

Terapia breve del MRI

Ruth Casabianca

Índice de contenidos

1. Orígenes del modelo de terapia breve del MRI
 2. Principios del modelo de terapia breve del MRI
 - 2.1. La ética del modelo
 - 2.2. Conceptos fundamentales del modelo
 - 2.2.1. Qué es un problema
 - 2.2.2. Cómo se explica la presencia y persistencia de los problemas
 - 2.2.3. Dónde reside el cambio o la solución de los problemas
 3. El proceso terapéutico y las técnicas para el cambio del modelo de terapia breve del MRI
 - 3.1. Definición del problema
 - 3.2. Diagnóstico del circuito de mantenimiento del problema
 - 3.3. Implementación de intervenciones específicamente terapéuticas
 - 3.3.1. Tipos de intervenciones
 - 3.3.2. El proceso terapéutico según el principio de economía
 - 3.4. Evaluación y corrección del proceso terapéutico
 - 3.5. Cierre del tratamiento
 4. Lecturas recomendadas
- Bibliografía

1. Orígenes del modelo de terapia breve del mri

Desde 1959 el *Mental Research Institute* (Palo Alto, California) convocó a talentosos estudiosos de la comunicación e interacción humanas, tales como Don Jackson, William Fry, Virginia Satir, Antonio Ferreira, John Weakland y Jay Haley, estimulando la investigación y conceptualización de ideas en el campo de los estudios interaccionales/sistémicos, incluyendo individuos, parejas y familias. Gregory Bateson y sus estudios sobre la comunicación humana fueron una importante fuente nutriente para el grupo de afiliados a la institución.

Asimismo, un enorme respeto a las ideas de Don Jackson y Milton Erickson en el campo de la terapia familiar, sirvió de estímulo e inspiración para el desarrollo de ideas, ya más específicas, en la clínica. En 1966, Richard Fisch funda el *Brief Therapy Center* del MRI, alrededor de la tarea profesional de investigar y desarrollar un modo de practicar la terapia, con el claro objetivo de solucionar en poco tiempo los problemas presentados. Desde el inicio integraron este grupo dedicado a la investigación y práctica de la psicoterapia reconocidos autores de las obras más importantes y difundidas internacionalmente, tales como Janet Beavin, Paul Watzlawick, John Weakland y Lynn Segal.

Como bien expresaron Fisch, Weakland y Segal (1984) en *La táctica del Cambio. Cómo abreviar la terapia*, no era su intención hacer una distinción entre terapias breves y prolongadas, o terapias apropiadas para una u otra clase de problemas, sino *replantear la naturaleza de los problemas humanos* dejando de lado una comprensión psicopatológica tradicional, conceptualizándolos de manera diferente, e impulsando deliberadamente al cambio a fin de lograr su resolución de forma efectiva y eficiente. El planteamiento inicial, fue considerar un máximo de 10 sesiones para este objetivo, a razón de una por semana. Ya en ese momento, avizoraban que los conceptos y herramientas desarrolladas por el grupo podrían ser transferidos desde el contexto psicoterapéutico a otros campos de las relaciones humanas.

Carlos Sluzki –quien venía participando como Asociado de investigación desde 1965 y Director de training entre 1976 y 1980– asumió la Dirección del *Mental Research Institute* desde 1980 hasta 1983. Probablemente su origen

argentino, y seguramente su destacada capacidad de organización y de facilitar vínculos entre los colegas, lo llevó a establecer conexiones con América Latina, organizando y dirigiendo cursos anuales de formación intensiva en habla hispana. Sin duda esta decisión y puesta en acto, facilitó la expansión del modelo en numerosos países de América y Europa, a través de terapeutas de habla hispana que se sumaron a tantos otros formados en Palo Alto, y que luego difundieron el modelo y entrenaron a muchos, más allá de las fronteras de sus lugares de origen.

En 1994, Karin Schlanger y Barbara Anger-Díaz impulsan la creación del Centro Latino de Terapias Breves y Entrenamiento, dirigido hoy por la primera. Este Centro brinda fundamentalmente atención a poblaciones de origen latino y mayoritariamente de bajos recursos. También ofrece entrenamiento en el modelo de resolución de problemas del MRI para terapeutas hispano-parlantes o bilingües de diversas partes del mundo. Adicionalmente, se desarrollan investigaciones sobre nuevas técnicas inferidas de los principios básicos del modelo, aplicables a otras áreas, más allá de los contextos psicoterapéuticos.

El modelo de terapia breve del MRI ha sido ciertamente de los más difundidos en el mundo, en parte por la preocupación docente de sus creadores y seguidores, pero fundamentalmente porque ha demostrado vastamente su utilidad y amplitud de aplicabilidad a diversas áreas de los problemas humanos. Este modelo ha sido la base de otros desarrollados posteriormente, tales como la terapia breve estratégica de Nardone o la terapia centrada en soluciones de De Shazer y Kim Berg. Su énfasis en la eficacia y cuidadosa planificación estratégica de los cambios a lograr lo convierten hoy, en uno de los modelos más adecuados a este siglo XXI, donde la racionalización de recursos de diversa índole es una condición a considerar en el abordaje de la resolución de distintos tipos de problemas, en contextos y culturas diversos.

2. Principios del modelo de terapia breve del mri

Como todo modelo, se asienta sobre una ética, desarrolla una teoría, y deriva recursos técnicos coherentes con las dos anteriores.

2.1. La ética del modelo

Las ideas desarrolladas por sus autores transpiran ciertos *valores*, que en

algunos escritos están explicitados, y en otros pueden ser fácilmente inferidos. Quizás el más evidente sea el de la *economía*, entendida en sentido amplio, como una regla que observa “el mínimo cambio posible para el máximo beneficio”. Esto, implícitamente habla de *optimismo* y *creencia genuina en los recursos de los consultantes* (o del “cliente” como prefieren ellos llamarlo). Nadie con experiencia en el campo de la terapia pondría entre paréntesis la tradicional psicopatología, de no estar convencido de que afrontando la concepción de los problemas con una visión interaccional, éstos pueden ser contruidos y modificados desde sus propios protagonistas, aun en los casos donde las estructuras biológicas y/o su funcionamiento estuvieran involucrados, y sin negar otros tipos de intervención.

Asimismo, el modelo resalta la *responsabilidad del terapeuta* en la orientación hacia el cambio deseado por los consultantes, con un enorme *respeto* por lo que éstos consideran tanto el problema a trabajar como las soluciones a materializar, enfatizando la observancia de sus propias posiciones, cultura, y supuestos básicos de vida.

2.2. *Conceptos fundamentales del modelo*

Lo fascinante del modelo MRI es la novedosa conceptualización que sus autores hicieron para *definir lo que es un problema para psicoterapia, cómo se explica su presencia, y en qué consiste el cambio posible*. Todo esto, con una claridad y simplicidad admirables, especialmente si lo ubicamos en el contexto histórico de la psicopatología y psicoterapia de entonces.

Tal como Weakland et al. (1974) exponen en el artículo “Brief Therapy: Focused Problem Resolution”, el modelo que proponen, basados en la investigación de varios años, se sustenta en dos principios básicos:

- La focalización en la interacción presente de conductas observables, y
- La intervención deliberada para alterar el sistema vigente.

Desde mi punto de vista, estos principios aducen a tal nivel de abstracción, que podríamos hoy afirmar que sus autores fundamentaron un *meta-modelo* teórico para la visión y acción psicoterapéuticas sistémicas: ¿qué terapeuta, con óptica contextual, podría no considerarlos? De hecho, los diversos modelos que se desarrollaron a posteriori los respetaron, si bien cada uno de ellos especificó cuál interacción es la significativa (si la estructura, las

historias narradas o los diálogos a producir), y qué intervenciones el terapeuta necesita poner en práctica para elicitarse el cambio (si directivas, reflexiones, el diálogo novedoso, etc.).

Lo que le da las cualidades específicas al modelo MRI es lo que definen como *problema* para psicoterapia, *cómo lo explican y en dónde reside el cambio significativo* o resolución del problema *de modo breve*. Esta brevedad no debe interpretarse como producto de poner en práctica una versión abreviada de un tratamiento prolongado, sino que es consecuencia de la forma de conceptualizar el problema y el tratamiento, y también, de la creencia del terapeuta en que establecer límites temporales ayuda a los participantes del sistema terapéutico a acortar el plazo de trabajo conjunto.

A continuación se detallan los conceptos teóricos específicos.

2.2.1. Qué es un problema

Un problema es una dolencia concreta que refieren alguna o algunas personas, se trate de quien lo porta o no. “No se trata simplemente de una conducta ordinaria, sino de una conducta indeseada” (Fisch, Weakland y Segal, 1984). Este sufrimiento es lo que generalmente estimula a la consulta profesional, y salvo excepciones –como sucede por ejemplo cuando un consultante sólo necesita hacer catarsis– motiva a emprender acciones para aliviarlo.

En otras palabras, un problema es siempre *construido en la significación* que se le otorga a alguna/s conducta/s, como un malestar para alguien o varias personas que se hallan significativamente relacionadas: una familia, una pareja, un grupo de trabajo, etc. Desde esta asunción, no se podría hablar de problemas “objetivos”, allí afuera, sino de aquellos que cobran esta naturaleza por la significación de indeseable que se les otorga.

Ejemplos de esta clase serían un niño que se niega a ir a la escuela, y los padres y posiblemente también el maestro, significan a esta conducta como problema porque consideran que el temor le impide aprender y evolucionar. O bien, una pareja que considera tener un problema de comunicación, ya que viven discutiendo con la percepción de no ser capaces de llegar a decisiones consensuadas necesarias para afrontar la vida común. En algunos casos, es solamente el paciente que lo porta y sufre quien construye algo como problema:

insomnio o temor a tener un accidente cuando viaja, por ejemplo.

*Pero además, un problema tiene una historia de ocurrencia. No es una simple dificultad que aparece imprevistamente en la vida, frente a la cual se ponen en funcionamiento nuevas conductas para afrontarla, y se genera adaptación, restableciendo bienestar. Un problema se ha mantenido en el tiempo lo suficiente, como para generar *intentos de solución*.*

Como dicen Fisch, Weakland y Segal (1984, pág. 32), “cuando no se soluciona una dificultad, y se aplica una dosis más elevada de la misma “solución”, queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso, convirtiéndose en un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y una naturaleza que se parezcan muy poco a la dificultad original”.

En el ejemplo mencionado del niño con temor a la escuela, éste se resiste a entrar una mañana, dificultad que se presenta comúnmente en niños pequeños. La madre que lo acompaña se angustia, y decide por ese día llevarlo de vuelta a la casa, con lo cual el niño se calma. Ocupa parte de la tarde en explicarle lo bueno que es para él ir a la escuela. Cuando el padre llega de su trabajo y se entera del episodio, comienza a criticar a la madre porque no se puso firme en dejarlo en la institución, y también le habla al hijo para convencerlo de que al día siguiente tiene que asistir. A la mañana siguiente se repite la resistencia del niño –quizás aumentada con dolores estomacales– y la madre se enoja más tratando de forzarlo, pero desiste de la acción ante el llanto angustioso de su hijo sumado a la sugerencia de la maestra de no dejarlo en esas condiciones. A la tarde, el padre se enoja aún más con la madre y amenaza al niño con dejarlo sin su programa de televisión favorito si no asiste al otro día. Al tercer día la historia de resistencia se repite, y los padres refuerzan con más intensidad su crítica mutua y los reproches/castigos al hijo.

¿Qué sucedió con la dificultad inicial? Los padres –con criterios habituales– intentaron críticas entre ellos, y métodos de convencimiento o castigo al niño. También la maestra optó por no recibirlo en ese estado –actitud relativamente frecuente entre los docentes frente a un alumno angustiado–. A consecuencia de todo lo cual, el niño se mantuvo en su posición de resistencia y temor agudizado. Si pensamos en esta situación a más largo plazo, pueden observarse

más intentos de solución, y quizás más drásticos, todos de la misma clase, y todos infértiles. De esta manera, una dificultad bastante frecuente se instaló y convirtió en un problema.

2.2.2. Cómo se explica la presencia y persistencia de los problemas

Los intentos fallidos o “soluciones intentadas” se convierten en el sistema de mantenimiento del problema, no importa cuál haya sido el origen.

En el ejemplo anterior, la causa ¿fue la predisposición heredada de una madre ansiosa?, ¿fue que el niño observó inseguridad en la exigencia de los padres?, ¿fue que el conflicto entre los padres le hizo pensar en que “a río revuelto, ganancia de pescadores”? No lo sabemos, ni es relevante su conocimiento en orden a la resolución del problema. Lo importante es que se llevaron a cabo acciones diversas, de la misma clase, que se retro-alimentaron entre sí por un período más o menos prolongado de tiempo, y que no lograron su objetivo: que el niño disminuya la angustia y asista a la escuela.

Un punto aquí interesante es que la persistencia en actitudes inadecuadas para resolver las dificultades no la fundamentan en defectos o alguna patología mental de los participantes, sino en la *inadvertencia de actividades que mantienen vivos los problemas*, a pesar de las mejores intenciones de resolverlos. Estas actividades o actitudes implican *no sólo conductas manifiestas o reacciones frente a la situación-problema, sino también creencias, opiniones o visiones* acerca del problema, de las que se derivan y alimentan dichas reacciones, en un círculo vicioso que las mantiene mutuamente.

Esto significa que las “conductas ensayadas” frente a situaciones indeseables, poseen una *calidad cognitiva y reactiva en relación mutua* (“se piensa y en consecuencia se actúa, y en consecuencia se sigue pensando”), que ayuda a entender la estabilización o fijación de las mismas, aunque no provoquen la solución deseada de aliviar la situación-problema.

Si volvemos al ejemplo descrito, es claro que la madre y la maestra adjudican al niño una calidad de “pobrecito, cuánto sufre”, mientras el padre cree que la madre es una mala educadora y el niño un desobediente. En consecuencia, todos actúan en relación a lo que piensan o creen. Cuanto más intensifican sus reacciones y ven el producto (el niño se sigue resistiendo), más reafirman que

están en lo cierto y necesitan una dosis de “más de lo mismo” (conductas de la misma clase más intensas, más frecuentes) para obtener éxito.

Los intentos fallidos de solución pueden ser llevados a la práctica solamente por la persona portadora del problema –entendiendo al “paciente identificado” como un sistema de relaciones consigo mismo–, o pueden también incluir a quienes están significativamente relacionados con él, como en el ejemplo expuesto.

Weakland et al. (1974) consideran a los problemas que se traen a psicoterapia como “dificultades situacionales entre personas, problemas de interacción”. Es lógico aceptar esta apreciación, desde la premisa de que *“toda conducta es comunicación”* (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1981), y por lo tanto transmite mensajes a los involucrados en los sistemas de relación cercanos, estimulando respuestas que a su vez alimentan otras nuevas, generando y manteniendo entre todos –paciente identificado y otros significativos– el círculo vicioso.

Y esto es así en la gran mayoría de los casos. De todos modos, en aquellos problemas donde sólo se desarrollan “soluciones” individuales, la óptica sistémica nos permite aceptar la visión de que los seres humanos somos un sistema de interacciones o comunicaciones que se retroalimentan mutuamente, aunque éstas puedan darse en el ámbito exclusivamente personal. De esto se deriva la posibilidad de implementar el modelo para problemas individuales o en las relaciones sociales, siempre considerando el anclaje en algún contexto, sea social o personal.

Un ejemplo de cómo las soluciones ensayadas pueden mantener un problema en quien lo sufre, lo veríamos en el caso de alguien que no se anima a hablar en público sin sonrojarse, a raíz de lo cual piensa que lo mejor sería evitar exponerse en reuniones sociales, lo que lo lleva a inventarse justificaciones diversas cada vez que recibe una invitación, y a medida que pasa el tiempo decide más evitaciones con justificaciones más elaboradas, hasta el posible punto de aislarse y deprimirse.

Cuando se trata de pacientes identificados (PI) niños o adolescentes, por sus posiciones de dependencia natural respecto a otros –especialmente adultos– es prácticamente imposible no pensar en interacciones sociales con las personas significativas, fundamentalmente del contexto familiar, escolar o de pares, que

se involucran en los significados e interacciones como integrantes del “sistema de mantenimiento de los problemas” (Casabianca, 2012).

Pero consideremos que los adultos también vivimos generalmente en situaciones de involucración social, lo que conlleva la cualidad de retroalimentar conductas de otros significativos que pueden percibir una situación como problema (a veces incluso aunque el PI no coincida con la percepción de conducta indeseable, como sucede a menudo con los adolescentes o los adictos), y sean otros quienes la signifiquen como problema e intenten ayudar a resolverlo.

Aún en los casos en que el problema pueda tener una implicación física o funcional (por ejemplo una conducta crónicamente cíclica, que hoy diagnosticaríamos como “trastorno bipolar”), es dable observar la cadena de retroalimentaciones mutuas entre PI y otros significativos: una esposa que percibiera que su marido cada tanto repite conductas de desorden económico que ponen en riesgo la estabilidad familiar, seguramente respondería a éstas con angustia, enojo, o algún intento de control crítico, a las que el esposo reaccionaría, y así sucesivamente, más allá de la coexistencia de una disfunción química.

2.2.3. Dónde reside el cambio o la solución de los problemas

Modificando los intentos fallidos de solución –por parte del paciente identificado y/o de los otros involucrados en la resolución– el problema pierde el anclaje que lo sostiene: un pequeño cambio significativo en el sistema de mantenimiento del problema puede poner en funcionamiento un circuito de retroacciones positivas que lo interrumpa, o bien que incluya una alternativa de acción diferente, evolucionando, en consecuencia, hacia una “verdadera” solución: conductas que alivien o lleven a la desaparición del problema presentado.

Es evidente que, basados en conceptos cibernéticos (Maruyama, 1963; Wender, 1968), sus propias investigaciones (Weakland et al., 1974), y también en la relevancia que le dan al valor de economía, los autores apoyan la idea de que *no es necesario modificar todo el funcionamiento del sistema* de relación significativo (familia, pareja u otros grupos). Como bien afirman: “el objetivo primordial de un terapeuta no tiene por qué consistir en solucionar todas las

dificultades, sino en iniciar un proceso de reversión (...); aun los problemas graves, complejos y crónicos se hallan potencialmente abiertos a una solución efectiva, mediante un tratamiento breve y limitado” (Fisch et al., 1984, pág. 37).

Con estas afirmaciones, este modelo se diferencia de otros de terapia familiar centrados en la re-estructuración amplia de los sistemas de interacción, a la vez que explican la brevedad del tratamiento que proponen, posiblemente el más breve en su concepción dentro del paradigma sistémico.

3. El proceso terapéutico y las técnicas para el cambio del modelo de terapia breve del mri

Este título se refiere a *cómo* generar cambios en las pautas que sostienen el problema, en coherencia con los supuestos teóricos. Como sucede en la mayoría de los modelos de psicoterapia, se definen *cinco pasos o momentos* importantes en el proceso terapéutico, que siguiendo la lógica del modelo, presentan la siguiente secuencia:

- Definición del problema
- Diagnóstico del circuito de mantenimiento del problema
- Implementación de intervenciones específicamente terapéuticas
- Evaluación y corrección del proceso terapéutico
- Cierre de la terapia

Difícilmente los consultantes traen de manera espontánea este recorrido, pero es importante a los fines terapéuticos que el terapeuta *lo posea mentalmente y sea consecuente con este desarrollo*, de manera de no incurrir en errores comunes como suele ser introducir modificaciones apresuradamente en el supuesto circuito que mantiene al problema, sin tener claro cuál es el problema –o “motivo de consulta”– a tratar.

Sin un motivo de consulta claramente consensuado entre terapeuta y consultantes, *no es factible hacer un diagnóstico interaccional pertinente*, imprescindible para no estimular o retroalimentar apuradamente soluciones que ya han sido ensayadas por los consultantes sin el efecto terapéutico deseado, *o soluciones que nada tienen que ver con el problema* que quieren resolver. Más aún, en el caso de contar con varios consultantes que presentan distintos problemas, sin construir un motivo de consulta consensuado, *se corre el riesgo de quedar en alianza con alguno de los consultantes*, al considerar el

propio y particular como si fuera el que necesita ser tratado por todos.

La evaluación y corrección del proceso quedan ubicadas antes del cierre de la terapia, con una observación: esto es así cuando evaluamos o corregimos el efecto de las intervenciones “específicamente terapéuticas”, o sea, las planificadas concretamente con el fin de modificar el circuito de mantenimiento de los problemas. Pero no debemos olvidar que, desde la toma inicial de contacto con nuestros consultantes, los terapeutas estamos interviniendo permanentemente –consciente o inconscientemente– con gestos, actitudes, comentarios, que influyen en ellos para bien o para mal (siendo terapéuticos o iatrogénicos). A partir de esta aseveración, la evaluación de los efectos de las intervenciones *es un proceso continuo desde el inicio al fin del tratamiento*.

Con esto quiero significar que –con la mejor de las intenciones– los terapeutas podemos convertirnos en un eslabón más del circuito de mantenimiento de los problemas, en vez de ser verdaderamente terapéuticos. Sin un motivo de consulta bien construido, sin un diagnóstico del circuito de mantenimiento del mismo, sin inclusión de “verdaderas novedades o soluciones”, y sin una evaluación y corrección permanentes del efecto de nuestras intervenciones en relación al motivo de consulta, muy probablemente terminemos fracasando.

Estos puntos mencionados se refieren a los *factores específicos* del modelo aquí descrito, que hoy sabemos que no son suficientes para el éxito terapéutico, pero sí imprescindibles^[1]. Veamos más en detalle los *pasos* del proceso terapéutico:

3.1. Definición del problema

Definir el problema específico para aliviarlo en plazos breves, requiere necesariamente de una tarea de *focalización* en la/las conductas indeseables que el/los consultantes traen para solucionar en el aquí y ahora, y también de *convertirlo en conductas concretas*, lo más observables posibles, que permitan una evaluación de su transformación o no, a lo largo de la terapia. De hecho, cuando hay más de un consultante, esta focalización y concreción requieren de *consenso entre ellos y con el terapeuta* respecto a cuál es el problema para terapia, mencionado precedentemente.

El consenso con el terapeuta es necesario, básicamente, porque él es quien tendrá *la responsabilidad de dirigir el proceso* que terminará en la inclusión de soluciones. El terapeuta no es el absoluto responsable del cambio –cuyos ingredientes y potencial residen en los consultantes– pero sí lo es respecto a las acciones y reacciones que ayuden a disparar las potencialidades de los consultantes que puedan materializarse en alternativas novedosas, bloqueando los círculos viciosos.

Para que esto sea posible, el terapeuta necesita un motivo de consulta que pueda ser resuelto en el ámbito psicoterapéutico, y *maniobrabilidad* suficiente para operar en un sentido diferente al que vienen implementando los consultantes: ése es el juego interaccional de todo sistema terapéutico, que siempre implica un “con qué” y un “hacia allá vamos” de parte de quienes consultan, y un “cómo” lograrlo inspirado en el conocimiento experto del consultado.

Una importante disquisición a esta altura: *no es lo mismo percibir o significar una situación como problema, que ser consultante*. Ser un consultante requiere no sólo de construir una situación como problema indeseable, sino de tener *motivación y poder de influencia* para modificarlo.

En general coinciden estas tres conductas (“ver, querer y poder”) en algún o algunos participantes: por ejemplo cuando los padres, autoridades naturales, quieren que un hijo modifique una conducta-problema para ellos, y están dispuestos y tienen recursos para poner en funcionamiento soluciones. Pero podría suceder que una abuela muy preocupada por alguna conducta del nieto, no tuviera cabida o habilitación en la familia para cambiar nada. Algo semejante sucede con la mujer que quiere que su marido deje de ser alcohólico, pero cree que sólo él puede modificar su “patología”, mientras que éste no lo percibe como problema, o no está dispuesto a modificarlo.

De lo inmediatamente antedicho se deriva que cuando el terapeuta trabaja para la construcción de un motivo de consulta, necesita tener claro no sólo de qué se trata lo traído a terapia, sino *para quién o quiénes constituye un problema, y si tienen motivación suficiente y recursos* para afrontar su solución. De lo contrario, sólo nos encontraremos con gente que se queja fervorosamente, y queda de brazos cruzados esperando que el terapeuta haga

magia.

Retomando el proceso de construcción del motivo de consulta, a veces nos encontramos con tipos de problemas que no son conductas directamente observables, como angustia o depresión, por ejemplo. Si no resulta posible ponerlas en términos de cómo se manifiestan (lo cual las concretiza), se hace necesario darles alguna cualidad de mensurables: por ejemplo de 1 a 10 en qué punto se ubican. Esto permite al terapeuta, al PI y/o consultantes, tener algún índice “objetivo” de si disminuyen con el tratamiento, permanecen igual, o empeoran.

Como hemos explicitado con Hugo Hirsch (Casabianca & Hirsch, 2009), los pacientes identificados (PI) o los consultantes, no siempre traen situaciones claras, concretas, u observables para ser tratadas y evaluadas en su evolución: “El proceso que construye un foco implica necesariamente desechar información, pero a la vez se hace necesario considerar que el problema sea *relevante* (en relación a los afectos desagradables que genera), *pertinente* (es decir, que encaje con las visiones/cogniciones de quien consulta), que *respete la urgencia* (el riesgo, el tiempo o los plazos) y *de solución factible* (que encaje con las acciones o conductas posibles, tanto de los consultantes como del terapeuta)” (pág. 32).

Desde el momento de presentación del problema o de “queja inicial” de los consultantes, hasta su focalización y definición concreta, puede haber todo un proceso más o menos largo, dependiendo de las cualidades cognitivas de quien/es consulta/n, y también de las aproximaciones cognitivas y habilidades de los terapeutas para comprenderlos y simplificarlos de manera suficiente, como para no “dejar afuera” la molestia de los consultantes.

Un motivo de consulta así *co-construido*, es lo que luego le permitirá al terapeuta hacer un *diagnóstico interaccional* del mismo, vislumbrar *alternativas terapéuticas factibles*, y específicamente *evaluar a lo largo del proceso terapéutico* si sus intervenciones tienen como consecuencia caminar en el sentido del cambio deseado por ambas partes.

Veamos un ejemplo de co-construcción de un motivo de consulta:

Carina y Pablo son padres de Pedro, un adolescente de 17 años. Vienen solos a la consulta porque el PI se negó a asistir a pesar de la insistencia de ellos.

Padre: Estamos acá porque nuestro hijo mayor –tenemos otros dos de 15 y 12 años– es incontrolable. Ha roto puertas en la casa cuando se enoja, y también nos ha amenazado con pegarnos, sobre todo a la madre (sonríe).

Madre: A los hermanos los maltrata de una manera terrible, le tienen miedo, y nosotros también. En esta semana se ha ido a vivir con la abuela paterna, y nos ha dicho que le mandemos dinero porque no quiere vernos más, y se quedará con ella (se le llenan los ojos de lágrimas). Desde chico tiene mal carácter, pero ahora estamos muy preocupados porque es como un monstruo en la familia, y no sabemos qué hacer, si dejarlo allá u obligarlo a volver.

Terapeuta: Su sonrisa, ¿Pablo, tiene que ver con que Ud. le tiene miedo, o no le preocupa tanto el desbordamiento de su hijo?

Madre: Él siempre que se pone nervioso se ríe (refiriéndose al padre). Quizás Pedro entiende que le causa gracia al padre su conducta, pero la verdad es que nos ha sobrepasado en la autoridad y ya no podemos frenarlo. A mí me molesta mucho la actitud de mi marido, que le quiero aclarar, no tenía ganas de venir tampoco porque no cree en los psicólogos. Él es médico y sólo entiende de esas cosas que se ven.

Terapeuta: ¿En estos momentos les preocupa más las conductas de violencia de Pedro hacia Uds. y los hermanos, si traerlo de vuelta a la casa haciendo valer la autoridad, o cómo ponerse de acuerdo frente a las actitudes de descontrol de Pedro?

Padre: Creo que lo peor es no poder frenarlo en sus descontroles (serio). Yo creo que si no logramos esto, no podemos decirle que vuelva porque nos pone en riesgo a todos.

Madre: Sí, vivir con él con el riesgo de que nos golpee es como vivir en un infierno que puede explotar en cualquier momento.

Terapeuta: Entiendo entonces que como padres quieren lograr evitar que Pedro maltrate a Uds. y los hermanos, ¿es así? Digo esto, porque no estoy segura de que él se preste a venir a terapia.

Ambos padres: Sí, de acuerdo.

Es claro en el ejemplo, que la queja con que iniciaron la consulta podía referirse a varios problemas diferentes: el maltrato del hijo hacia sus padres y hermanos, la conducta inconsistente del padre sonriendo frente a esa situación,

el disgusto que le producía a la madre la actitud de su marido como un problema de pareja, la falta de autoridad y la consiguiente sensación de impotencia frente a la decisión del hijo de irse de la casa, la resistencia del padre a la terapia, etc.

El finalizar en el motivo de consulta de “cómo lograr evitar que Pedro maltrate a los padres y hermanos”, se co-construyó entre lo que los padres percibían como molestia seria, y las intervenciones del terapeuta para focalizar en algún aspecto de lo expuesto, lo suficientemente indeseable como para moverlos a cambiar, también lo suficientemente concreto como para ser diagnosticado en las soluciones fallidas intentadas durante un largo tiempo, y previendo la posibilidad de incluir acciones diferentes a las que vienen poniendo en práctica.

Posiblemente se hubiera podido co-construir cualquiera de los otros problemas mencionados, siempre y cuando los padres lo hubieran aceptado como lo que quieren solucionar en terapia, y el terapeuta hubiera tenido la posibilidad de diagnosticar las soluciones intentadas, avizorando algún pequeño cambio posible y evaluable.

Hay situaciones más o menos *difíciles* para construir un motivo de consulta focal y concreto. Entre las menos fáciles están:

1. Cuando los consultantes presentan un *estilo de percepción de las realidades vago o ambiguo* (Ej.: “todo lo que estoy viviendo me angustia”). Se hace entonces necesario ayudar al consultante a poner en conductas específicas y concretas su malestar: “veamos qué lo angustia; deme ejemplos de las situaciones que lo ponen mal; cuando se siente mal, ¿a qué situación se refiere concretamente?”.
2. Cuando *no se logra consenso entre los consultantes* respecto a cuál es el problema (típicamente en los conflictos de pareja donde, por ejemplo, el hombre piensa que el problema es que ella lo critica permanentemente, y ella cree que el problema es que él no la atiende suficientemente). Aquí se hace necesario encontrar una clase de conducta que abarque o relacione ambas posiciones: “el problema parece ser que no encuentran formas de disfrutar juntos”.
3. Cuando traen *muchos problemas diversos* (por ej. que el hijo no estudia,

tampoco tiene amigos, no respeta los horarios de salidas que proponen los padres, no colabora en cuestiones de la casa, etc.). En estos casos es necesario ayudarlos a priorizar por la intensidad o el riesgo de los diversos problemas: “cuál perciben que es el tema más urgente”, o “si se resolviera primero, qué los haría sentir más aliviados”.

4. Cuando traen a consulta *problemas que no son del contexto de la psicoterapia* (por ej. que el trabajo está mal retribuido, o una mujer quiere que el ex-marido le respete la cuota alimentaria). En estos casos se hace necesario ver la posibilidad de construir un problema psicológico: “¿si Ud. modificara su actitud frente al salario se sentiría más satisfecho?”, o “¿Ud. cree que podría hacer algo diferente con su ex-marido para conseguir el dinero?”. Si esto no resulta posible, es necesario derivar la búsqueda a otro tipo de soluciones no psicoterapéuticas (un abogado, una agencia de empleo, etc.).

También es cierto que en algunos casos los PI y/o consultantes, vienen “hechos a medida” para este modelo. Ejemplos de esta clase encontramos en los padres que quieren que su hijo deje de orinarse de noche en la cama, o cuando una pareja plantea que no pueden negociar respecto al tiempo que compartirán con cada familia de origen los fines de semana.

El énfasis puesto en la construcción del motivo de consulta (o problema para la terapia) tiene que ver con que la experiencia recogida como terapeutas, docentes y supervisores, nos ha llevado a la conclusión de que gran parte de los fracasos en terapia para resolver problemas se asienta en que éstos no están claramente definidos o no contemplan las posibilidades terapéuticas de consultantes y terapeutas, lo que deriva en acciones erráticas por parte de los terapeutas, e insatisfacción de parte de los primeros.

3.2. Diagnóstico del circuito de mantenimiento del problema

Una vez establecido entre consultantes y terapeuta cuál será el motivo de consulta a tratar, éste necesita realizar un diagnóstico de *qué visiones o creencias* respecto al problema, y *qué acciones* derivadas de ellas, están retroalimentando el círculo vicioso de mantenimiento.

Este paso del proceso se refiere a que el terapeuta necesita conocer cuál es el problema con el que se enfrenta para resolver en la terapia, o lo que hemos expresado con Hugo Hirsch, cuál es el “verdadero problema para el

terapeuta”: aquello que es disfuncional en el sistema consultante y necesita ser modificado. Esta tarea implica el requerimiento de información específica respecto a por qué creen que el problema está presente (o cómo perciben el problema), y qué han hecho concretamente quienes intentaron solucionarlo: PI y/u otros.

El hecho de solicitar esta información, *pone en contexto al problema* en varios sentidos. Por un lado, ayuda al PI individual y/o a los otros relacionados a expandir la mirada hacia la significación lógica en la que encuadran al motivo de consulta (sostén cognitivo), a la vez que los lleva a percibir que se han hecho intentos bienintencionados de solucionarlo tanto en el ámbito personal del PI como en las interacciones con los cercanos (sostén sistémico individual o social reactivo). Adicionalmente ayuda a consultantes y terapeutas a percibir que el problema no es un “mal general” de una persona o un sistema de relaciones, sino que es una conducta molesta específica y recortada, que tiene un cuándo, dónde, con quién/es, y cómo tener lugar.

Obtener un diagnóstico relacional o contextual del problema desde este modelo es relativamente fácil de realizar y posee un alto índice de confiabilidad corroborado (Casabianca, 2012). Seguramente una explicación de esto es que se averiguan y describen conductas puntuales y “objetivas”, relativamente inocuas: qué piensan del problema, las circunstancias en las que aparece, y qué hicieron para solucionarlo. No hay inducción por parte del terapeuta a investigar causas, ni consiguientes “culpas”.

A pesar de lo expresado, hay casos en los que investigar el circuito de mantenimiento del problema resulta un tanto complejo. Esto sucede fundamentalmente con problemas de larga data (con muchas y variadas soluciones intentadas), y también cuando hay interacciones múltiples en relación a la solución del problema (varios miembros de la familia nuclear, de la familia extensa o de nuevas familias ensambladas, otros profesionales o personas no familiares influyentes que intervienen, información asimilada de los medios acerca del problema, etc.).

Asimismo, es muy importante considerar cuidadosamente si alguna o algunas de las soluciones intentadas resultó ser exitosa, y si fue abandonada, por qué. De hecho, si la solución que alivió el problema se sostuvo

consistentemente, no vendrán a terapia, a menos que se la haya puesto en *stand-by* hasta tener la anuencia del terapeuta.

Pero en muchos casos lo que resultó ser exitoso no ha podido mantenerse por alguna razón de peso, en cuyo caso pasa a la categoría de “solución fallida”, por el simple hecho de no ser sustentable para los consultantes. Por ejemplo, una conducta de castigo o restricción frente a un adolescente descontrolado, podría llevar a un cambio positivo en su hábito de no respetar reglas, pero si esto va en contra del estilo de carácter del progenitor responsable, no podrá ser sostenida en el tiempo.

Con un panorama claro de las soluciones intentadas fallidas, el terapeuta queda en condiciones de realizar un diagnóstico contextual/interaccional referido al motivo de consulta.

Retornemos al caso del adolescente descontrolado:

Terapeuta: Supongo que en este relativamente largo camino que recorrieron con el descontrol de Pedro a costas, Uds. habrán tratado de corregirlo más de una vez.

Madre: Yo he estado a cargo de los hijos, muy angustiada. Pablo está siempre trabajando... yo soy la responsable. He llorado mucho cuando ataca a los hermanos, especialmente al que le sigue, Fernando. Al más pequeño creo que le tiene lástima y lo deja más tranquilo. De todos modos muchas veces tuve que intervenir, poniéndome entre Pedro y Fernando, y ahí es cuando ha amenazado con pegarme.

Terapeuta: ¿Alguna vez le pegó?

Madre: No, pero parece un loco con los ojos desorbitados. Él (refiriéndose al padre) nunca me defendió (lágrimas en los ojos).

Padre: A mí también me ha amenazado pero yo lo desafié a que me pegue una vez y no se animó. Yo creo que ella se muestra débil y es peor. Además yo no estoy nunca, y cuando estoy trato de llevarme bien con él y los otros... ahora dice que va a estudiar Medicina, como yo. Cuando era pequeño le hicimos un electroencefalograma a pedido de la escuela, y dio todo bien.

Terapeuta: Y los hermanos, ¿se defienden?

Madre: No, me buscan a mí. Le tienen miedo porque es grandote. Juega al baloncesto muy bien, y el entrenador dice que tiene muy buena relación con el

equipo, aunque a veces “se calienta” y grita, pero nunca pegó a nadie.

Terapeuta: ¿Y la abuela ha intervenido?

Padre: Para mi mamá siempre fue su nieto preferido, es el mayor. Por eso ahora se fue allá; ella siempre cedió a sus caprichos: desayuno en la cama, comidas especiales. De todos modos ahora nos habló cuando se apareció en su casa, y nos preguntó si queríamos que lo mandara de vuelta. Todavía no le contestamos.

Terapeuta: ¿Intentaron algo más para frenarlo?

Padre: Hace unos seis meses que le pegó al hermano porque quería la computadora que estaba usando, para jugar él; le prohibí ir a un torneo de baloncesto ese fin de semana, y ahí fue cuando de la rabia rompió una puerta... finalmente fue al viaje porque nos prometió que no volvería a molestar a los hermanos. Pero volvió a hacerlo (sonríe).

Madre: Sí, al final él siempre logra lo que quiere y no cumple con sus promesas.

Terapeuta: ¿Qué creen Uds. que le pasa a Pedro? ¿Con qué creen que tiene que ver este descontrol?

Padre: Yo no entiendo. Posiblemente está celoso de sus hermanos. Siempre comparó lo que le dábamos a uno y a otro, desde chico.

Madre: Yo creo que nunca vio que el padre me defendiera, y fui perdiendo autoridad. Además (solloza), a esta altura no sé si nos quiere.

Haciendo una revisión de las soluciones intentadas, se percibe que a pesar de los años transcurridos desde que apareció el problema, básicamente intentaron conductas de clases semejantes: la madre intentar defender a los otros hijos y esperar que el padre la defienda a ella, los hermanos buscar refugio en la madre, y el padre no tomando conductas activas de control, con un lenguaje contradictorio de enojo y complacencia, volviéndose atrás en sus castigos, y criticando a la madre. Cuando se puso firme logró que Pedro depusiera su actitud amenazante, pero no lo mantuvo.

Asimismo, es también claro que la interpretación que le están dando al problema se relaciona con determinadas adjudicaciones de significado desde los padres: celos (en el padre), y pérdida de la autoridad, con posible falta de cariño, para la madre. Este circuito diagnosticado como disfuncional es el

“blanco” hacia el que el terapeuta necesita dirigir las consecuentes intervenciones estrictamente terapéuticas, contando hasta acá con los padres como consultantes.

3.3. Implementación de intervenciones específicamente terapéuticas

Cuando el terapeuta ya tiene construido el motivo de consulta para la terapia y el diagnóstico del circuito de mantenimiento (en el caso descrito, claramente interaccional), necesita accionar en el sentido de su *modificación* para actuar terapéuticamente. *El cambio específico en el circuito disfuncional se convierte en el objetivo del terapeuta, mientras que el alivio del problema es el objetivo de la terapia.*

Hay *dos caminos generales* para modificar el circuito de mantenimiento del problema: *bloquearlo, y/u ofrecer conductas alternativas* para su manejo –de clase diferente a las intentadas y factibles de ser implementadas– de manera que se conviertan en verdaderas soluciones.

Si pensamos que las conductas con que se intentaron resolver las dificultades primarias se relacionan con opiniones o creencias de que esas situaciones requerían de ese tipo de soluciones intentadas, se desprende por lógica que es necesario introducir una *novedad en la visión o interpretación* que se ha hecho del problema, con el fin de facilitar la introducción de *acciones diferentes*, sean éstas individuales o interaccionales.

En algunos pocos casos se hace posible simplemente modificar las acciones con que afrontan el problema, esperando que –a consecuencia del cambio obtenido– el PI o los otros consultantes modifiquen su modo de interpretar el problema. Esta posibilidad aparece con consultantes que le otorgan al terapeuta una confianza ciega y lo siguen, aun en contra de sus propias creencias, y también cuando están absolutamente focalizados en qué hacer frente al problema, no otorgando relevancia al anclaje cognitivo.

3.3.1. Tipos de intervenciones

Fisch, Weakland y Segal (1984) recalcan la necesidad de planificar cuidadosamente las intervenciones, clasificándolas en *principales y generales*.

Las principales –que requieren de un motivo de consulta consensuado y un diagnóstico claro, según lo antedicho– se dirigen a modificar específicamente el circuito de mantenimiento, revirtiendo lo que estos autores encontraron

como intentos básicos de solución en la práctica clínica. Los más frecuentes, en su experiencia, fueron: forzar algo que sólo puede ocurrir de un modo espontáneo; intentar dominar un acontecimiento temido aplazándolo; llegar a un acuerdo mediante una oposición; intentar conseguir sumisión a través de la libre aceptación y confirmar las sospechas de un acusador mediante la autodefensa.

Las *generales* son preparatorias y facilitadoras de las principales, y pueden implementarse en cualquier momento que se perciba como oportuno. Los autores mencionan: el no apresurarse a cambiar, mostrar los peligros de una mejoría, realizar un cambio en la dirección de lo que el terapeuta viene proponiendo y no funciona.

Como técnicas privilegiadas por el Modelo MRI de re-estructuración cognitiva, encontramos la ***re-formulación y el re-encuadre***. La primera, colocando a la conducta problema en una clase lógica diferente (“más que desobediencia esto se trata de una manipulación”); la segunda, refiriéndola específicamente a otro marco de referencia (por ejemplo: los hombres, la adolescencia, la nueva cultura posmoderna, etc.). Clarificando con un ejemplo, si una mujer considera a su marido “miserable” porque no le permite la administración de los gastos comunes, un terapeuta puede re-encuadrar esta conducta como: “los hombres acostumbran a ejercer la responsabilidad o cuidado por el presupuesto familiar”. Ambas alteran la interpretación otorgada primariamente por los consultantes, prácticamente las implementan todos los modelos de psicoterapia, y han sido ampliamente fundamentadas y descritas por Watzlawick en “Cambio. Formación y solución de los problemas humanos” (1980).

La experiencia acumulada a lo largo de muchos años nos ha enseñado que es necesario considerar algunas *cualidades* en las re-formulaciones/re-encuadres para que el nuevo significado sea aceptado, y también re-estructurante: necesitan *encajar con la experiencia* de los consultantes (serles verosímil), *respetar sus filosofías de vida y valores* (para lo cual es necesario registrarlos con anticipación), *resonarles afectivamente* (emocionarlos) e implicar realmente una *novedad coherente con el sentido del cambio deseado* (si espero como terapeuta que ambos padres del adolescente se pongan firmes frente a

sus intentos de descalificar la autoridad, no puedo pensar en re-definirlo como “pobrecito” o “necesitado de afecto y protección”, salvo que pueda construir en el lenguaje alguna relación lógica entre estos significados y la conducta deseada de firmeza).

El segundo tipo de intervenciones que privilegia este modelo refiere a **sugerencias** de conductas alternativas a las disfuncionales. Estas sugerencias, por implicar el uso de un lenguaje potencial y una actitud no imperativa por parte del terapeuta, siempre dejan a los consultantes la posibilidad de aceptarlas o no, sin desobedecer al terapeuta. Muchas veces los consultantes las reemplazan por alguna otra conducta análoga, diferente, pero de la misma clase de la sugerida por el terapeuta. Por ejemplo:

Terapeuta: Se me ocurre que podría ser útil, Carlos, que le diera a su mujer algún mensaje que pudiera ser interpretado por ella como una clara necesidad suya de tener algo especial con ella, un momento de encuentro que no fuera de los acostumbrados cotidianos: una cena en algún restaurante acogedor o una escapada corta a un spa, no sé...algo diferente pero íntimo, de Uds. dos.

Carlos: Sí, pienso en que si la invito a mi próximo viaje de trabajo, y le propongo quedarnos dos días después en la maravillosa ciudad de Buenos Aires, sería una buena idea. Le encanta el teatro y allí tenemos para elegir.

Este ejemplo muestra el tipo de lenguaje proposicional utilizado en las sugerencias por el terapeuta, como asimismo la propuesta del consultante no coincidente estrictamente con lo sugerido, pero que sigue la dirección buscada por aquél.

El tercer tipo de intervenciones para modificar el patrón de conductas disfuncionales se refiere a las **prescripciones**, sean *directas* (para ser obedecidas) o *paradojales* (para ser desobedecidas). Como su nombre indica, están enunciadas en lenguaje prescriptivo, como recetas a seguir u oponerse (en el caso de las paradojas), y pueden adoptar la forma de una acción simple, una tarea específica, o un ritual más elaborado.

*Un ejemplo de **prescripción simple**, en el mencionado caso de Pedro –el adolescente descontrolado– sería expresarles a los padres: “con un hijo tan fuerte y auto-determinado, no veo otra opción más que unirse con firmeza entre*

Uds., sentarse en el mismo banco, para darle un claro mensaje de que no tolerarán otra amenaza de su parte ni contra Uds. ni contra los hermanos, sin una consecuencia dolorosa. De lo contrario, este hijo seguirá “bailando” sobre la cabeza de ambos, sin darse cuenta por la inmadurez propia de su edad, de que se está arruinando el futuro”.

*Un **ritual** podría relacionar varias conductas de los padres, los hermanos y la abuela, antes de forzarlo a volver a su casa. En esa oportunidad cada miembro de la familia podría decirle que lo quieren mucho, que admiran su capacidad de luchar por sus objetivos, y le transmitirían –con palabras propias de cada uno– su necesidad de que no quedara desmembrado de la familia. A continuación cada uno debería expresarle un deseo intenso de que rescate la fortaleza y valores escondidos detrás de la falsa apariencia de “loco descontrolado”, que ya nadie cree. Recién entonces, padre y madre le darían el mensaje propuesto para la prescripción simple antes mencionada.*

Las **prescripciones paradójales**, son implementadas básicamente cuando el terapeuta percibe una marcada “resistencia” por parte de los consultantes a seguir sus directivas o la dirección necesaria para el cambio. En este sentido es que se espera que las desobedezcan, como manera de cooperar con dicha dirección. Generalmente ponen énfasis en las desventajas del cambio, como una prescripción del “no cambio”, explicando detalladamente por qué no conviene, a la vez que se da un mensaje de beneficio del cambio en otro nivel. Requieren de un estilo de comunicación no agresivo (ni sarcástico, ni burlón), y de la evaluación de que no exista riesgo para el PI ni los otros significativos, en caso de tomarse “al pie de la letra” (por ejemplo no conviene en intentos de suicidio, a menos que el terapeuta estuviera muy seguro de que se trata sólo de conductas amenazantes de manipulación).

Una prescripción paradójal posible a los padres de Pedro (el adolescente), podría consistir en indicar al padre no modificar la actitud de “doble mensaje”, con la ventaja de seguir manteniendo un vínculo ambiguo con el hijo, aunque esta forma de comunicación posiblemente modele al hijo, impidiéndole aprender a enfrentar conflictos en la vida y solucionarlos. A la madre, se le podría indicar que mantuviera una imagen de mujer débil, de manera de facilitarle a Pedro la búsqueda de una pareja con tendencia a

someterse, ya que probablemente encontrará en su camino a alguien de esa clase, aunque la relación pudiera terminar en los Tribunales por violencia. De todos modos, ella se ahorraría el esfuerzo de mostrarse firme, dispuesta a tolerar el enojo circunstancial de Pedro.

En los últimos años –probablemente por influencia de las terapias narrativas– Richard Fisch (2004) introdujo **las preguntas** como intervenciones terapéuticas, también posibles de ser implementadas para modificar el circuito de mantenimiento del motivo de consulta. Estas preguntas pueden adquirir la forma de *interrogaciones directas*: “¿Cómo consigue Ud. Pablo estar enojado, y a la vez mostrarse sonriente frente a los descontroles de Pedro?”; o *reflexivas*: “Me pregunto, ¿qué hará sentirse a Pedro autorizado a descalificar la autoridad materna?”; o *circulares*: “¿Cómo creen que Pedro percibe a sus hermanos y a sí mismo, cuando la madre debe interponerse entre él y ellos cuando se descontrola?”.

Como mencioné precedentemente, los terapeutas incluimos a lo largo del proceso terapéutico otras intervenciones que no están planificadas estrictamente para la ruptura del circuito de mantenimiento del motivo de consulta, pero que también son “terapéuticas” en el sentido de facilitar una actitud hacia el cambio por parte de los consultantes. A esta clase pertenecen las conductas de establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica desde el principio hasta el final del vínculo, y todas aquellas –verbales o no verbales– que abren pequeñas “ventanas de novedad” en las visiones o interacciones disfuncionales.

Por ejemplo, si a los padres de Pedro se les dijera bastante rápidamente “¡qué hijo fuerte que tienen!”, o “¡lo que debe estar sufriendo este chico sintiéndose el demonio de la familia!”, seguramente de manera temprana podrían comenzar a percibir cuán necesario es ayudarlo a controlarse, y/o los recursos que posee para cambiar.

3.3.2. El proceso terapéutico según el principio de economía

No siempre se implementan todos los tipos de intervenciones estrictamente terapéuticas. Es bueno recordar que *el principio de economía* de este modelo sugiere el mínimo cambio posible para el máximo beneficio. Las *consecuencias* más obvias de este principio, desde el punto de vista técnico,

son las siguientes:

1) *Intentar romper el circuito por quienes están más motivados a introducir un cambio en el circuito, y con poder para realizarlo.* Seleccionando el eslabón con estas cualidades, resulta más fácil y efectivo trabajar para cambiar la situación-problema. Esto nos permitió con Hirsch distinguir el “subsistema de impacto” (sobre el que actuar terapéuticamente), del “subsistema-problema” que involucra a todos los que significan la situación doliente e intentan resolverla sin éxito.

2) *Seleccionar de entre las intervenciones terapéuticas aquellas que más encajen con el estilo cognitivo, emocional, y de reacción de los consultantes.* En cualquier caso, la/s que el terapeuta elija, necesitan ser percibidas como interpretaciones aceptables por parte de los consultantes (encaje cognitivo), les tienen que “gustar o entusiasmar” (encaje afectivo), y las nuevas acciones propuestas verse como posibles de ser llevadas a la práctica, aún cuando pudieran implicar esfuerzo (encaje reactivo).

3) *Pactar con los consultantes una meta mínima, como pequeño cambio significativo para ellos.* Si éste se logra, es posible que comience un círculo beneficioso que reverbere en mayores cambios, a la vez que se construye un “índice de referencia” claro para que el terapeuta evalúe si el proceso está yendo en la dirección de su objetivo (revertir las soluciones fallidas) y de la terapia (aliviar el motivo de consulta).

Esta meta mínima se refiere a *algún aspecto parcial del motivo de consulta, o un logro acotado, pero que los consultantes perciban como un cambio significativo.* Por ejemplo, que un niño que se orina casi todos los días, deje de orinarse tres o cuatro veces en la semana, podría ser considerado como meta mínima a lograr, siempre y cuando los padres estén de acuerdo en que eso significa una mejoría. Otro ejemplo: si un paciente puntúa su angustia frente a los exámenes en 8 al comienzo de la terapia, necesita acordar con que puntuarla en 5 ó 6 sería un logro significativo, aunque quizás no todavía completo.

Lograr la meta mínima es un buen “síntoma” para que terapeuta y consultantes se sientan satisfechos con el rumbo que tomó la terapia, y el terapeuta confirme que va en la dirección correcta de modificación del

circuito de mantenimiento del problema. Luego se evaluará si ese logro es suficiente o no para los consultantes, pudiéndose recontratar nuevas metas progresivas y sucesivas.

Con una meta mínima co-construida (derivada de un motivo de consulta focal y concreto), un diagnóstico contextual/interaccional pertinente al circuito de mantenimiento, e intervenciones terapéuticas específicas implementadas, nos resta caminar conjuntamente con los consultantes hacia la evaluación de los efectos de éstas respecto al logro de la meta.

3.4. Evaluación y corrección del proceso terapéutico

Resulta indispensable, desde este modelo, un proceso terapéutico que focalice la mirada en observar cómo los consultantes van reaccionando a las sucesivas intervenciones del terapeuta, y cuál es el impacto de las mismas sobre el estado de la meta mínima consensuada, y consiguientemente, en la satisfacción o insatisfacción de quienes solicitan la terapia.

Dado que se trata de un modelo estratégico y breve, se hace adecuado comenzar las sesiones subsiguientes a la instrumentación de intervenciones específicamente terapéuticas, focalizándose en: “¿cómo están las cosas respecto a...?” (meta mínima pactada). De hecho esto no significa impedirles comentar espontáneamente cuestiones lindantes con el motivo de consulta (recordemos que la meta es un aspecto parcial del mismo), o comentarios referidos a cómo se sintieron en el lapso entre sesión y sesión, pero evitando “engancharse” con otros temas que puedan desfocalizar la mirada del terapeuta de su objetivo: evaluar el impacto de las intervenciones realizadas con el fin de modificar el circuito de mantenimiento del problema para aliviarlo.

Los terapeutas podemos enfrentar en estos momentos del proceso distintas alternativas:

1) *Que hayan seguido la dirección propuesta por el terapeuta, porque aceptaron las re-definiciones, o sugerencias, o cualquier otra intervención implementada.*

Si esto sucedió: ¿se logró la meta mínima propuesta, o al menos hay un índice de que van en camino de lograrla? En el ejemplo de la enuresis, quizás el niño no dejó de orinarse durante tres o cuatro días, pero disminuyó en un día respecto al síntoma habitual.

Un pequeñísimo cambio positivo, ya nos da idea de que nuestro diagnóstico ha sido acertado respecto al circuito de mantenimiento, y también de que los consultantes están permeables a la influencia terapéutica. No olvidemos que no todos son igualmente flexibles o “rápidos” para introducir conductas nuevas.

Frente a esta situación de cambio, sólo nos queda mantener la dirección implementada. En el ejemplo recientemente mencionado, podría ser que continúen dejando al niño “explotador” a cargo de sus sábanas mojadas, sin que nadie se levante de noche a cambiarlo. Quizás los padres necesiten alguna explicación adicional o un estímulo para ser más coherentes en sus nuevas interacciones, pero cuidando el terapeuta de no modificar la dirección iniciada, que comenzó a ser efectiva.

Si no hubo un cambio positivo, a pesar de la “obediencia” de los consultantes, el terapeuta necesita reconsiderar su diagnóstico y/o sus intervenciones. O el diagnóstico no se refiere al circuito de mantenimiento del motivo de consulta (a veces pasa que el terapeuta intenta modificar interacciones que a él le parecen disfuncionales “per se”, y nada tienen que ver con el mantenimiento del motivo de consulta), o las intervenciones no tienen la cualidad de reestructurantes del circuito (son de la clase “más de lo mismo”).

2) *Que hayan rechazado la dirección propuesta por el terapeuta, no asimilando sus intervenciones terapéuticas.* En este caso, es necesario revisar los motivos del rechazo:

Podría ser que la meta mínima haya sido aceptada sólo aparentemente, y por lo tanto se necesite volver a negociar, o incluso que quieran modificar el motivo de consulta. Si se trata de esto último, se hace necesario evaluar cuidadosamente si realmente traen un nuevo motivo de consulta. Suele suceder que sea necesario pactar un nuevo motivo de consulta tanto cuando el malestar refiere a temas “íntimos” (que solamente después de un vínculo de confianza establecido se animan a plantear), como también a sucesos acaecidos entre sesión y sesión que son más preocupantes que el establecido previamente.

Pero en algunos casos, el planteamiento del cambio es una estrategia de desfocalización o “escape” frente a un problema específico y el esfuerzo de solucionarlo, o simplemente puede tratarse de consultantes que tienen mucha dificultad para mantenerse centrados en un foco, y saltan de “problema en

problema” sin darse la oportunidad de resolver ninguno. Si nos encontramos con la situación de que surge un nuevo problema valedero, seguramente habrá que co-construir un nuevo motivo de consulta, su respectivo diagnóstico contextual, e intervenciones pertinentes. En los otros casos, es importante que el terapeuta ayude a mantener el foco con alguna flexibilidad, de modo que haga aceptable para los consultantes tratar el ya consensuado.

Podría suceder que *las intervenciones del terapeuta no hayan resultado asimilables*, ya sea porque su contenido no encajó con sus posiciones o cultura, o porque las nuevas acciones propuestas no encajan en el repertorio posible o deseable de los consultantes. En cualquiera de estas situaciones, habrá que modificar *lo que se dice*, o *cómo se dice*, para hacer posible que los consultantes puedan asimilar y poner en acto la intervención del terapeuta.

En el ejemplo mencionado precedentemente de la mujer con un marido “miserable”, podría pasar que sus convicciones feministas le impidieran aceptar la re-definición de “los hombres acostumbra a ejercer la responsabilidad o el cuidado por el presupuesto familiar”, pero le resultara aceptable que “todavía se necesita que la cultura se transforme en mayor grado para que siendo hombre pueda darse cuenta de que las mujeres también son buenas administradoras”.

En todos los casos, el terapeuta necesita confirmar o corregir sus intervenciones específicas o generales en relación al feedback de los consultantes, y el logro del objetivo terapéutico. Esto se hace concretamente, observándolos y observándose, escuchando activamente y escuchándose a sí mismo de forma permanente, desde el inicio hasta el fin de la relación terapéutica.

A este respecto, me parece estupenda la formulación de Celia Elzufan (1989) de considerar al terapeuta “como un junco”, como alguien en quien se requiere de una gran dosis de flexibilidad para acomodarse y re-acomodarse a los distintos tipos de consultantes y problemas. De la misma manera, considero sumamente relevantes los aportes de Donald Schön (1992), cuando sostiene que un profesional necesita implementar el pensamiento reflexivo “en la acción” y “sobre la acción” –amén de su conocimiento teórico y técnico– cuando trabaja para resolver un problema de su área de competencia.

Como expuse al inicio del capítulo, la propuesta de los creadores del modelo fue considerar para los tratamientos un máximo de 10 sesiones de una hora, distribuidas una vez por semana. La experiencia clínica confirma en general esta sugerencia, como asimismo muestra que con algunos problemas y/o consultantes flexibles y activos, pueden implementarse exitosamente un menor número de sesiones. También es factible decidir *otro plazo* entre sesión y sesión (por ejemplo, un intervalo de 15 días o más, con el fin de otorgar tiempo al aprendizaje y práctica de nuevas conductas asimiladas), u *otra frecuencia* (por ejemplo, más de una sesión semanal, en casos de presencia de montos importantes de ansiedad, o riesgo, para el PI u otros relacionados).

3.5. Cierre del tratamiento

En una terapia breve y focalizada en la resolución de un problema específico, la terminación del tratamiento no es un tema demasiado relevante: “no se da la sensación de que el paciente se separe desgarradoramente del tratamiento, o quede navegando al garete obligado a valerse por sí mismo” (Fisch, Weakland y Segal, 1984, pág. 197).

Es esperable que el problema se solucione o alivie *en la percepción del consultante*, y por lo tanto se haya logrado el objetivo terapéutico. También puede suceder que solamente con el logro de la meta mínima, queden satisfechos. Cuando así se dan los hechos, generalmente *consultante y terapeuta acuerdan* que ha llegado la hora de terminar, dejando el terapeuta abierta la posibilidad de otro/s encuentro/s como sesiones que quedan “reservadas en un banco”.

Pero en algunos casos los pacientes pueden retirarse del tratamiento no satisfechos, *comunicando o no* al terapeuta que no regresarán. En caso de que planteen su disconformidad, no es conveniente que éste defienda su posición, sino que acuerde con los consultantes en que se hizo todo lo posible por ambas partes, sin los resultados esperados. Tampoco conviene que dé el nombre de otro terapeuta, dado que la experiencia negativa vivida podría contaminar la próxima relación terapéutica.

La interrupción de la terapia por parte de los consultantes sin anuncio, no siempre significa fracaso del tratamiento. Esto puede evaluarse algunos meses después, con el buen hábito de un seguimiento post-terapia. No olvidemos que

un formato breve de terapia – y centrado en un mínimo cambio, esperando que el sistema aprenda y reverbere en nuevas conductas funcionales– facilita una actitud proactiva de los consultantes. En muchos casos sucede que los consultantes continúan por sí mismos en circuitos beneficiosos, sin conocimiento por parte del terapeuta.

También éste puede decidir unilateralmente el cierre de la terapia, porque considera la estrategia de “mejor dejarlos solos” (esperando que alguna intervención tenga mayor efecto, con tiempo de procesamiento), o porque en su experiencia puede prever que si ya no se dio algún cambio significativo, difícilmente pueda lograrse algo mejor. En la última década, numerosas investigaciones sobre efectividad en psicoterapia en general, muestran que el éxito en las terapias correlaciona con sensación de cambio en los estadios iniciales del tratamiento (Lambert, 2002; Miller et al., 2004).

4. Lecturas recomendadas

Me parece importante –y más aun, inevitable– acceder a la lectura de *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas* (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1981), *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1980), y de *La táctica del cambio* (Fisch, Weakland y Segal, 1984). Estas obras asientan y desarrollan las bases epistemológicas, teóricas y técnicas del Modelo del MRI de Palo Alto.

La lectura del más reciente libro *Cómo equivocarse menos en terapia* (Casabianca y Hirsch, 2009), permitirá acceder a fichas de registro del proceso terapéutico desde el inicio al fin –incluyendo la evaluación post-terapia– y también al tema de cómo construir “buenos problemas para terapia”, que se halla escasamente desarrollado en otros textos de terapia focalizada en resolución de problemas.

Bibliografía

CASABIANCA, R. y HIRSCH, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia.*

Un registro para el modelo MRI. 3ª ed. (ampliada y corregida). Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.

CASABIANCA, R. (2012). *Los miedos, fobias y ansiedades infantiles desde una perspectiva sistémica.* Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.

ELZUFAN, C. (1989). *El terapeuta como junco.* Buenos Aires: Nadir Ed.

- FEIXAS, G. (2000). *El modelo sistémico en terapia familiar*. Barcelona: CD Producción Psimedia, Recursos multimedia en Psicología.
- FISCH, R. (2004). "So what have you done later? MRI Brief Therapy". *Journal of Systemic Therapies*, 23 (4), 4-10.
- FISCH, R., WEAKLAND, J. & SEGAL, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- HIRSCH, H. y ROSARIOS, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales. La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir Editores.
- KELMANOWICS, V. (2011). "El modelo sistémico de la terapia". En FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, H. (Comp.). *Paisajes de la Psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*, pág. 165-190. Buenos Aires: Polemos.
- KOPEC, D. y RABINOVICH, J. (Comp.) (2007). *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires: Ed. Dunken.
- LAMBERT, M. (2002). "Improving psychotherapy outcomes for poorly reporting clients via measuring, monitoring and feed-back". *Presentación a la Primera Conferencia Bi-anual: Heart and Soul of Change*. Toronto. Canadá.
- MARUYAMA, M. (1963). "The Second Cybernetics Deviation-Amplifying Mutual Causative Processes". *American Scientist*, 51, 164-179.
- MILLER, S., DUNCAN, B. y HUBBLE, M. (2004). "Beyond Integration: The Triumph of Outcome over Process in Clinical Practice". *Psychotherapy in Australia*, 10 (2), 1-19.
- NARDONE, G. y WATZLAWICK, P. (1990). *El arte del cambio. Manual de Terapia Estratégica e Hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder.
- SCHÖN, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.
- SLUZKI, C. (1993). "El contexto de gestión de 'Teoría de la Comunicación Humana': Una reminiscencia personal". *Cuadernos de Terapia Familiar*, 23-24, pág. 19-26.
- SPRENCKLE, D., DAVIS, S. y LEBOW, J. (2009). *Common Factors in Couple and Family Therapy. The Overlooked Foundation for Effective Practice*.

Nueva York: The Guilford Press.

WATZLAWICK, P. (1980). *El lenguaje del cambio. Nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Barcelona: Herder.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. y JACKSON, D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

WATZLAWICK, R., WEAKLAND, J. y FISCH, R. (1980). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. 2ª Ed. Barcelona: Herder.

WEAKLAND, J., FISCH, R., WATZLAWICK, P. y BODIN, A. (1974). "Brief Therapy: Focused Problem Resolution". *Family Process*, 13 (2), 141-168.

WENDER, P.H. (1968). "Vicious and Virtuous Circles: The Role of Deviation-Amplifying Feedback in the Origin and Perpetuation of Behavior". *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 31 (4), 309-324.

1 . Considérense adicionalmente los factores "no-específicos" y los "factores comunes" a cualquier terapia exitosa