Lankton y C.H. Lankton, *The answer within a clinical framework or ericksonian hypnotherapy*, Brunner/Mazel, Nueva York; versión it., *La risposta dell'interno, studio clinico della ipnoterapia ericksoniana*,

- Astrolabio, Roma 1984.
- Lewis 1978
J.M. Lewis, *To be a therapist: the teaching and learning*, Brunner/Mazel, Nueva York; versión it., *Fare il terapeuta, come si insegna e come si impara*, Martinelli, Florencia 1981.
- Lichtenberg 1978
C.G. Lichtenberg, *Das Lichtenberg trost Büchlein*, Meyster Verlag, Viena-Munich; versión it., *Libretto di consolazione*, Milán 1981.
- Liddle 1982
H.A. Liddle, *Diagnosis and assessment in family therapy: comparative analysis of six schools of thought*, en B. Keeney (dir.), *Diagnosis and assessment in family therapy*, Aspen Publications, Rockville, M.D.
- Luborsky y Singer 1975
L. Luborsky y B. Singer, *Comparative studies of psychotherapies. Is it true that «Every one has won and all must have prizes?»*, «Archives of general psychiatry» 132, 995-1004.
- Madanes 1981
C. Madanes, *Strategic family therapy*, Jossey-Bas, San Francisco; versión it., *Per una terapia familiare strategica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1987.
- Maisondieü y Matayer 1981
U. Maisondieü y L. Matayer, *Les thérapies familiales*, Presses Universitaires de France, París; versión it., *Le terapie familiari*, Cappelli, Bolonia 1988.
- Mally 1926
E. Mally, *Grundgesetze des Sollens*, Leuscher und Lubenky, Graz.
- Maturana 1978.
H.R. Maturana, *Biology of language: the epistemology of reality*, en G.A. Miller y E. Lennberg (dirs.), *Psychology and biology of language and thought*, Academic Press, Nueva York.
- Mayo 1933
E. Mayo, *The human problems of industrial civilization*, Mac Millan, Nueva York.
- Minguzzi 1986
G.F. Minguzzi, *È possibile valutare i risultati della psicoterapia?*, «Il giornale italiano di psicologia» 13, 7-13.
- Montalvo y Haley 1973
B. Montalvo y J. Haley, *In defense of child therapy*, «Family process» 12, 227-244.
- Muench 1965
G.A. Muench, *An investigation of the efficacy of timelimited psychotherapy*, «Journal of counseling psychology» 12, 294-299.
- Nardone 1988
G. Nardone (dir.), *Modelli di psicoterapia a confronto*, Il Ventaglio, Roma.
- Neumann y Morgenstern 1944
J. von Neumann y O. Morgenstern, *Theory of games and economic behaviour*, Princeton University Press, Princeton, Nueva York.
- Nietzsche 1965
F. Nietzsche, *La gaia scienza*, Adelphi, Milán; versión cast., *La gaya ciencia*, Akal, Torrejón de Ardoz 1987; versión cat., *La gaia ciència*, Laia, Barcelona 1984.
- Phillips D. 1974
D. Phillips, *The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect*, «American sociological review» 39, 340-354.
- Phillips D. 1979
D. Phillips, *Suicide, motor vehicle fatalities, and the mass media: evidence toward a theory of suggestion*, en «American journal of sociology» 84, 1150-1174.
- Phillips D. 1980

- D. Phillips, *Airplane accident, murder and the mass media: toward a theory of imitation and suggestion*, «Social forces» 58, 1001-1024.
- Phillips y Wiener 1966
E.L. Phillips y D.N. Wiener, *Short term psychotherapy and structural behavior change*, Mc. Growhill, Nueva York.
- Piaget 1934
J. Piaget, *La construction du réel chez l'enfant*, Delachaux et Niestlé, París-Neuchâtel; versión it., *La costruzione del reale nel bambino*, La Nuova Italia, Florencia 1973; versión cast., *La construcción de lo real en el niño*, Proteo, Buenos Aires 1965; Crítica, Barcelona 21989.
- Piaget 1970
J. Piaget, *Genetic epistemology*, Columbia University Press, Nueva York.
- Piaget 1971
J. Piaget, *Biology and knowledge*, University of Chicago Press, Chicago; versión cast., *Biología y conocimiento*, Castilla, Madrid 1969.
- Popper 1972
K.R. Popper, *Objective knowledge*, Oxford University Press, Londres; versión cast., *Conocimiento objetivo*, Tecnos, Madrid 31988.
- Popper 1983
K.R. Popper, *Realism and the aim of science*, Hutchinson, Londres; trad. cast., *Realismo y el objetivo de la ciencia*, Tecnos, Madrid 1985.
- Prigogine 1980
I. Prigogine, *From being to becoming*, Freeman and Co., San Francisco; versión it., *Dall'essere al divenire: tempo e complessità nelle scienze fisiche*, Einaudi, Turín 1986.
- Rabkin 1977
R. Rabkin, *Strategic psychotherapy*, Basic Books, Nueva York.
- Rhodes 1965
R. Rhodes, *Hypnosis: Theory, practice and application*, The citadel press, Nueva York; versión it., *Manuale di ipnotismo*, Astrolabio, Roma 1966.
- Riedl 1980
R. Riedl, *Biologie der Erkenntnis*, Parey, Hamburgo; versión cast., *Biología del conocimiento*, Labor, Barcelona 1983.
- Ritterman 1983
M. Ritterman, *Using hypnosis in family therapy*, Jossey-Bas, San Francisco; versión it., *L'ipnosi nella terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma 1986.
- Rosen 1982
S. Rosen, *The values and philosophy of Milton Erickson*, en J.K. Zeig (dir.), *Erickson approaches to hypnosis and psychotherapy*, Brunner-Mazel, Nueva York.
- Rosenthal 1966
R. Rosenthal, *Experimenter effects in behavioral research*, Appleton-Century-Crofts, Nueva York.
- Salzman 1968
L. Salzman, *Reply to critics*, «International journal of psychiatry» 6, 473-476.
- Schimmel 1983
A. Schimmel (dir.), *Die orientalische Katz*, Diederichs, Colonia.
- Segal 1980
L. Segal, *Focused problem resolution*, en E. Tolsen y W.J. Reid (dirs.), *Models of family therapy*, Columbia University Press, Nueva York.
- Selvini y otros autores 1975
M. Selvini Palazzoli, L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata, *Paradosso e controparadosso*, Feltrinelli, Milán;

- versión cast., *Paradoja y contraparadoja*, Paidós Ibérica, Barcelona 1988.
- Selvini y otros autores 1988
M. Selvini Palazzoli, S. Cirillo, M. Selvini y A.M. Sorrentino, *Giochi psicotici nella famiglia*, Cortina, Milán.
- Shlien 1957
J.M. Shlien, *Time limited psychotherapy: an experimental investigation of practical values and theoretical implications*, «Journal of counseling psychology» 4, 318-329.
- Simon y otros autores 1985
B.F. Simon, H. Stierlin y C.L. Wynne, *The language of family therapy: a systemic vocabulary and sourcebook*, Family Process, Nueva York.
- Sirigatti 1975
S. Sirigatti, *Behavoir therapy and therapist variable: A-B distinction in the treatment of monophobias*, «Bolletino di psicologia applicata» 127-128-129.
- Sirigatti 1988
S. Sirigatti, *La ricerca valutativa in psicoterapia: modelli e prospettive*, en G. Nardone (dir.), *Modelli di psicoterapia a confronto*, Il Ventaglio, Roma.
- Sluzki y Donald 1979
C.E. Sluzki y C.R. Donald, *Double bind: the foundation of the communicational approach to the family*, Grune and Stratton, Nueva York; versión it., *Il doppio legame*, Astrolabio, Roma 1979.
- Smith y otros autores 1980
M.L. Smith, G.U. Glass y T.I. Miller, *The benefit of psychotherapy*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Stolzenberg 1978
G. Stolzenberg, *Can an inquiry into the foundation of mathematics tells us anything interesting about mind?*, en *Psychology and biology of language and thought*, Academic Press, Nueva York; versión it. en P. Watzlawick, *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milán 1988.
- Strupp y Hadley 1979
H.H. Strupp y S.W. Hadley, *Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: a controlled study of outcome*, «Archives of general psychiatry» 36, 1125-1136.
- Vaihinger 1924
H. Vaihinger, *The philosophy of «as if»: a system of the theoretical, practical and religious fictions of mankind*, (trad. de C.K. Ogden), Harcourt Brace, Nueva York; versión it., *La filosofia del «come se»*, Astrolabio, Roma 1986.
- Varela 1975
F. Varela, *A calculus for self-reference*, «International journal of general systems» 2.
- Varela 1979
F. Varela, *Principies of biological autonomy*, North Holland, Nueva York.
- Varela 1988
F. Varela, *Il circolo creativo: abbozzo di una storia naturale della circolarità*, en P. Watzlawick, *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milán.
- Vico 1958
G. Vico, *De antiquissima italorum sapientia*, Stamperia de' classici latini, Nápoles.
- Watzlawick 1976
P. Watzlawick, *How real is real?*, Fandom House, Nueva York; versión cast., *¿Es real la realidad?*, Herder, Barcelona 61994.
- Watzlawick 1977
P. Watzlawick, *Die Möglichkeit des Andersseins: zur Technik der therapeutischen Kommunikation*, Verlag Hans Huber, Berna; versión cast., *El lenguaje del cambio. Nueva técnica de la comunicación terapéutica*, Herder, Barcelona 61994.
- Watzlawick 1981

- P. Watzlawick (dir.), *Die erfundene Wirklichkeit*, Piper und Co., Munich; versión it., *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milán 1988.
- Watzlawick 1985
P. Watzlawick, *Hypnotherapy without trance*, en J. Zeig (dir.), *Ericksonian psychotherapy*, vol. I, *Structure*, Brunner-Mazel, Nueva York.
- Watzlawick y otros autores 1967
P. Watzlawick, J. Beavin y Don D. Jackson, *Pragmatics of human communication: a study on interactional patterns, pathologies and paradoxes*, W.W. Norton and Co., Nueva York; versión cast., *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*, Herder, Barcelona, 101995.
- Watzlawick, Weakland y Fisch 1974
P. Watzlawick, J.H. Weakland y R. Fisch, *Change: principles of problem formation and problem solution*, W.W. Norton and Co., Nueva York; versión cast., *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*, Herder, Barcelona 61989, 81994.
- Weakland y otros autores 1974
J.H. Weakland, R. Fisch, P. Watzlawick y A. Bodin, *Brief therapy: focused problem resolution*, «Family process» 13; versión it., *Terapia breve: una soluzione focalizzata dei problemi*, en P. Watzlawick y J.H. Weakland, *La prospettiva relazionale*, Astrolabio, Roma 1978.
- Wester y Smith 1984
W.C. Wester y H.A. Smith, *Clinical hypnosis*, J.B. Lippincot Company, Filadelfia.
- Whitehead y Russell 1910-1913
A.N. Whitehead y B. Russell, *Principia mathematica*, 3 vols., Cambridge University Press, Cambridge; versión cast., Paraninfo, Madrid 1981.
- Wiener 1947
N. Wiener, *Time, communications, and the nervous system*, en R.W. Miner (dir.), *Teleological mechanisms*, «Annals of the New York Academy of Sciences» 50, 197-217.
- Wiener 1967
N. Wiener, *The human use of human beings: cybernetics and society*, Avon, Nueva York.
- Wiener 1975
N. Wiener, *Cybernetics, or control and communication in the animal and the machine*, Massachusetts Institute of Technology Press, Cambridge; versión cat., *Cibernética, Edicions científiques catalanes*, Barcelona 1986.
- Wilde 1986
O. Wilde, *Aforismi*, Mondadori, Milán.
- Zeig 1980
J. Zeig, *A teaching seminar with Milton H. Erickson*, Brunner-Mazel, Nueva York.
- Zeig 1985
J. Zeig, *Ericksonian psychotherapy*, Brunner-Mazel, Nueva York.
- Zeig 1987
J. Zeig, *The evolution of psychotherapy*, Brunner-Mazel, Nueva York.

Abu Bakr Shibli
Adler, A.
Alexander, F.
Andrews, G.
Aristóteles
Ashby, W.R.
Austin, J.L.
Avnet, H.H.
Balint, M.
Bandler, R.
Bannister, D.
Bateson, G.
Bergin, A.E.
Bergman, J.S.
Bernardino de Siena
Brown, G.S.
Buda
Butcher, J.N.
Cialdini, R.B.
Da Costa, N.
Dini, V.
Einstein, A.
Elster, J.
Epicteto
Epicuro
Epiménides
Erickson, M.
Fachinelli, E.
Ferenczi
Fisch, R.
Foerster, H. von
Frankl, V.
French, T.
Freud, S.
Galileo Galilei
Garfield, S.L.
Giannattasio, E.
Giles, T.R.
Glaserfeid, E. von
Glover, E.
Gödel, K.
Goethe, W.

Greenberg, G.
Gregorio Magno
Grinder, J.
Gurman, A.S.
Hadley, S.V.
Haley, J.
Harris, M.R.
Harvey, R.
Hegel, W.F.
Herr, J.
Hitler, A.
Hoffman, L.
Hugo, V.
Jackson, D.D.
Jakobson, R.
Jung, C.G.
Kelly, G.A.
Kniskern
Koss, H.P.
Kuhn, T.
Lange, E.
Lankton, S.
Lao-Tse
Lichtenberg, G.C.
Luborsky, L.
Madanes, C.
Mahler, G.
Mally, E.
Maturana, H.R.
Mayo, E.
Montalvo, B.
Muench, G.A.
Mussolini, B.
Nardone, G.
Nencini, R.
Neumann, J. von
Nietzsche, F.
Pascal, B.
Phillips, D.
Piaget, J.
Popper, K.
Prigogine, I.
Rabkin, R.
Rank, O.
Riedl, R.
Ritterman, M.
Rosen, S.
Rosenthal, R.

Rossi, E.L.
Russell, B.
Salzman, L.
Selvini Palazzoli, M.
Shlien, J.M.
Simon, B.F.
Sirigatti, S.
Schimmel, A.
Stolsenberg
Strupp, H.H.
Tarski
Vaihinger, H.
Varela, F.
Vassilioni, G.
Whitehead, A.N.
Wilde, O.
Watzlawick, P.
Weakland, J.
Wiener, N.
Zeig, J.

Acciones, compulsivas, prefijadas, secuencias programadas, *véase también* Paradoja
Agorafobia
Alimentarios, desórdenes
Angustia
Anotropía
Antropología, antropólogo, antropológico, prescripción del
Ars curandi
Autoinmunizadora, teoría
Automática, respuesta
Autoorganización
Autorreferencia
Budismo
Calcado, técnica del
Cambio, de tipo 1, de tipo 2, estrategias de, resistencia al, teoría del, terapéutico
Casual, acontecimiento, planificado, terapia
Causalidad, causa, causal, circular, explicaciones, lineal, y efecto
Cibernética
Ciencia, científico, conocimiento, paradigmas, verdad
Cinestésica
Circularidad, circular, causalidad, proceso
Clínico, casos, historia, praxis, estratégica, *véase también* Hipnosis
Coacciones de repetición
Cogitocentrismo
Combinaciones
Como si, hipótesis, terapia del
Comportamiento, comportamental (conducta), cambio en las concepciones y en el, desensibilizaciones
sistemáticas, disfuncional, obsesivo, prescripciones de, psicopatológico, síntoma de, sistemas cognoscitivos
y, trampas, trastornos, *véase también* Conductista, terapia
Compulsivo, acciones, rituales
Comunicación, comunicativo, disfuncional, estrategia, interpersonal, paradójica, patología de la, personal,
pragmática de la, proceso, teoría de la, terapéutica
Concepciones
Concienciación
Condición previa
Conductista, terapia
Conflicto benéfico
Confusión
Conocimiento, cognoscitivo, redefinición, reestructuraciones, *véase también* Comportamiento
Constructivismo, percepción
Constructivismo, constructivista, conocimiento, filosofía del, pensamiento, radical
Creatividad
Culpabilización

Curación
 Delincuencia
 Deóntica, lógica
 Depresión, depresivo, trastornos
 Desensibilizaciones sistemáticas
 Deseos
 Diagnóstico, hipótesis, investigación
 Diario de a bordo
 Dinámica interactiva
 Directividad
 Discontinuidad
 Disfuncional, comportamiento, comunicación, consecuencias, equilibrio, jerarquías, respuesta, sistema, de retroacción
 Disipativa, estructura
 Doble vínculo, terapéutico
 Drogodependencia
Drop-out
 Eficacia, diferencias
 Eficiencia
 Elaboración del universo
 Emocional, experiencia correctiva
 Energía
 Entrenamiento
 Entrevista estructurada
 Epistemológica, epistemológico, error, perspectiva, teorías
 Ericksoniano, enfoque, hipnosis, perspectiva
 Error, epistemológico, perseveración en el
 Esquizofrenia
 Estético, imperativo
 Estrategia(s), estratégico (planteamiento), *ad hoc*, aplicativas, de resolución, desarrollo, enfoque los, locales, programas de, *véase también* Cambio Clínico, Comunicación, Pensamiento, Sistémico, Terapéutico, Terapia
 Estructura
 Ético, imperativo
 Evocativo, lenguaje, mensaje, sugestión
 Evolución
 Exasperación paradógica
 Expectativa
 Experiencia, emocional correctiva, *véase también* Percepción
 Explicaciones
 Falsabilidad
 Fenómeno
 Fijaciones, obsesivas
 Fobia, fóbico, crisis, manifestaciones, paciente, sujeto, trastorno
Follow-up
 Fórmula mágica, prescripción de la, Funcional
 Hawthorne, efecto
 Herejía, herético
 Hipnosis, hipnótico, clínica, enfoque, ericksoniana, inducción, lenguaje (imperativo), sugestión, técnica, trance

Hipnoterapia, hipnoterapeuta, sin trance
 Hipocondríaco *véase* Obsesividad
 Homeostasis
 Humano, naturaleza, problemas, sistemas
 Identidad y relación
 Imperativo (imposición, directivo), estético, ético, lenguaje, paradójica
 Impotencia
 Impulso
 Indecidibilidad, teorema
 Inducción hipnótica, *véase también* Trance
 Información
Insight
 Interacción, interactivo, interaccional, comunicativa, contexto, dinámica, entre individuos, formulación y sistematización, modelos de, terapéutica
 Interdependencia
 Interpretación
 Intervención, paradójica, *véase también* Terapéutico
 Intrapsíquico
 Inventiva
 Investigación, diagnóstica, evaluadora (valorativa), metodología de, observadora, psicológica y social
 Jaque mate
 Jerarquías
 Juego, jugadas, circular, de ajedrez, de suma distinta de cero, de suma igual a cero, regla de, paradójico, previsibles, inesperadas, y contrajugadas
 Lenguaje, del paciente, evocativo, imperativo, indicativo, *véase también* Performativo, Terapéutico
 Lineal, causalidad
 Lingüística
 Lógica, lógico, categorías, deóntica, esquema, tipos, trampa, *véase también* Paradoja
 MRI, *brief therapy*, modelo del, grupo de Palo Alto
 Maniobra, *véase también* Terapéutico
 Manipulaciones
 Marco
 Marxismo hegeliano
 Mente, mental, elasticidad, mapa
 Metáforas
 Metodología, metodológico, corrección, criterios, *véase también* Investigación
 Neguentropía
 Normalidad
 Objetivos
 Observación, participante, punto de, *véase también* Investigación
 Obsesividad, obsesión, obsesivo, comportamiento, fijación, hipocondríaco, paciente, ritualización prescrita, situación, sujetos, trastornos
 Ortodoxia(s), teórico-prácticas
 Pánico
 Paradoja, paradójico, acción, comunicación, efecto, exasperación, imposición, intención, intervención, juego, lógica, mensaje, prescripciones, previsión, reestructuración, situación
 Paranoicos, trastornos
 Paranoide

Patología, patológico, fenómeno, sistema rígido de las, sistema, *véase también* Comunicación
 Pensamiento, enfoque del, estratégico, *véase también* Constructivismo
 Percepción, perceptivo, de la realidad, esquemas, y cognoscitivos, reactivo, experiencia, posición, rigidez, sistema, relacional, sistema
 Performativo, actos lingüísticos, actos verbales, enunciados
 Permanencia del objeto
 Perseveración, en el error
 Persistencia, teoría específica de la
 Perspectiva
 Persuasión, persuasivo, de masa y de venta, maniobra verbal, técnica de
 Pragmática, pragmático, aspectos, *véase también* Comunicación
 Prescripción(es), de la media hora, directas, indirectas, programación de, *véase también* Antropología, Comportamiento, Fórmula mágica, Paradoja, Resistencia, Síntoma
Principia Mathematica
 Probabilidad
 Problema(s), de identidad y relación, de pareja, reestructuración del, resolución de los, *véase también* Humano, Terapéutico
 Procedimientos, *véase también* Terapéutico
 Proceso, *véase también* Comunicación, Terapéutico
 Profecía que se autorrealiza
 Psicoanálisis, psicoanalítico, teoría
 Psicodinámica, teoría
 Psicología, psicológico, clásica, concepciones, modelo, *véase también* Investigación
 Psicopatología, psicopatológico, familias, *véase también* Comportamiento
 Psicosis
 Psicosocial, fenómeno
 Psicoterapia, psicoterapeuta, teorías
 Psiquiátricas, concepciones
 Psíquicos, trastornos
Psyche individual
 Racionalización
 Reactivo, sistema, *véase también* Percepción
 Realidad, real, de primer orden, de segundo orden, percepción de la
 Redundancia
 Reestructuración, paradójica
 Reglas
 Relación(es), relacional, fenómeno, interdependientes, interpersonal, objetales, sistema, y cognoscitivo, terapéutica, *véase también* Identidad, Percepción
 Resistencia, empleo de la, prescrita, *véase también* Cambio Retroacción(es), personales, recíprocas, sistema circular de
 Rigidez, rígido, perceptivo-reactiva, sistema
 Rituales, compulsivos, *véase también* Obsesividad
 Sanidad
Setting
 Sexuales, trastornos
 Síntoma(s), sintomático, prescripción del, reducción, remoción, terapia, *véase también* Comportamiento, Terapéutico
 Sistema(s), familiar, perceptivo, reactivo, relacional, relacional y cognoscitivo, representativo, rígido, teoría de los, teórico, abierto, cerrado, *véase también* Disfuncional, Humano, Patología, Reactivo, Redundancia,

Retroacción
Sistémico, enfoque, estratégico, modelo, terapia, familiar
Sofistas
Solución, de los problemas, ensayada, focal, tipo de
Sorpresa
Sugestión, evocativa, positiva, *véase también* Hipnosis
Supraindividuales, estructuras
Tácticas
Técnicas, *véase también* Confusión, Hipnosis, Persuasión, Terapéutico
Teoría, teórico, formulación, interaccional y sistémica, teórico-práctico, concepciones personales, formulación, nivel, *véase también* Cambio, Comunicación, Deseos, Epistemología, Ortodoxia, Persistencia, Psicoanalítico, Psicodinámica, Psicoterapia, Sistema
Terapéutico, estrategia, intervención, técnicas de lenguaje, maniobras, modelo, problema, procedimiento, proceso, programación, protocolo, sistema, técnicas, *véase también* Cambio, Comunicación, Doble vínculo, Interacción, Relación
Terapia, enfoque de la, estratégica, familiar, focal, modelo de, programa de, *véase también* Casual, Como si, Comportamiento, Síntomas, Sistémico
Termodinámica
Trampa(s), comportamentales, lógica
Trance, estados de, inducción de, *véase también* Hipnosis
Transferencia
Trastorno(s) *véase* Comportamiento, Depresión, Fobia, Obsesividad, Paranoico, Psíquico, Sexual
Tratamiento, modelos de, protocolos de los
Traumas originarios
Unidireccionalidad
Valor, dogmático, ético
Vital, ciclo
Werther, efecto
Zen

1. A este respecto, es útil recordar al lector que «desde 1931, cuando Gödel publicó su famoso teorema de indecidibilidad, utilizando como base los *Principia Mathematica*, podemos abandonar ciertamente la esperanza de que cualquier sistema, lo suficientemente complejo como para incluir la aritmética (o bien, como ha demostrado Tarski, cualquier lenguaje de complejidad análoga), sea capaz de demostrar su consistencia dentro de su propia urdimbre. Esta prueba puede proceder tan sólo del exterior, basada en axiomas, premisas, conceptos, comparaciones, etc., adicionales, que el sistema original no puede generar o probar y que, a su vez, son tan sólo demostrables si se recurre a una urdimbre más amplia y continuando así en una serie infinita de metasistemas, metametasistemas, etc. De acuerdo con los *Principia Mathematica*, cualquier afirmación *acerca de* una colección (y la prueba de la consistencia es una afirmación de este tipo) implica a toda la colección y no puede, ni debe por tanto, ser parte de la misma» (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; versión cast., 1989, p. 44, nota 5).
2. Nos remitimos a la lectura de Watzlawick y otros autores 1967; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Bateson 1980.
3. «Existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo. Para poner un ejemplo de esta distinción, en términos más conductistas: una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro de su sueño: correr, esconderse, luchar, gritar, trepar por un acantilado, etc. Pero ningún cambio verificado de uno de estos comportamientos a otro podrá finalizar la pesadilla. *En lo sucesivo, designaremos a esta clase de cambio como cambio 1*. El único modo de *salir* de un sueño supone un cambio del soñar, al despertar. El despertar, desde luego, no constituye ya parte del sueño, sino que es un cambio a un estado completamente distinto. *Esta clase de cambio la denominaremos en lo sucesivo cambio 2*» (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; versión cast., 1989, p. 30s).
4. Por terapia breve, entendemos aquí una intervención que dura menos de veinte sesiones.
5. Este esquema es una reelaboración de las fases del tratamiento estratégico extraída de Weakland y otros autores 1974 y de Nardone 1988.
6. Bandler y Grinder (1975) han definido así la estrategia comunicativa del hablar el mismo lenguaje que el paciente. Cf. p. 86.
7. El denominado efecto Hawthorne es el resultado de una investigación llevada a cabo

en la ciudad de Hawthorne, en 1927, por Elton Mayo, publicada en 1933. En este trabajo, los autores han demostrado el sorprendente efecto que puede ejercer la expectativa creada por quien se propone como aquel que mejorará la situación de los que recurran a su intervención.

8. Rosenthal (1966), con sus famosísimos experimentos, ha demostrado de manera inequívoca cómo influye el experimentador sobre el experimento que lleva a cabo. O mejor, cómo influye, por medio de sus expectativas, en la conducta y el rendimiento de los sujetos del experimento, tanto si son ratones como si son seres humanos.

9. Con esta categoría de intervenciones nos referimos a las maniobras terapéuticas y a la comunicación entre terapeuta y paciente durante la sesión. En la práctica, a todo lo que acaece dentro de la sesión.

10. Este culto al agua, como sabemos hoy día por reconstrucciones antropológicas (Dini 1980), procedía de antiquísimas tradiciones sagradas populares vinculadas a la importancia fundamental del agua en el ciclo vital de la naturaleza y de los hombres.

11. Esta maniobra se discutirá detalladamente en el capítulo cuarto al exponer el protocolo del tratamiento de los trastornos fóbicos.

12. Comunicación personal, Arezzo, mayo 1989.

13. La paradoja lógica consiste en una clase de enunciados que resultan al mismo tiempo verdaderos y falsos, correctos y erróneos, etc. El ejemplo clásico de paradoja es la de Epiménides el cretense: «Miento» (el supuesto es que todos los cretenses mienten). Con este enunciado se construye una trampa lógica, tanto si es falso como si es verdadero, tanto si es correcto como si es incorrecto. En la comunicación interpersonal se constituye esta forma de trampa lógica cuando, dentro de la misma frase comunicativa, están presentes dos mensajes contradictorios, por lo que quien recibe este tipo de comunicación se encuentra en la misma condición de quien desea decidir si Epiménides dice verdad o falsedad.

14. Para una mayor profundización de este tema, cf. Watzlawick 1977.

15. *Go slow technique*, en *Brief therapy*. Cf. Fisch y otros autores, 1982.

16. Para una amplia explicación del concepto de eficacia, nos remitimos al capítulo que trata de la investigación evaluadora, p. 171.

17. Para una amplia explicación del concepto de eficiencia de la terapia, nos remitimos al capítulo que trata de la investigación evaluadora, p. 177.

18. Con relación al mecanismo de las profecías que se determinan a sí mismas, cf. Watzlawick, 1981; versión it., 1988, p. 87-105.

19. Para una visión de conjunto puesta al día de la bibliografía de investigación comparada sobre resultados de la psicoterapia, cf. Garfield 1980, Sirigatti 1988.

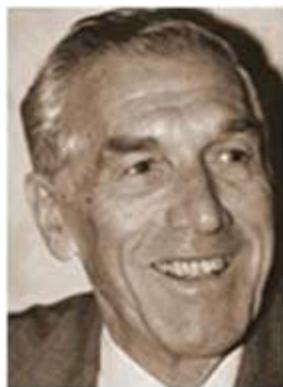
20. Comunicación personal, Siena 1988.

Ficha del libro



Giorgio Nardone está considerado como el representante más importante de los investigadores de la llamada Escuela de Palo Alto y es el único alumno y heredero de Paul Watzlawick, con el que fundó el *Centro di Terapia Strategica* de Arezzo donde lleva a cabo su actividad como psicoterapeuta y docente. Está internacionalmente reconocido como uno de los terapeutas más creativos y rigurosos gracias a sus numerosos, innovadores y eficaces trabajos sobre Modelos en Terapia Breve y Problem Solving

Estratégico. Entre otras actividades, dirige la Escuela de Postgrado de Especialización en Psicoterapia Breve Estratégica (MIUR) de Arezzo y también la Escuela de Comunicación y Problem Solving Estratégico en Arezzo y Milán (Italia); imparte clases de «Diálogo en la psicología clínica» en la Universidad de Florencia; es miembro del comité consultivo del Consejo de los Derechos Humanos del Niño de la Univ. de San Francisco (EE.UU.); es coordinador de la red mundial de la *Revista Europea de Psicoterapia Breve Estratégica y Sistémica*; co-dirige la revista *Journal of Brief, Strategic and Systemic Therapies* y es fundador emérito de *The American Association of Brief & Strategic Therapists*. Giorgio Nardone imparte regularmente conferencias y seminarios tanto clínicos como de «management» por todo el mundo. Además ha publicado 27 libros que han sido traducidos a numerosas lenguas y entre los cuales destacamos *Miedo, pánico, fobias*; *Corrígeme si me equivoco*; *Psicosoluciones*; *Terapia Breve estratégica* y *El arte del cambio* (estas dos últimas con Paul Watzlawick).



Paul Watzlawick (1921-2007), psicólogo y filósofo estadounidense de origen austriaco, es una de las figuras clave en el desarrollo de la Teoría de la comunicación humana y del constructivismo, así como una referencia en el campo de la terapia familiar y sistémica. Doctorado por la Universidad de Venecia, tras su paso por el Instituto C.G. Jung en Zúrich y la Universidad de El Salvador, fijó definitivamente su residencia en EE. UU., donde colaboró en el Mental Research Institute de Palo Alto y fue profesor en la Universidad de Stanford. Herder ha publicado en castellano la mayor parte de su obra, entre la que destacan *Teoría de la comunicación humana* (escrita con Janet Beavin y Don D. Jackson), *Cambio* (escrita con John Weakland y Richard Fisch), *¿Es real la realidad?* y *El arte de amargarse la vida*.

Otros títulos de interés:

Giorgio Nardone y Paul Watzlawick

[Terapia breve: filosofía y arte](#)

Paul Watzlawick

[El lenguaje del cambio](#) (epub)

Paul Watzlawick, John H. Weakland, Richard Fisch

[Cambio](#)

Giorgio Nardone y Claudette Portelli

[Conocer a través del cambio](#)

Índice

Cubierta	2
Portada	3
Créditos	4
Verso	5
Índice	6
Introducción	8
1. Si quieres ver, aprende a obrar	12
2. Las «herejías» del enfoque estratégico de la terapia: características generales de la terapia estratégica	27
1. Primera herejía	27
2. Segunda herejía	30
3. Tercera herejía	32
4. Cuarta herejía	37
3. Breve historia evolutiva del enfoque estratégico	41
1. Orígenes del enfoque estratégico de la terapia	41
2. La revolución sistémica en psicoterapia	44
3. De la terapia familiar a la terapia estratégica	50
4. La praxis clínica en terapia estratégica: proceso y procedimientos	55
1. Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica	57
2. Definición del problema	59
3. Acuerdo sobre los objetivos de la terapia	60
4. Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema	62
5. Programación terapéutica y estrategias de cambio	64
5.1. Acciones y comunicación terapéuticas ⁹	66
5.1.1. Aprender a hablar el lenguaje del paciente	66
5.1.2. La reestructuración	68
5.1.3. Evitar las formas lingüísticas negativas	73
5.1.4. El uso de la paradoja y la comunicación paradójica	74
5.1.5. Uso de la resistencia	77
5.1.6. Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico	79
5.2. Prescripciones de comportamiento	81

5.2.1. Prescripciones directas	82
5.2.2. Prescripciones indirectas	83
5.2.3. Prescripciones paradójicas	84
6. Conclusión del tratamiento	86
5. Dos modelos de tratamiento específico	88
1. El tratamiento de los trastornos fóbicos	89
1.1. El problema presentado	89
1.2. El protocolo del tratamiento	90
1.3. Eficacia y eficiencia del tratamiento	99
1.3.1. Muestra	99
1.3.2. Eficacia	99
1.3.3. Eficiencia	100
2. El tratamiento de los trastornos obsesivos	101
2.1. El problema presentado	101
2.2. El protocolo del tratamiento	102
2.3. Eficacia y eficiencia del tratamiento	110
2.3.1. Muestra	110
2.3.2. Eficacia	110
2.3.3. Eficiencia	111
6. Ejemplos de tratamiento no usual	113
1. Caso 1: la terapia sin lugar de terapia	114
2. Caso 2: reestructurar la importancia de ser hermanos	117
3. Caso 3: la utilidad del error; la invención de la «fórmula mágica»	122
4. Caso 4: declarar el secreto turbador	127
7. La investigación evaluadora	131
1. Criterios metodológicos	132
1.1. El concepto de eficacia de la terapia	132
1.2. El concepto de eficiencia de la terapia	137
2. Exposición de la investigación	139
2.1. La muestra	139
2.2. Resultados	139
2.3. Reflexiones sobre los resultados	140
Bibliografía	144
Índice de autores	152

Índice analítico	155
Notas	160
Información adicional	163