

Giorgio Nardone
Claudette Portelli

Conocer a través del cambio



La evolución de la
terapia breve estratégica

Herder

CONOCER A TRAVÉS DEL CAMBIO

GIORGIO NARDONE
CLAUDETTE PORTELLI

CONOCER A TRAVÉS DEL CAMBIO

La evolución de la terapia breve estratégica

Traducción: Jordi Bargalló Chaves

Herder

Título original: Knowing through changing, *publicado por Crownhouse, Carmathen*
Traducción: Jordi Bargalló Chaves
Diseño de la cubierta: Gabriel Nunes

© 2005, *Giorgio Nardone y Claudette Portelli*
© 2006, *Herder Editorial, S.L., Barcelona*

1ª edición, 2ª impresión

ISBN: 978-84-254-2497-6

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.

Imprenta: Servicepoint
Depósito legal: B - 12.249 - 2012
Printed in Spain – Impreso en España

Herder

www.herdereditorial.com

ÍNDICE

Prefacio	9
CAPÍTULO 1	
TEORÍA ESTRATÉGICO-CONSTRUCTIVISTA DEL <i>PROBLEM-SOLVING</i>	11
CAPÍTULO 2	
LA GENEALOGÍA DE LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA	19
Terapia como investigación, investigación como terapia	26
CAPÍTULO 3	
EL MODELO AVANZADO DE TERAPIA ESTRATÉGICA	33
CAPÍTULO 4	
PRAXIS CLÍNICA: LAS FASES DE LA TERAPIA	45
Esquema secuencial del modelo avanzado	49
CAPÍTULO 5	
LA PRIMERA SESIÓN: EL DIÁLOGO ESTRATÉGICO ..	57
CAPÍTULO 6	
ESTRATEGIAS AVANZADAS	75
Trastornos fóbicos y de ansiedad	78
<i>Ataques de pánico con agorafobia</i>	78
<i>Trastornos obsesivo-compulsivos</i>	86
<i>Dismorfofobia</i>	93

Depresión	102
Trastornos de la alimentación	123
<i>Anorexia nerviosa</i>	123
<i>Síndrome del vómito/bulimia nerviosa</i>	132
<i>Comilonas</i>	137
Patologías del bloqueo de la actuación	150
Problemas de conducta en niños	155
<i>Conducta provocativa y de oposición</i>	156
<i>Mutismo selectivo</i>	157
<i>Enuresis</i>	158
<i>Eliminación de etiquetas patológicas</i>	159
Presunta psicosis	175

CAPÍTULO 7

INTEGRAR LA CIENCIA EN LA PRÁCTICA	191
Ciencia y práctica: la investigación en el campo clínico	193
Nuestra metodología	210
<i>El enfoque de la intervención acción-investigación</i>	210
<i>Protocolos de intervención</i>	212
<i>Intervención y medición de resultados</i>	214
<i>Eficacia + eficiencia = efectividad</i>	217
Las perspectivas de la terapia breve estratégica	220
ANEXO	221
Bibliografía	223
Índice	243

PREFACIO

Conocer a través del cambio es una obra maestra que presenta la culminación de dos décadas de progresos en psicoterapia. El profesor Nardone y sus colegas, utilizando el innovador enfoque de la terapia breve estratégica, han desarrollado unos protocolos de tratamiento altamente efectivos y refinados para las psicopatologías más difíciles. De la anorexia, el trastorno obsesivo-compulsivo y la agorafobia a la paranoia, los problemas de relación y los niños difíciles, la terapia breve estratégica ha resultado más efectiva que las mejores psicoterapias utilizadas en todo el mundo. El enfoque comporta usar la propia lógica de los pacientes para ayudarlos a superar sus problemas, liberándolos de una larga discapacidad y dependencia farmacológica. Como el arte marcial del *aikido*, la terapia breve estratégica permite al terapeuta utilizar la fuerza de la resistencia del paciente para derrotar psicopatologías enraizadas. Cuando se emplean estas técnicas, pueden surgir aparentemente efectos milagrosos en una o dos sesiones, incluso con síntomas que han persistido, a pesar de la medicación, durante años de terapia tradicional. El tratamiento completo tiene una media de unas 10-15 sesiones.

Este libro presenta los procesos terapéuticos de los diferentes tipos de problemas con el fin de demostrar que las estrategias correctas, aplicadas en el orden sistémico correcto, pueden crear cambios positivos permanentes sin desplazamiento del síntoma o recaídas. El enfoque se apoya en años de investigación empírica que ha sido rigurosamente dirigida en Italia por el profesor Nardone y sus colegas.

El enfoque está resumido de forma clara para demostrar que los protocolos están lo suficientemente estructurados para facilitar el aprendizaje del terapeuta y proporcionar una aplicación consistente y replicable para pacientes específicos, y también son lo bastante flexibles para permitir su adaptación ante prácticamente cualquier problema.

Conocer a través del cambio es una gran obra sobre el tema, de lectura obligada para cualquier profesional de la psicoterapia.

El profesor Nardone ha dado un paso adelante que hemos de seguir y nos estimula a continuar en una nueva era de tratamientos para las enfermedades mentales altamente efectivos y eficientes.

Chad Hybarger Psy.D., MFT
Director Clínico
San Diego Youth & Community Services
San Diego, California

CAPÍTULO 1

TEORÍA ESTRATÉGICO-CONSTRUCTIVISTA DEL *PROBLEM-SOLVING*

*Una buena práctica
no existe sin
una buena teoría.*

LEONARDO DA VINCI

El arte de cambiar situaciones problemáticas aplicando intervenciones estratégicas que inician círculos virtuosos que, a su vez, reemplazan círculos viciosos forma parte de una tradición milenaria. En otras palabras, las intervenciones de *problem-solving estratégico* no son ciertamente una novedad. Encontramos ilustres ejemplos en la antigüedad, en las tradiciones de ambas culturas, la occidental y la oriental.

Hemos de destacar que nuestra utilización del término *problem-solving estratégico* se refiere a un particular modelo de *problem-solving*, que se basa en una epistemología y una lógica altamente avanzadas que distinguen este modelo de otros.

Una historia islámica muy conocida nos puede ayudar a clarificar las premisas de la *lógica estratégica*, así como cuál debería ser el rol del *problem solver estratégico*.

Se dice que Alí Babá, a su muerte, dejó una herencia de treinta y nueve camellos a sus cuatro hijos, estipulando que la mitad de los camellos fueran para su hijo mayor, la cuarta parte para su segundo hijo, la octava para el tercero y la décima para el hijo más joven. Los cuatro hijos comenzaron de inmediato una intensa discusión sobre el testamento: ¿cómo se podía dividir treinta y nueve camellos de aquella manera? Mientras los hijos discutían animosamente cómo solucionar el dilema, un sufí (un sabio errante) pasó por casualidad montado en su camello. Escuchó su problema y decidió ayudar-

los. Se bajó de su camello y lo añadió a los otros treinta y nueve. Entonces, ante la mirada atónita de los hermanos, comenzó a dividir los camellos: veinte para el mayor, diez para el segundo, cinco para el tercero y cuatro para el más joven. Luego, volvió a subirse a su camello y se alejó, dejando mudos de asombro a los hermanos.

Escuchar esta historia debería dejarnos asombrados, como a los cuatros hermanos, si la división de los camellos hubiera sido posible por alguna intervención mágica. Sin embargo, en la actualidad, este hombre sabio no llevaría a cabo ningún tipo de magia: aplicaría sencillamente una rigurosa lógica matemática, añadiendo una x variable (tal como se permite en las ecuaciones matemáticas) a fin de hacer posible una operación de otro modo imposible. Al final de esta operación, todo lo que hizo fue quitar su x variable, es decir, el cuadragésimo camello, que era el suyo propio. Esta rigurosa clase de lógica posibilita dar una solución sencilla a un problema aparentemente complicado que parecía imposible resolver desde la perspectiva de la lógica aristotélica tradicional, que depende de las premisas de «verdadero o falso» o «tercer excluido».

Creemos que la historia de los treinta y nueve camellos es una buena metáfora para la actitud de un buen *problem solver* estratégico. Como el sabio errante de la historia, los modernos *técnicos del cambio*, que se disponen a alcanzar un objetivo, aplican sus herramientas y destrezas profesionales, y entonces las retiran, iniciando un proceso de cambio que llevará a la evolución del sistema. Sin embargo, las estrategias del *problem solver* no son el producto de un repentino estímulo de creatividad: se basan en la aplicación de un modelo lógico de intervención riguroso y preciso. Más específicamente, la solución estratégica de problemas se basa en una rama especializada de la lógica matemática conocida como lógica estratégica (Elster, 1979, 1985; Da Costa, 1989a, 1989b; Nardone, Salvini, 1997; Nardone, 1998; Nardone et al., 2000).

Una de las características que distingue la lógica estratégica de las otras clases tradicionales de lógica es que hace posible desarrollar modelos de intervención que se basan en objetivos preestablecidos y en las características específicas del problema, más que en rígidas y preconcebidas teorías. En otras palabras, no seguimos ciegamente perspectivas rígidas y deterministas que dictan cómo hay que proceder y pretenden proporcionar, *a priori*, una descripción exhaustiva del fenómeno en cuestión.

De hecho, incluso las más sofisticadas teorías pueden, si son altamente deterministas y absolutistas, llegar a ser unas potentes lentes que deformen la realidad a la que se aplican —en detrimento de intervenciones verdaderamente efectivas—, puesto que la estrategia adoptada puede estar más fuertemente influenciada por la teoría de referencia que por las características del problema que se ha de resolver.

Schopenhauer señaló la influencia ejercida por la teoría y los modelos en las relaciones de la gente con las realidades a las que se enfrentan. Desde el principio de indeterminación de Heisenberg hasta la moderna epistemología constructivista, ha quedado cada vez más claro lo poderosa que puede ser una determinada teoría en la interpretación de los fenómenos a los que se aplica. «Son las teorías las que determinan lo que podemos observar», dijo Einstein en los años treinta.

Aunque esta conciencia ahora es universal dentro de la moderna filosofía de la ciencia, la mayoría de los actuales enfoques teóricos y metodológicos en psicología y psiquiatría, así como en psicoterapia, aún se basan en teorías fuertemente descriptivas y normativas. Por el contrario, nuestro enfoque estratégico opera en la premisa de que debe rechazarse cualquier teoría fuerte que establezca *a priori* estrategias o intervenciones. Por lo tanto, evitamos definir la naturaleza de las cosas, o intentar determinar un modo de intervención definitivo, universal. Es siempre la solución la que se adapta al problema y no al contrario, como en los modelos más tradicionales de psicología clínica y psicote-

rapia. En resumidas cuentas, la lógica estratégica necesita ser flexible e intenta adaptarse a su objeto de estudio.

Nuestro enfoque tiene sus raíces en la moderna epistemología constructivista, según la cual no existe ontológicamente una «verdadera» realidad, sino diversas realidades subjetivas que varían de acuerdo al punto de vista que se adopta. Se considera la realidad como el producto de la perspectiva, los instrumentos del conocimiento y del lenguaje por el cual percibimos y comunicamos (Salvini, 1988).

En consecuencia, el valor de una teoría depende de su capacidad para concebir una auténtica intervención medida en términos de eficacia y eficiencia para solucionar problemas. Al abandonar las tranquilizadoras tesis positivistas de la existencia de un conocimiento de la realidad «científicamente verdadero», en las intervenciones estratégicas estamos preocupados por identificar los caminos de conocimiento y actuación más «funcionales», por ejemplo, aumentando lo que Von Glasserfeld (1984) llamó «conciencia operativa».

Un psicoterapeuta estratégico no está interesado en descubrir profundas realidades y el *porqué* de las cosas, sino solamente *cómo* funcionan las cosas y *cómo* hacerlas funcionar lo mejor posible. Nuestra primera preocupación es adaptar nuestro conocimiento a las «realidades» parciales en las que necesitamos trabajar, desarrollando estrategias que se basan en objetivos que se han de alcanzar, que puedan adaptarse paso a paso a las evoluciones de la «realidad».

Incrementar nuestra conciencia operativa, por tanto, significa dejar en un segundo plano la búsqueda de las causas de los eventos y concentrarse, en cambio, en aumentar nuestra capacidad en el manejo estratégico de la realidad que nos rodea, con el fin de alcanzar nuestros objetivos. Por lo tanto, el primer paso es evitar adoptar posiciones deterministas. Lo hacemos al tomar como punto de salida nuestras observaciones iniciales de la realidad para intervenir sobre ella. Para ello, hemos de orientar nuestro método de investigación hacia el cambio, empezando con las cuestiones que nos planteamos.

De acuerdo con Wittgenstein (1980), el lenguaje que utilizamos a su vez nos utiliza, en el sentido de que los códigos lingüísticos que empleamos para comunicar la realidad son los mismos que utilizamos en la representación y elaboración de nuestras propias percepciones. Esto significa que diferentes lenguajes conducen a diferentes representaciones de la realidad.

Si se plantea una cuestión utilizando un código lingüístico en lugar de otro, esto no deja de tener consecuencias, porque el tipo de cuestión planteada siempre determina el tipo de respuesta que se da.

Para tener un cambio *estratégico*, no podemos, por lo tanto, utilizar un código lingüístico que se base en la reconstrucción causal: tenemos, en cambio, que usar un código que se enfoque en el proceso de cambio. Los psicólogos y/o los psiquiatras que utilizan unos particulares criterios de diagnóstico para analizar una determinada realidad observarán una patología que es consecuente con estos criterios. En otras palabras, no «conocerán» un fenómeno, sino que lo «reconocerán» porque su método de investigación está distorsionado por rígidos códigos de lenguaje y representación. Como observó Kant, muchos de nuestros problemas derivan, no de las respuestas incorrectas que nos damos, sino de las preguntas incorrectas que nos hacemos.

Basándonos en lo que hemos dicho hasta ahora, reemplazaremos también la pregunta «¿por qué?», que se refiere a un proceso lineal de causalidad, por la pregunta «¿cómo funciona?». Al preguntarnos cómo «funciona» una determinada situación, evitamos fijar la mirada en «la parte culpable» y, en cambio, nos centramos en lo que determina la persistencia de un particular equilibrio y en cómo dicho equilibrio puede modificarse. Esto implica enfocar nuestra observación en la persistencia de un problema más que en su formación, porque es en la persistencia de un problema donde podemos intervenir, no en su pasada formación. Como el lector comprenderá fácilmente, esta es en apariencia mínima diferencia de

enfoque es actualmente un aspecto crucial que distingue y caracteriza el proceso estratégico de *problem-solving*.

Por lo tanto, el enfoque estratégico representa el paso de un tipo de conocimiento que pretende describir la realidad de las cosas (conocimiento positivista y determinista) a un conocimiento operativo (conocimiento constructivo) que nos permite manejar la realidad lo más funcionalmente posible (Nardone, 1998).

Desde este punto de vista, el psicoterapeuta actúa según el consejo del antiguo budismo Zen, que identifica dos tipos de verdad: «verdades de esencia» y «verdades de error». Las primeras, «verdades transcendentales», solamente pueden ser alcanzadas en el más allá, a través de la «iluminación»; las de segundo tipo, «herramientas instrumentales», son útiles para construir y llevar a cabo proyectos en el mundo de los objetos y apariencias. Cada «verdad de error» falla tras ser utilizada y ha de ser reemplazada por otras «verdades de error», que varían según los casos, en virtud de realidades cambiantes a las que nos hemos de enfrentar continuamente todos los seres vivos (Watzlawick y Nardone, 1997).

El terapeuta estratégico, por tanto, debería compararse a un experto marino en medio del océano, que intenta predecir y planificar sus acciones basándose en las condiciones actuales del mar. Necesita planificar lo inesperado y estar preparado para tratar con ello, confiando en su «conciencia operativa», no en tener el control absoluto de los eventos. Además, el marino no conoce ni puede conocer las verdades profundas que contiene el mar, ni las razones de sus cambios. Sin embargo, con el conocimiento de que dispone, que se limita al «saber cómo», atraviesa los océanos y aguanta las tempestades, adaptando siempre sus acciones a los acontecimientos actuales (Nardone, 1991).

CAPÍTULO 2

LA GENEALOGÍA DE LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA

*El sendero de nuestra vida
es como un mosaico,
no podemos reconocerlo ni juzgarlo
hasta estar a una cierta distancia de él.*

ARTHUR SCHOPENHAUER

El primer modelo de terapia breve estratégica fue formulado por un famoso grupo de científicos en el Mental Research Institute de Palo Alto (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Weakland et al., 1974). Estos investigadores sintetizaron los resultados de su propia investigación sobre comunicación y terapia familiar con las contribuciones técnicas sobre hipnoterapia de Milton Erickson. El resultado fue un modelo sistemático de terapia breve que podía ser aplicado a una amplia variedad de trastornos, con resultados verdaderamente sorprendentes.

Sin embargo, la tradición pragmática y la filosofía de la estratagema como una clave a la solución de problemas tienen una historia mucho más antigua. Estrategias que aún parecen modernas pueden hallarse, por ejemplo, en las artes persuasivas de los sofistas, en las antiguas prácticas de budismo Zen, y en el arte chino de la estratagema, así como en el antiguo arte griego de la Metis.¹

Desde los años setenta, la terapia breve se ha propagado casi como una epidemia, a pesar de alguna resistencia de autores ligados a las teorías y a la práctica clínica tradicio-

1. La tradición griega de la astucia, de la audacia y de las capacidades. Ha sido renovada por sus poderes de sabiduría práctica.

nal. Algunos investigadores y terapeutas han hecho que este enfoque sobre los problemas humanos y sus soluciones sea internacionalmente conocido (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Weakland et al., 1974; De Shazer, 1982, 1984, 1985, 1988; Haley, 1963, 1976; Madanes, 1990, 1995; Nardone, 1991, 1993, 1995, 2004; Nardone y Watzlawick, 1990; Zeig y Gilligan, 1990; Cade, O'Hanlon, 1993; Bloom, 1995; Watzlawick, Nardone, 1997; Nardone, 2000; Nardone, Rocchi, Giannotti, 2001; Nardone, Watzlawick, 2004).

La terapia breve estratégica se ha desarrollado, por lo tanto, desde sus primeras formulaciones hasta ahora, inicialmente en tendencias marcadas por las ideas y la personalidad carismática de algunos importantes autores; después cambió mostrando modelos diferenciados, los cuales, aunque manteniendo una base teórica común, llegaron a caracterizarse como modelos clínicos y técnicas de intervención.

Para evitar tediosas repeticiones, ya que existen numerosos libros publicados sobre este aspecto, preferimos esquematizar la primera evolución de los enfoques estratégicos con una tabla (véase figura 2.1), una especie de árbol genealógico de la terapia breve.²

Como se ve en la figura 2.1, el enfoque de la terapia breve estratégica basado en procedimientos de intervención estratégica, desde las primeras experiencias de Erickson en adelante, tiene una evolución que se bifurca caracterizada por el gran énfasis dado por los autores de los modelos principales a algunas asunciones o técnicas específicas que marcaron sus características.

2. A fin de evitar que el texto sea demasiado aburrido, se ha prescindido de las fechas y las citas de los autores de publicaciones en la historia de la terapia breve. Solamente para ello hubieran sido necesarias algunas páginas extras. El lector interesado puede hallarlas en la completa colección de ensayos sobre el tema ofrecida por el libro —repleto de bibliografía precisa— de Giorgio Nardone y Paul Watzlawick (2004), *Terapia Breve Estratégica*.

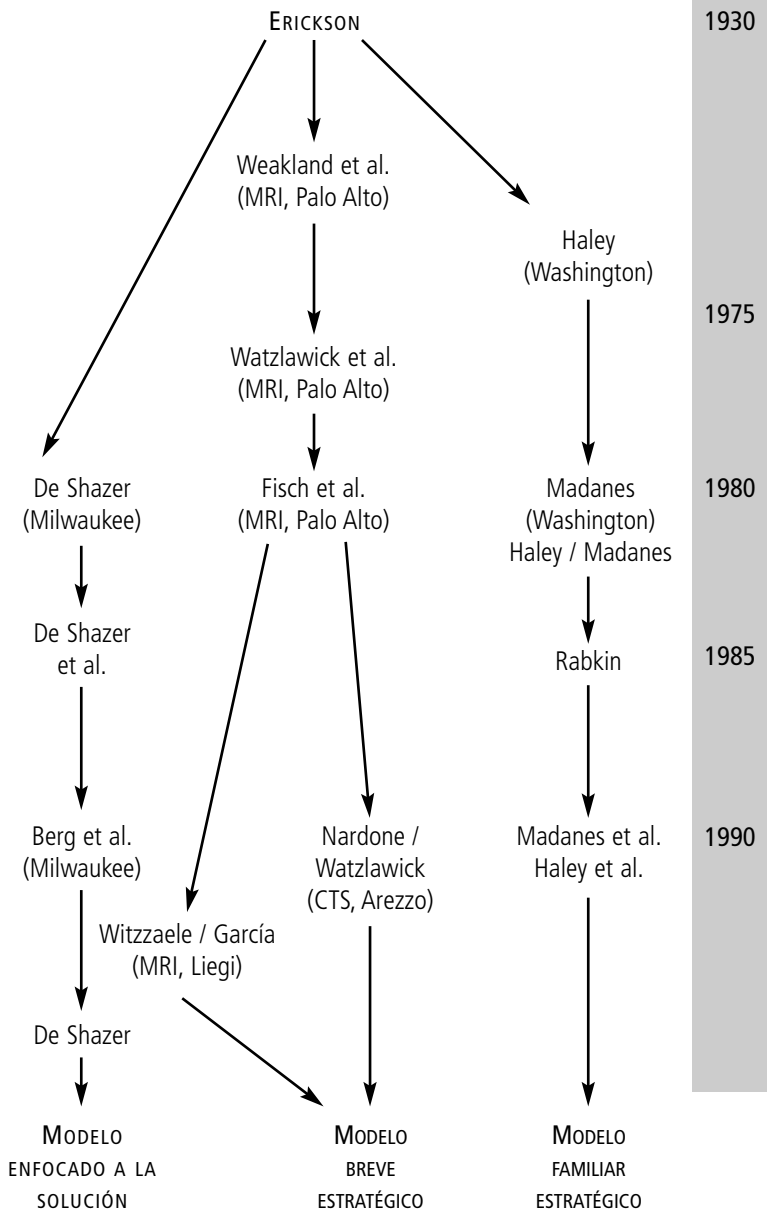


Figura 2.1. La genealogía

El grupo de Palo Alto enfocó su atención en el círculo vicioso de la persistencia del problema. Este estudio llevó al grupo a comprender que había necesidad de intervenir e idear maniobras para detener y reorganizar las soluciones intentadas disfuncionales de las personas, las cuales mantenían y empeoraban el problema. Al mismo tiempo encontramos la instrucción comunicativa del modelo de Haley y sus intervenciones por reorganizar los juegos de poder dentro de la jerarquía familiar y las dinámicas comunicativas, y el trabajo llevado a cabo por el grupo de Milwaukee al crear soluciones enfocando la «excepción» al problema, con independencia de su formación o persistencia. A la primera fase de la evolución, que duró más de veinte años, hasta fines de los ochenta y principios de los noventa, le siguió un periodo histórico caracterizado por los intentos de ciertos autores de juntar enfoques que resumieran las contribuciones más significativas que venían de los tres modelos tradicionales de terapia breve. Después de esta fase, caracterizada por una síntesis teórica y orientada a la aplicación, los años siguientes fueron testigos del desarrollo de más técnicas específicas con directrices más enfocadas.

En particular, nosotros destacamos la tendencia de los estudios aplicados de específicas estrategias de terapia que no eran únicamente técnicas para formas recurrentes de resistencia al cambio, sino planes estratégicos de una secuencia terapéutica articulada y estudiada a propósito para patologías particulares. También por esta razón, queremos insertar otro árbol genealógico de terapia breve que surge del modelo de Milwaukee, del modelo de Palo Alto y del modelo de Washington.

De la figura 2.2 podemos tener la representación esquemática de cómo del enfoque de Haley-Madanes se desarrolló la terapia para los abusos sexuales y trastornos relativos a la violencia; del modelo de De Shazer podemos observar la evolución del tratamiento para las adicciones a las drogas y el alcohol; del primer punto de vista de Palo Alto y de los enfo-

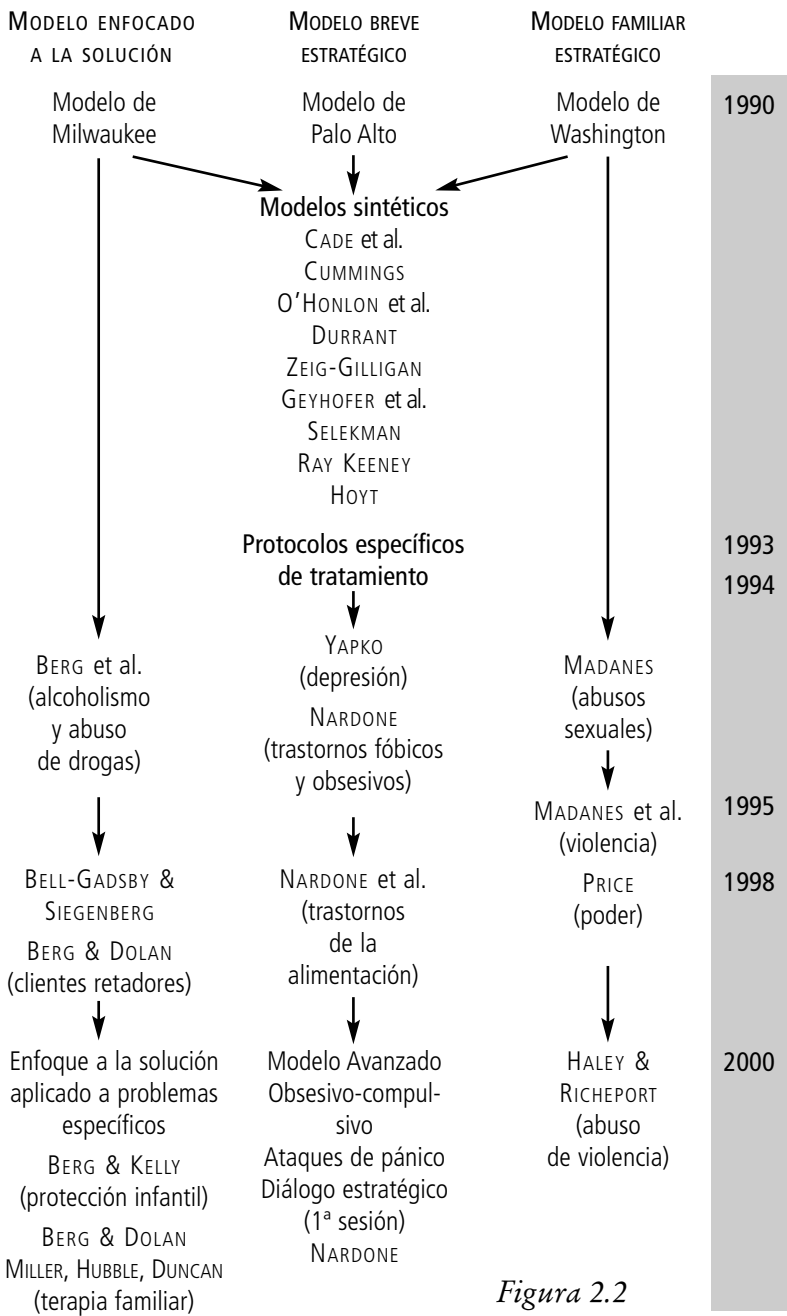


Figura 2.2

ques sintéticos, Nardone desarrolló protocolos terapéuticos para trastornos fóbico-obsesivos y trastornos de la alimentación, y recientemente ha desarrollado el diálogo estratégico, que transforma la primera sesión clínica en una auténtica intervención en lugar de una reunión explicativa.

En este punto, después de haber presentado una sencilla explicación del desarrollo, desde las primeras imprecisas formulaciones ericksonianas hasta la construcción de auténticos, teóricos, modelos de aplicación y sus consiguientes evoluciones, podemos ahora llevar más adelante nuestro trabajo: es decir, la exposición del modelo de terapia breve estratégica avanzada, desarrollado por el grupo del CTS (Centro de Terapia Estratégica) de Arezzo, dirigido por uno de los autores, Giorgio Nardone. Este trabajo fue realizado primero bajo la supervisión de John Weakland y Paul Watzlawick, y después fue desarrollado por Giorgio Nardone, que introdujo una metodología específica de investigación, hacia la formación de un enfoque avanzado que se caracterizaba por protocolos específicos de tratamiento para los diversos tipos de patologías.

TERAPIA COMO INVESTIGACIÓN, INVESTIGACIÓN COMO TERAPIA

Desde 1985, por medio de un método empírico experimental, el Centro de Terapia Estratégica de Arezzo, Italia, llevó a cabo investigaciones para el desarrollo de modelos avanzados de terapia breve estratégica orientada a la solución. Los resultados más importantes han sido la formulación de protocolos para el tratamiento de específicos tipos de trastorno mental —principalmente trastornos fóbico-obsesivos y trastornos de la alimentación (Nardone y Watzlawick, 1993; Nardone, Verbitz y Milanese, 1999)— con resultados de alta eficacia y eficiencia, científicamente reconocidos como los más altos en el campo de la psicoterapia (87% de casos solucionados con una duración media de siete sesiones).

La idea clave fue desarrollar, a partir de los modelos generales de terapia, protocolos específicos de tratamiento para patologías particulares, por ejemplo, secuencias rigurosas de maniobras terapéuticas con fuerza heurística y pronosticable, capaz de guiar al terapeuta a utilizar unas particulares estrategias terapéuticas, romper la rigidez patológica específica del trastorno o problema presentado. Al seguir este primer cambio significativo, los protocolos se diseñaron de tal manera que guiaran a los pacientes a reorganizar su sistema perceptivo-reactivo hacia un equilibrio más funcional. El foco de este laborioso y prolongado trabajo, aplicado a miles de casos en un periodo de unos diez años, fue identificar los caminos más adecuados para resolver cada uno de los problemas específicos estudiados. También esto nos llevó a conocer los supuestos en relación con la estructura y procedimiento de solución del problema y respecto a las maniobras que tienen que ver con la relación terapéutica y el lenguaje. De este modo se desarrollaron los protocolos de tratamiento específico, componiéndose de maniobras específicas en relación con la estrategia, lenguaje y relación terapéutica para cada trastorno específico o problema estudiado.

Estos protocolos son rigurosos pero no rígidos, ya que pueden ajustarse a las respuestas o efectos obtenidos a partir de las intervenciones introducidas; como en el juego del ajedrez, después de un movimiento de apertura, los movimientos siguientes dependen de cómo juega nuestro adversario.

En el juego del ajedrez, si el jugador logra descubrir movimientos que revelan la estrategia del adversario, entonces está en disposición de intentar una secuencia formalizada que le llevará a un jaque mate final. Lo mismo ocurre en terapia: si una intervención logra revelar la modalidad o la persistencia de un trastorno específico, entonces el terapeuta puede desarrollar un protocolo de tratamiento específico que finalmente le conducirá a la resolución del problema presentado.

En terapia breve estratégica, la medición del resultado no sólo se realiza al final de la terapia, sino que se mantiene en

cada fase singular del proceso terapéutico. Del mismo modo que en las matemáticas, buscamos todas las respuestas posibles a cada maniobra individual y entonces las comprobamos mediante procedimientos empíricos experimentales. Esta metodología nos lleva a un estrechamiento de las posibles respuestas (un máximo de dos o tres por cada intervención individual) y de este modo nos permite idear el movimiento siguiente para cada posible respuesta. Por lo tanto, procedemos para obtener una medición de los efectos y valores previsibles para cada maniobra individual, y no sólo para el proceso terapéutico global.

El proceso sistemático de investigación realizado en varias formas de trastornos psicológicos ha resultado ser un importante instrumento de conocimiento. De hecho, los datos recogidos durante nuestra investigación nos han permitido producir un modelo epistemológico y operativo de la formación y la persistencia de las patologías en estudio. Esto nos ha guiado a posteriores mejoras de estrategias de solución, en una especie de evolución en espiral alimentada por la interacción entre intervenciones empíricas y reflexiones epistemológicas, las cuales llevan a la construcción de específicas e innovadoras estrategias (Nardone y Watzlawick, 2004).

La investigación aplicada en nuestro trabajo clínico (Nardone y Watzlawick, 1990; Nardone, 1993, 1995a; Fiorenza y Nardone, 1995; Nardone, Milanese y Verbitz, 1999) nos ha permitido detectar unas series de modelos específicos de interacción rígida entre persona y realidad. Estos modelos llevan a la formación de tipologías específicas de trastornos psicológicos, los cuales se mantienen por los intentos disfuncionales de resolver el problema. Esto conduce a la formación de lo que llamamos un «sistema de percepciones y reacciones» patógeno,³ que se expresa como una obstinada perseveran-

3. Por *sistema perceptivo-reactivo* entendemos las modalidades individuales redundantes de percepción y reacción hacia la realidad.

cia en utilizar supuestamente estrategias productivas que han funcionado en un pasado en problemas similares pero que ahora, en cambio, hacen que el problema reverbere (Nardone y Watzlawick, 1990).

Sin embargo, el modelo evolucionado del enfoque estratégico va más allá de las clasificaciones nosográficas de la psiquiatría y de la psicología clínica⁴ al adoptar un modelo de caracterización de los problemas en los que el constructo de sistema «perceptivo-reactivo» reemplaza las categorías tradicionales de patología mental.⁵

Éstas se expresan en el funcionamiento de las tres fundamentales e independientes tipologías de relación: entre uno consigo mismo, entre uno y los demás, y entre uno y el mundo (Nardone, 1991).

4. No hemos de subestimar la fuerza concreta creadora de patologías de las etiquetas psicopatológicas y psiquiátricas (Watzlawick, 1981; Nardone, 1994; Pagliaro, 1995), es decir, la «profecía que se autorrealiza» producida por la diagnosis en la persona que la recibe y en las personas de su entorno. Las etiquetas de diagnóstico, al ser actos lingüísticos performativos (Austin, 1962), crean finalmente la realidad que supuestamente describen. Además, en el campo de los trastornos de la alimentación, también tenemos el problema de la enorme difusión popular de los constructos psicodiagnósticos, que llevan a un creciente énfasis en estos trastornos. El gran interés y la alarma que estos trastornos producen debido a la continua publicidad han hecho del síntoma un importante vehículo de captación de atención para aquellos que lo padecen.
5. En el caso de los trastornos fóbico-obsesivos (agorafobia, ataques de pánico, fijaciones compulsivas e hipocondría), por ejemplo, observamos series de específicas y redundantes soluciones intentadas disfuncionales: la tendencia a evitar situaciones de miedo, constantes solicitudes de ayuda y protección a familiares y amigos, e intentos por controlar las propias y espontáneas reacciones físicas, así como el ambiente del entorno. La relación con uno mismo, los demás y el mundo de las personas que sufren estos trastornos parecen basarse completamente en los mencionados mecanismos de percepción y reacción.

Esto va contra las tendencias actuales de algunos terapeutas que inicialmente han rechazado las clasificaciones nosográficas tradicionales, pero que ahora parecen querer reanudar su utilización. Desde nuestro punto de vista, clasificación es precisamente otro intento de forzar los hechos, un intento de hacer que los pacientes encajen en su teoría de referencia, sin mantener ningún valor operativo concreto.

A la luz de estos supuestos teóricos epistemológicos, parece esencial hacer lo que llamamos un diagnóstico «operativo» (o «intervención diagnóstica») cuando definimos un problema, en lugar de un mero «diagnóstico» descriptivo. Perspectivas descriptivas como las del *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales* (DSM) y otros manuales diagnósticos dan un concepto estático del problema, una especie de «fotografía» que lista todas las características esenciales de un trastorno. Sin embargo, esta clasificación no proporciona sugerencias operativas sobre cómo funciona el problema o cómo puede ser resuelto.

Por descripción operativa entendemos un tipo de descripción cibernético-constructivista de las modalidades de persistencia del problema, es decir, cómo el problema se alimenta a sí mismo a través de una red compleja de retroacciones perceptivas y reactivas entre la persona y su realidad personal e interpersonal (Nardone y Watzlawick, 1990).

Sobre estas premisas, afirmamos que el único camino para conocer una realidad es interviniendo en ella, porque la única variable epistemológica que podemos controlar es nuestra estrategia, es decir, nuestra «solución intentada». Cuando una estrategia funciona nos permite comprender cómo el problema persiste y se mantiene. Podemos comprender un problema introduciendo un cambio o, como el título del libro sugiere, conociendo a través del cambio.

Esto está en línea con los conceptos de cambio y *stasis* de Lewin (1950), quien dijo que a fin de comprender cómo funciona un proceso hay que crear un cambio y observar sus efectos variables y sus nuevas dinámicas. En este supuesto, hemos

de ir a conocer una realidad operando en ella, ajustando gradualmente nuestras intervenciones, adaptándolas a los nuevos elementos de conocimiento que emergen.

El *modelo avanzado de terapia* es el resultado final de este proceso empírico-experimental, guiado por modelos de lógica matemática, que pueden comprobarse y verificarse continuamente, y que además, debido a su formalización, pueden ser replicados y transferidos didácticamente.

Finalmente, este modelo no es sólo altamente eficaz y eficiente sino que también se puede pronosticar. Esta última característica nos permite desarrollar una práctica artística en una tecnología avanzada, sin perder su aspecto creativo, que es necesario para su proceso de innovación en curso. Todo ello sucede respetando el criterio del rigor científico.

Obviamente, cada intervención ha de ser tenida en cuenta y hecha a medida para cada paciente individual. Como verdaderamente Erickson afirmaba, cada persona posee características únicas e irrepetibles, en su interacción consigo misma, con los demás y con el mundo. Por ello, cada caso siempre representa algo original. En consecuencia, cada interacción humana, incluso las terapéuticas, es única e irrepetible, por lo que el terapeuta ha de adaptar su lógica y su lenguaje al del paciente. Solamente si el terapeuta actúa para comprender la lógica subyacente y utiliza el «lenguaje del paciente», podrá continuar «con éxito» e investigando a fondo el problema presentado y su modalidad específica de persistencia. Una vez las peculiaridades de persistencia del problema se conocen, podrá utilizar la lógica de *problem solving* que le parezca más ventajosa. El terapeuta puede ahora formular cada maniobra individual, adaptándola al lenguaje y a la lógica del paciente. En esta vía, la intervención terapéutica puede verdaderamente mantener su capacidad de adaptarse a las peculiaridades y a la situación de cada nueva persona, mientras permanece fiel a la estructura de la intervención.

La estrategia se adapta y se moldea sobre la estructura del problema y su persistencia, mientras que la relación terapéu-

tica y el lenguaje utilizado necesitan ser a la medida del paciente específico. Sin embargo, incluso cuando adoptamos un protocolo específico de tratamiento, como por ejemplo en los trastornos fóbico-obsesivos o en los trastornos de la alimentación, cada maniobra es siempre diferente pero siempre sigue siendo la misma, porque cada intervención experimenta cambios en su aspecto comunicativo y relacional, mientras que sigue siendo la misma maniobra en cuanto a procedimiento estratégico de solución de problemas. De este modo requerimos rigor pero no rigidez.

CAPÍTULO 3

EL MODELO AVANZADO DE TERAPIA ESTRATÉGICA

*Un hombre no es
sino el producto de su educación.*

ABAD DE CONDILLAC

El modelo avanzado de terapia estratégica se basa principalmente en los objetivos deseados. Las estrategias de solución son, por lo tanto, no las consecuencias lógicas de una teoría normativa sobre cordura o demencia que guían normalmente las intervenciones, ni tampoco son la consecuencia lógica de un proceso que define la realidad a la luz de un conocimiento previo. Las estrategias de solución tienen en cuenta las características del problema que es necesario solucionar y los objetivos que se han de alcanzar.

El psicoterapeuta estratégico siempre ha de tener disponibles una serie de tácticas flexibles y de herramientas que puedan ajustarse a los diferentes pacientes con los que haya que tratar. No inventa cada vez desde cero el modelo de intervención, sino que puede, basándose en su experiencia, seleccionar las estrategias que considera más idóneas y apropiadas para el tipo de problema en cuestión y para alcanzar un objetivo específico. Además, un *problem solver* corrige y ajusta gradualmente el modelo de intervención basándose en los efectos observados durante el proceso de *problem solving*.

Aunque el modelo de terapia estratégica es riguroso y sistemático, también posee la importante característica de ser flexible y autocorregible. Puede ser modificado y adaptado a lo largo de su interacción con la realidad a la cual se aplica (Nardone y Watzlawick, 1990; Fiorenza y Nardone, 1995; Watzlawick y Nardone, 1997; Nardone, Verbitz y Milane-

se, 1999). Esta propiedad lo mantiene a salvo de rígidas y «autoinmunizantes» posiciones (Popper, 1972).

La posibilidad de corregir la intervención basándose en la observación de los efectos existe en cada fase individual del proceso de *problem solving*. Esto significa que la eficacia no se mide únicamente entre el principio y el final de la terapia, sino que se evalúa gradualmente en cada sencillo movimiento o maniobra, así que el modelo de intervención se corrige constantemente a sí mismo durante su aplicación.

De nuevo como en una partida de ajedrez, cada terapia es única y original. Aunque el número posible de movimientos en una partida de ajedrez es limitado, la combinación de movimientos produce un número infinito de posibilidades.

Para comprender la diferencia entre una intervención que se basa en la lógica ordinaria y una intervención que sigue la lógica estratégica, podemos confiar una vez más en la metáfora del juego del ajedrez. Imaginemos que hemos de adivinar en cuál de los 64 cuadros del tablero de ajedrez está pensando una persona haciéndole el menor número posible de preguntas. Si seguimos la lógica ordinaria, podríamos tener que preguntar hasta 63 veces para adivinar en qué cuadro está pensando la persona, porque tendríamos que descartar cada uno de los cuadros haciendo una pregunta cada vez. Sin embargo, si seguimos la lógica estratégica, podemos adivinar el cuadro haciendo solamente seis preguntas (véase las figuras 3.1-3.7). Trazando una hipotética línea vertical a lo largo de la mitad del tablero, preguntaremos primero a la otra persona si el cuadro en que está pensando está en el lado derecho o en el izquierdo del tablero; así podemos descartar 32 cuadros. Trazamos entonces una línea horizontal y preguntamos a la persona si el cuadro está en la mitad de arriba o en la de abajo del tablero, eliminando de este modo 16 cuadros más. Continuando de esta manera, dividimos finalmente el tablero en 8, en 4 y finalmente en 2 cuadros, hasta que podemos decir con exactitud en qué cuadro estaba pensando la persona, con solamente seis preguntas.

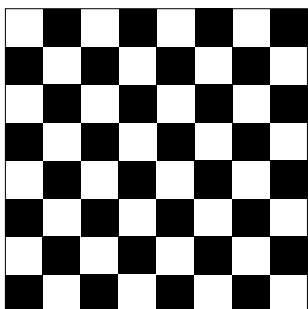


Figura 3.1

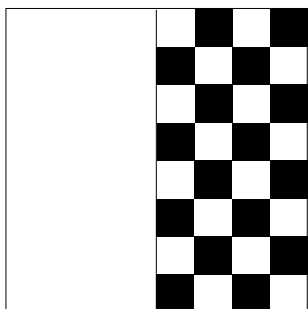


Figura 3.2

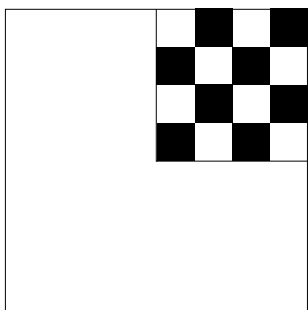


Figura 3.3

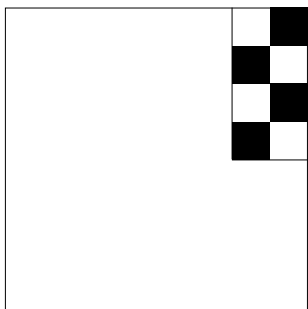


Figura 3.4

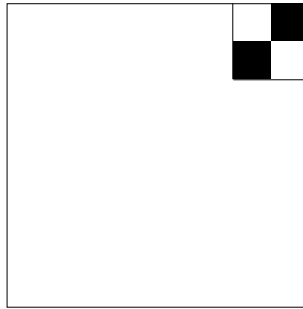


Figura 3.5

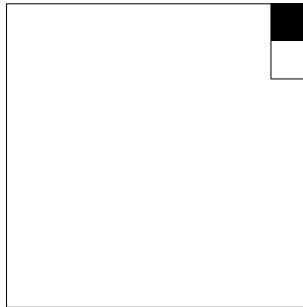


Figura 3.6

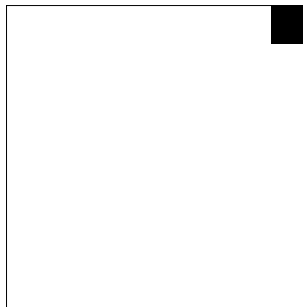


Figura 3.7

Éste es un ejemplo excelente de un modelo de intervención estratégica, que se basa en la premisa de que es imposible conocer *a priori* la ruta correcta para alcanzar el objetivo. El único camino es empezar a viajar por la ruta. Sin embargo, lo mejor que podemos hacer es adaptarnos lo más funcionalmente posible a lo que percibimos.

Como consecuencia, podemos alcanzar el conocimiento de cómo persiste una situación problemática únicamente intervinendo activamente e intentando solucionarla. La única variable de conocimiento que un investigador puede controlar es su propia estrategia. Si la estrategia funciona, permite al investigador mostrar el funcionamiento de la realidad que está siendo estudiada.

En resumidas cuentas, la lógica estratégica se basa en el constructo «conocer un problema a través de sus soluciones» (Nardone, 1993); en otras palabras, conocer una realidad a través de las estrategias que pueden cambiarla. Sin ninguna afirmación sobre un conocimiento *a priori* del fenómeno en cuestión, el terapeuta estratégico necesita disponer de un «reductor de complejidad» que le permita empezar a trabajar sobre la realidad que ha de ser modificada y que le revele gradualmente su funcionamiento.

Basándose en los estudios de la Escuela de Palo Alto (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Watzlawick, 1977; Fisch, Weakland y Seagal, 1982), y en veinte años de investigación en el contexto clínico (Watzlawick y Nardone, 1997; Nardone, 1996; Nardone y Watzlawick, 2004), este reductor de complejidad se ha encontrado en el constructo de las *soluciones intentadas*.

Cuando surge un problema dentro de un determinado contexto (en nuestro caso en un paciente individual, una pareja o una familia) existe la tendencia a confiar en experiencias pasadas y a volver a aplicar intervenciones que han tenido éxito en solucionar problemas similares en el pasado. Si estas estrategias no funcionan, en lugar de aplicar soluciones alternativas existe la tendencia a aplicar la estrategia inicial con más vigor, basándose en la ilusión de que al hacer «más de lo anterior» será más efectivo. Estos intentos de reiterar las mismas inefectivas soluciones dan lugar, finalmente, a un complejo proceso de retroacciones en las que los esfuerzos por lograr el cambio mantienen inmutable la situación problemática. Desde este punto de vista, podríamos decir que las «solu-

ciones intentadas» se convierten en el problema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

Debería quedar claro de nuestros argumentos previos que, desde el punto de vista del cambio, no es importante conocer cómo un problema se formó en el pasado, sino cómo se mantiene en el presente. Para cambiar una situación, debemos detener su persistencia. No tenemos potestad sobre la formación de un proceso que tuvo lugar en el pasado.

Lo que tenemos es una «causalidad circular» entre cómo persiste un problema y las maneras en que las personas intentan y fracasan en resolver el problema. Por tanto, si queremos producir un cambio, es importante concentrarse en las soluciones disfuncionales que están siendo intentadas. Si bloqueamos o cambiamos las soluciones disfuncionales recursivas, interrumpimos el círculo vicioso que alimenta la persistencia del problema, abriendo el camino a un cambio real y alternativo. En este punto, el cambio resulta inevitable: la ruptura de este equilibrio conduce necesariamente a establecer otro nuevo, que se basa en nuevas percepciones de la realidad.

Este proceso de cambio queda ilustrado claramente en otro ejemplo de psicología experimental (Orstein, 1986). El lector puede realizar fácilmente este experimento en él mismo. Coloque tres cubos delante de usted. Llene uno de ellos con agua muy caliente, otro con agua muy fría y otro con agua tibia. Ahora coloque su mano derecha en el agua caliente y su mano izquierda en el agua fría. Después de unos pocos minutos, coloque ambas manos en el agua tibia. La experiencia será realmente impactante. La mano derecha notará el agua muy fría y la mano izquierda la notará muy caliente. Es el mismo cerebro; sin embargo, «la mano derecha no sabe lo que la mano izquierda está haciendo». Lo interesante aquí es que, basándose en la percepción de la mano derecha, usted quisiera añadir agua caliente; basándose en la percepción de la mano izquierda, usted quisiera añadir agua fría.

Este experimento demuestra que construimos nuestra conducta sobre la base de nuestras percepciones y que éstas

se basan en lo que experimentamos anteriormente. Una intervención que apunte a cambiar una situación ha de proporcionar una experiencia diferente en la percepción de la realidad que se ha de cambiar. Esto abre el camino a diferentes reacciones a nivel emocional y conductual.

Este proceso no sólo produce un cambio de conducta, tal como argumentan algunos de nuestros críticos, ni simplemente un cambio de emociones. Las experiencias prácticas que cambian la percepción de la realidad de una persona producen un cambio a nivel emocional, cognitivo y conductual.

En el campo clínico, esto conduce a la formulación de una terapia que es decididamente diferente, en teoría y aplicación, de las formulaciones tradicionales. Desde nuestra perspectiva, los trastornos mentales son el producto de un modo de percepción y reacción disfuncional hacia la realidad. Son las actitudes y las acciones recurrentes de la persona las que han construido su realidad. Como hemos mostrado, un cambio en la percepción de la persona llevará a cambiar sus reacciones.

El concepto de *problem solving* estratégico, que está en la base de la terapia breve estratégica avanzada, está guiado por esta lógica en apariencia sencilla. En la práctica clínica, esto se expresa a menudo con la utilización de estrategias, trucos de conducta, autoengaños beneficiosos y formas de sugestión refinada con el fin de guiar las experiencias de la persona en dirección a una percepción alternativa de la realidad. Las nuevas experiencias perceptivas correctivas conducirán a un cambio en las tendencias emocionales, cognitivas y conductuales disfuncionales de la persona.

Lo primero que un terapeuta estratégico necesita hacer, por lo tanto, es identificar las «soluciones intentadas» que el sistema y las personas implicadas han aplicado en aquel punto, en su esfuerzo por alcanzar un objetivo particular o modificar una situación disfuncional. La intervención estratégica continúa entonces, lo más rápida y efectivamente posible, para interrumpir el mecanismo autopoyético que se ha estableci-

do entre las soluciones intentadas y la persistencia de un equilibrio disfuncional.

Este tipo de intervención se hace posible gracias a la adopción, en la construcción de estrategias, de nuevos modelos de lógica que van más allá de los principios de la lógica aristotélica del «verdadero o falso» y «no contradicción». Estos nuevos modelos son la lógica paraconsistente, paracompleta y no alética (da Costa, 1989a, 1989b; Grana, 1990; Nardone y Salvini, 1997; Skorjanec, 2000), que se desarrollaron hace unas pocas décadas. Desde que Kurt Gödel demolió la posibilidad de una lógica racional rigurosa en su tratado sobre «Proposiciones Indecidibles» (1931), la lógica matemática ha evolucionado hacia el desarrollo de estos modelos, que consideran la contradicción, el autoengaño y la paradoja como procedimientos rigurosos y pronosticables en la construcción de las creencias y de la conducta humanas (Nardone, 1998).

Basándonos en estos nuevos tipos de lógica, podemos aplicar sistemáticamente procedimientos de lógica no ordinaria para construir estratagemas capaces de conducirnos a los objetivos o a la solución de los problemas que parecían inalcanzables o irresolubles si los enfocábamos a través de la lógica ordinaria (Watzlawick y Nardone, 1997).

En otras palabras, en casos en los que los procedimientos de lógica ordinaria (que se basan en las revelaciones y el conocimiento de la formación y persistencia del problema con instrucciones consecuentes de cómo hay que proceder para cambiar) fracasan, podemos dirigirnos a procedimientos de lógica alternativa, apropiados para fenómenos que persisten sobre la base de tipos de lógica no ordinarios. Desde nuestro punto de vista, esto se aplica a la mayoría de los fenómenos no lineales conectados con las interacciones entre persona y realidad, y en particular a los casos en los que estas interacciones han conducido a expresiones de patología mental y conductual.

Un ejemplo concreto puede ser útil para aclarar este concepto. Si intentamos utilizar la razón para convencer a un paciente obsesivo-compulsivo de que detenga sus rituales

patológicos, no obtendremos ningún efecto. En cambio, nosotros utilizamos una estratagema que se basa en la lógica de la «paradoja» y la «creencia», como en la siguiente prescripción: «Cada vez que usted lleve a cabo uno de sus rituales, debe repetirlo cinco veces —exactamente cinco veces, ni una más ni una menos—. Puede escoger evitar hacerlo, pero si usted lo hace una sola vez, ha de hacerlo cinco veces, ni una vez más ni una vez menos de cinco». ⁶ Si el paciente decide evitar llevar a cabo el ritual o realizarlo cinco veces, convirtiéndolo pues en una auténtica tortura, comenzará, de una forma o de otra, a tener el control de su compulsión. En ambos casos el efecto es que el paciente dejará de llevar a cabo sus anteriores rituales compulsivos.

Esta prescripción emplea la misma lógica que la que subyace en la persistencia de la patología, pero cambia su dirección: la fuerza del síntoma se tuerce en contra del trastorno, con el efecto de que rompe su perverso equilibrio. El mandato de repetir «ritualmente» los rituales lleva a la persona a construir realidades diferentes de la realidad que se caracterizaba por compulsiones incontrolables. Dentro de esta nueva realidad, la persona ve la posibilidad de no realizar ningún ritual, desde que el ritual ya no es incontrolable, sino voluntario. Tomamos el control del síntoma construyendo otro síntoma estructuralmente similar, que cancela el anterior. Sin embargo, puesto que el último es una construcción deliberada, puede ser deliberadamente rechazado, como en la antigua estratagema China de «hacer subir al enemigo al desván y entonces quitarle la escalera» (Watzlawick y Nardone, 1997; Nardone, 2003).

Estos tipos alternativos de lógica funcionan como estratagemas que inducen a las personas implicadas en la rea-

6. Esta prescripción, como otras que siguen, es una técnica que ha sido formalizada en los protocolos de tratamiento para síntomas fóbicos y obsesivos (Nardone, 1996).

lidad problemática a cambiar sus percepciones y, en consecuencia, sus acciones, liberando de este modo recursos que estaban, hasta aquel momento, aprisionados en el «círculo vicioso» de interacción entre las soluciones intentadas y la persistencia del problema.

Para concluir este capítulo de los fundamentos teóricos y prácticos del enfoque estratégico de la psicoterapia, puede ser de utilidad resumir las características esenciales del enfoque:

- Los modelos de intervención se construyen sobre la base de objetivos en lugar de instrucciones de una teoría *a priori* fuerte.
- La lógica utilizada durante el diálogo con el paciente y en la construcción de estrategias es constitutivo-deductiva, no hipotético-deductiva; la solución se adapta, pues, al problema, no el problema a la solución.
- En lugar de realizar intervenciones que se basen en la investigación de las causas del fenómeno, inducimos el cambio con la aplicación terapéutica de estratagemas: es la solución apropiada la que explica el problema.
- Una autocorrección constante se realiza dentro del modelo, la cual nos permite evitar la continuación de las soluciones intentadas que no producen resultados positivos y a menudo exacerban el problema que pretendían resolver.

Todas estas características hacen que nuestro modelo estratégico sea particularmente lógico y riguroso, así como flexible y creativo. Gracias a estas propiedades, el modelo ha sido aplicado con éxito en varios contextos: desde el clínico hasta el educativo, desde las relaciones interpersonales hasta el mundo de la organización.

CAPÍTULO 4

PRAXIS CLÍNICA LAS FASES DE LA TERAPIA

*La prueba más fuerte
contra cualquier teoría
es su aplicación.*

KARL KRAUS

Como se ha mencionado en los capítulos precedentes, desde su origen, a principios de los años setenta, la terapia breve estratégico-constructivista ha experimentado una evolución constante y progresiva: desde un modelo general de terapia, hasta la formulación de protocolos específicos de tratamiento para patologías particulares, hasta el actual modelo avanzado.

Un aspecto esencial que hace que el modelo avanzado sea diferente de los anteriores modelos históricos es que va más allá de la idea de que los sistemas pueden reorganizarse a sí mismos de forma espontánea y establecer un equilibrio no patógeno una vez que el equilibrio patológico se ha roto. Esta idea impone la interrupción de la terapia tan pronto como se ha alcanzado el desbloqueo del trastorno. Más de quince años de experiencia clínica nos han hecho dar cuenta de que en la mayoría de los casos, especialmente cuando las patologías persisten durante años, la reorganización espontánea del sistema a menudo inicia y reestablece más equilibrios patógenos. Por lo tanto, llegamos a un conocimiento fundamental que aplicamos al modelo avanzado: una fase terapéutica de consolidación del resultado de desbloqueo es necesaria para constituir un nuevo equilibrio no patógeno dentro del sistema humano, basado en sus características individuales y recursos que fueron desbloqueados durante las precedentes intervenciones terapéuticas.

En los modelos tradicionales de terapia breve, el proceso terapéutico se subdividía en tres fases:

Etapa 1: Comienzo del juego.

Etapa 2: Desbloqueo de la patología.

Etapa 3: Final del juego.

El modelo avanzado consiste en cuatro fases:

Etapa 1: Comienzo del juego.

Etapa 2: Desbloqueo de la patología.

Etapa 3: Consolidación y reorganización de las reglas del juego.

Etapa 4: Final del juego.

No es coincidencia que con esta metodología —que incluye un número de sesiones específicas después de desbloquear la sintomatología— el número de recaídas después del final de la terapia haya bajado finalmente hasta cerca de cero (Nardone y Watzlawick, 2004).

Así, aunque en la terapia breve estratégica avanzada aumentamos el número de sesiones, esto se equilibra por el hecho de que alcanzamos una eficacia terapéutica real. En esta vía, incluso la crítica histórica de que las terapias breves son intervenciones superficiales o meros maquillajes sintomáticos queda desacreditada.

Además, el actual proceso de desbloqueo de la sintomatología también se acelera. De hecho, la mayoría de los casos muestra una reducción drástica de sus síntomas invalidantes dentro de las tres primeras sesiones y cerca de un sesenta por ciento de los casos tratados tiene una reducción significativa de la sintomatología poco después de la primera sesión.

Sería bueno señalar que el proceso terapéutico en el presente modelo, además de estar caracterizado por las cuatro fases de *problem solving*, abarca una particular forma de comunicación para vencer la resistencia y activar el cambio, a la cual nos referimos como *diálogo estratégico*. Este instrumento hace la intervención estratégica aún más factible. Explicaremos con

mayor detalle lo que es el diálogo estratégico y cómo puede aplicarse en el tratamiento de las diferentes clases de patologías en las páginas siguientes.

Sin embargo, ahora ofrecemos un esquema secuencial de las cuatro fases del modelo avanzado de terapia breve, que enseña los respectivos objetivos, las estrategias y el estilo de comunicación.

ESQUEMA SECUENCIAL DEL MODELO AVANZADO

PRIMERA FASE: COMIENZO DEL JUEGO

Objetivos:

1. Definición del problema.
2. Identificación de las formas específicas de resistencia, captura sugestiva del paciente, establecimiento de una relación terapéutica de plena confianza y colaboración.
3. Investigación de las «soluciones intentadas» fallidas y ruptura del rígido sistema perceptivo-reactivo.
4. Acuerdo sobre los objetivos.
5. Primeras maniobras terapéuticas (intervención, preguntas discriminantes, paráfrasis, reestructuración y prescripciones).

Estrategias:

1. Diálogo estratégico (intervención, preguntas discriminantes y paráfrasis interrogativa).
2. Reestructuración de la persistencia del problema.
3. Reestructuración orientada al cambio del sistema perceptivo-reactivo y de las soluciones intentadas fallidas.
4. Prescripciones.

Comunicación:

Lenguaje hipnótico (sin trance) sugestivo; lenguaje conminatorio-performativo; preguntas con ilusión de alternativas. Técnica de sincronización (utilizando la lógica del paciente).

SEGUNDA FASE: DESBLOQUEO DE LA PATOLOGÍA

Objetivos:

1. Redefinición del primer cambio.
2. Estimulación a posteriores cambios progresivos.
3. Si no se produce ningún cambio, utilizar estrategias bien calibradas para detener las soluciones intentadas fallidas y empezar a cambiar el rígido sistema perceptivo-reactivo.

Estrategias:

1. Uso de la reestructuración (cognitiva, paradójica, provocadora, introducción de dudas).
2. Prescripciones de comportamiento (directas, indirectas, paradójicas).
3. Uso de metáforas, anécdotas, historias, aforismos, redefiniciones explicativas.
4. Redefinición de los cambios obtenidos.

Comunicación

Lenguaje hipnótico (sin trance) sugestivo; lenguaje conminatorio-performativo.

TERCERA FASE: CONSOLIDACIÓN Y REORGANIZACIÓN DE LAS REGLAS DEL JUEGO

Objetivos:

1. Medición de los efectos, consolidación de resultados o posibles modificaciones de la estrategia.
2. Posteriores cambios progresivos hasta que se alcancen los objetivos determinados.
3. Adquisición de una percepción de la realidad y de una reacción ante ella flexibles.

Estrategias:

1. Redefiniciones explicativas de los cambios obtenidos y posteriores incentivos hacia la autonomía personal.
2. Percepciones de comportamiento directas o indirectas (utilizando gradualmente un estilo menos conminatorio).
3. Reestructuración.

Comunicación:

El lenguaje se vuelve gradualmente menos hipnótico y menos conminatorio para favorecer, indirectamente, la autonomía personal.

CUARTA FASE: FINAL DEL JUEGO

Objetivos:

1. Completa asunción de la autonomía personal.
2. Énfasis en los recursos y responsabilidades del paciente de superar y solucionar el problema.
3. Cierre de la intervención que incluye tres seguimientos posteriores después de tres meses, seis meses y un año.

Estrategias:

Explicación detallada del trabajo realizado y aclaración de los procesos de cambio que han tenido lugar.

Comunicación:

El lenguaje es más indicativo, descriptivo y coloquial.

En la primera y segunda fases, cuando la primera tarea del terapeuta es la de «capturar» al paciente y conducirlo a través de «eventos casuales planificados» (Watzlawick, 1981) hacia la primera experiencia emocional-correctiva explosiva, el lenguaje utilizado debería ser fuertemente hipnótico-sugestivo y conminatorio, de otro modo sería extremadamente difícil establecer una relación terapéutica favorable. Éste es un elemento fundamental que dicta si el paciente cumplirá o no las prescripciones terapéuticas. El punto de vista del paciente sobre la relación es crucial para el resultado de la terapia. Los pacientes que perciben que tienen una «buena» relación terapéutica es más probable que tengan éxito en alcanzar los objetivos determinados (Hubble, Duncan y Miller, 1999). La terapia se ha de percibir, tanto por el terapeuta como por el paciente, como una asociación para el cambio. Duncan, Hub-

ble y Miller (1997a) afirman que, en relación con lo crónico, intratable o «imposible» que pueda parecer un caso, si el punto de vista del paciente sobre la relación es favorable, es más probable que se produzca el cambio.

Sin embargo, para construir una fuerte relación con los pacientes, el terapeuta debería poder determinar y tomar en consideración las clases de resistencia al cambio de los pacientes. Clases diferentes de resistencia requieren estrategias y tácticas diferentes de comunicación. Una amplia investigación en contextos clínicos, empresariales y educativos ha llevado a la identificación de cuatro tipos diferentes de resistencia al cambio (Watzlawick, Nardone, 2004).

1. *La persona colaboradora*: Ésta es una persona que desde el mismo inicio no es antagonista, no invalida el proceso, está altamente motivada para cambiar y posee recursos cognitivos para superar su problema. Con esta clase de persona, la comunicación demostrativa y racional es la más apropiada. Procedemos de forma cartesiana, discutiendo las perspectivas sobre la realidad de la persona de una manera lógica y racional hasta que comprenda lo que es disfuncional de esta perspectiva y entonces se realice un cambio consciente.

Por nuestra experiencia hemos llegado a comprender que esta categoría, por desgracia, comprende a una pequeña porción de las personas que solicitan ayuda terapéutica. Cuando un paciente muestra el deseo de colaborar, el terapeuta aceptará esta colaboración, pero la medirá gradualmente para ver si se apoya con los hechos. Sin embargo, es aconsejable construir un pequeño acuerdo inicial, luego otro y otro, hasta que se alcance un acuerdo general.

2. Otra categoría comprende aquellos pacientes que *quisieran colaborar, pero son incapaces de hacerlo*. Un gran porcentaje de los pacientes que buscan ayuda especializada posee una fuerte motivación y una gran necesidad de cam-

bio, pero son incapaces de actuar lo más mínimo en este sentido. Esto es típico de las personas que están atrapadas en una rígida percepción de la realidad, hasta el punto de que, a un nivel racional, entienden lo que deberían hacer para cambiar, pero son incapaces de llevarlo a cabo a un nivel práctico. Usualmente, estas personas sufren bloqueos emocionales y conductuales o tienen fuertes restricciones morales o religiosas que les impiden actuar de una manera que ellas mismas considerarían más funcional.

En estos casos, las estrategias más efectivas resultan ser maniobras indirectas con fuertes elementos evocadores que tienen como objetivo llevar al paciente al cambio sin que se dé cuenta de ello. En otras palabras, en estos casos utilizamos la estrategia de «surcar el mar sin que el cielo lo sepa» (Anónimo, 1990). Al seguir esta maniobra, el proceso puede continuar a lo largo de líneas más cartesianas y racionales con el fin de conducir a la persona a que recupere conscientemente sus recursos y destrezas.

3. *No colaboradoras y abiertamente opuestas*: Estos pacientes invalidan, protestan y dejan de seguir deliberadamente nuestras instrucciones. El modo de persuasión retóricamente más efectivo se basa en utilizar la resistencia y las maniobras paradójicas. Prescribir la resistencia al cambio coloca a la persona que se opone en la situación paradójica de tener que cumplir las instrucciones; en otras palabras, la resistencia se transforma en obediencia. Incluso en este caso, después de obtener los primeros cambios a través de un proceso de influencia y persuasión basado en la paradoja, trabajamos sobre la reelaboración cognitiva del proceso de cambio.
4. La última categoría abarca a aquellas personas que *no son capaces ni de colaborar deliberadamente ni de oponerse*: son pacientes cuya «narración» personal está fuera de

cualquier sentido razonable de la realidad o cuya rigidez mental limita por completo su punto de vista de la realidad.

En estos casos, nuestra intervención ha de calibrarse muy bien. Necesitamos asumir la lógica no ordinaria del paciente, los códigos de lenguaje y las atribuciones, al mismo tiempo que evitamos cualquier contradicción o menosprecio de las construcciones de la persona. El terapeuta debería seguir con mucha cautela las huellas del «historial» de la persona, mientras cambia el curso del sistema de representación de la persona sin negar su validez. La nueva dirección introducida dentro del sistema mental de la persona trastornará finalmente este sistema. Así es como ocurre en los sistemas físicos, donde la entropía con posibilidad de evolución los conduce hacia su autodestrucción. En las artes marciales chinas, se utiliza la fuerza del adversario para llevarlo hacia su propia derrota; de la misma forma, en terapia, una vez que hemos identificado el tipo de resistencia del paciente no luchamos contra ella sino que la utilizamos para producir el cambio.

En la tercera fase, cuando el terapeuta consolida los resultados obtenidos y guía al paciente a adquirir confianza en sus recursos y capacidades, el lenguaje utilizado disminuye gradualmente en sugestión, para convertirse en un auténtico diálogo. Ésta es una fase fundamental, en la que el terapeuta trabaja con el paciente para consolidar los resultados obtenidos. Las estrategias terapéuticas se enfocan en el mantenimiento y la consolidación de las mejoras alcanzadas hasta aquí y al mismo tiempo se dirigen a anticipar los retos que podrían provocar recaídas. En la fase de consolidación, el cambio es continuo.

En la cuarta fase, la última sesión, el paciente y el terapeuta añadirán un «marco» al trabajo terminado. El terapeuta hará al paciente partícipe de lo que ha tenido lugar durante la terapia, mientras enfatiza los recientes recursos y responsabilidades de superar y de solucionar el problema. Es impor-

tante que los pacientes vean el cambio como resultado de sus esfuerzos y recursos redescubiertos.

En este punto, los pacientes deberían percibir una relación entre sus propios esfuerzos y el acontecimiento del cambio (Hubble, Duncan y Miller, 1999). Incluso si los pacientes atribuyen el cambio al destino, la suerte, la experiencia del terapeuta, o la medicación, deberían ser dirigidos a valorar su irremplazable implicación en el cambio resultante y habría que darles la completa responsabilidad por haber tenido tanto éxito en adoptar las estrategias sugeridas por el terapeuta en su vida diaria.

Durante la última sesión, el terapeuta y el paciente llevarán a cabo la evaluación final de los resultados obtenidos y del método utilizado. Así, el ahora ex paciente es consciente de haber sido sujeto activo en el proceso de cambio y no un mero objeto que sigue indicaciones. Esto reestablece e incrementa definitivamente la autoestima de la persona y su autonomía personal. La gente que se percibe a sí misma como capaz de influenciar y modificar el curso de los eventos de la vida aguanta mejor y se adapta con más éxito a las adversidades que ésta le presenta (Taylor, Wayment y Collins, 1993).

CAPÍTULO 5

LA PRIMERA SESIÓN EL DIÁLOGO ESTRATÉGICO

*Un buen comienzo
es la mitad del trabajo.*

ARISTÓTELES

En más de quince años de experiencia clínica, hemos comprendido que escondida detrás de una solicitud de ayuda por parte de la mayoría de los pacientes que acuden a terapia existe una demanda subyacente, que dice «cámbienos sin cambiarnos».7 Esta petición en forma de doble vínculo nos indujo a buscar medios innovadores de intervención, a utilizarlos correctamente desde la primera sesión que está libre de las explicaciones usuales y discursos racionales que nuestra cultura y educación acostumbran a utilizar. Comprendimos que necesitábamos hacer uso de un tipo evocativo de intervención que llevara a los pacientes a cambiar sus percepciones de la realidad y superar su inevitable resistencia al cambio.

A la luz de estas importantes premisas, la reciente evolución de la terapia breve estratégica avanzada gira alrededor de la primera sesión y de la utilización del *diálogo estratégico*.

En el modelo avanzado, la primera sesión tiene una importancia fundamental porque abarca la primera y la segunda etapa del proceso terapéutico. En otras palabras, durante la primera sesión el terapeuta estratégico no limita su intervención a la mera discriminación o definición del tipo de pato-

7. De acuerdo con el enfoque breve estratégico, hay cuatro tipos de resistencia al cambio (Watzlawick y Nardone, 1997), ya descritos con detalle en el capítulo anterior.

logía que presenta el paciente, sino que empieza a introducir el cambio. Esto se realiza a través de la utilización de un tipo particular de entrevista semiestructurada que se basa en el diálogo estratégico.

El diálogo estratégico es un instrumento de intervención y discriminación que implica el lenguaje utilizado, la relación establecida y la lógica de la intervención, y se caracteriza por su continua orientación hacia el cambio.

Durante estos años de investigación e intervención clínica nos hemos esforzado en formular un proceso particular de preguntas orientadas al cambio que nos puedan ayudar a guiar a la persona a través de un proceso de aprendizaje que le proporcione la impresión de haber alcanzado ciertas conclusiones por sí misma, aunque estas conclusiones hayan sido sutilmente inducidas por el terapeuta. Esto está en línea con las palabras del filósofo y poeta hispano-judío Solomon Ibn Gabirol, «la pregunta de un hombre sabio contiene la mitad de la respuesta».

Por lo tanto, la formulación de este particular modelo de conducir la terapia, es decir, el diálogo estratégico, marca la evolución fundamental del enfoque estratégico-constructivista de los años recientes.

El modelo, utilizado en los centros afiliados al CTS desde 1987 hasta 1995, comprendía preguntas abiertas que seguían una lógica de intervención más manipuladora y directiva. La resistencia al cambio se superaba con una intervención altamente sugestiva, directiva e hipnótica, en la que la prescripción era la cima de la sesión. Con este enfoque se necesitaban de dos a tres sesiones para tener una descripción más exhaustiva del sistema perceptivo-reactivo, para capturar sugestivamente al paciente y superar la resistencia, y, por lo tanto, para conseguir la prescripción que lo desbloqueara.

En el modelo avanzado, todo esto tiene lugar en la primera sesión, por medio de un modo de intervención más indirecto y sutil. Sin embargo, ambos modelos comparten los mismos objetivos, el proceso de la llegada del cambio.

El diálogo estratégico es un instrumento terapéutico utilizado para llevar a cabo la primera sesión e incluso las sesiones siguientes, que se basa en la lógica del autoengaño.

Al adoptar el diálogo estratégico, parece que el terapeuta asume una posición *one-down*. Humildemente hace una serie de preguntas en apariencia sencillas al paciente, que tiene la ilusión de ser el director del diálogo; sin embargo, en realidad, este método conduce al paciente hacia el descubrimiento de alternativas útiles para solucionar el problema.

A través de la investigación empírico-experimental vamos a identificar ciertas percepciones específicas y las reacciones consecuentes, que llamamos soluciones intentadas, que mantienen a la persona atrapada en un círculo vicioso con un sentimiento de indefensión, de no tener salida.

Estas recomendaciones nos ayudaron a idear un instrumento que nos permitiera comprender el sistema perceptivo-reactivo del paciente y, al mismo tiempo, iniciar una *forma temprana de reestructurar la realidad de la persona*.⁸ Al hacer una serie de preguntas que siguen un proceso de eliminación, el terapeuta se dirige a la comprensión de la representación de la realidad del paciente más rápida y meticulosamente que haciendo las tradicionales preguntas abiertas.

Este tipo avanzado de cuestionario esconde una *ilusión de alternativas*.⁹ Ésta es una de las formas más elegantes de

8. La reestructuración es una de las principales técnicas de comunicación persuasiva, que implica el cambio de la percepción de una situación colocándola en un marco diferente que se ajuste bien, o mejor, con los «hechos» de aquella situación concreta (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). Formas apropiadas de reestructuración nos permiten construir realidades inventadas que producen unas nuevas y concretas realidades.
9. La ilusión de alternativas es una técnica que consiste en crear un marco donde a la persona se le presenta una aparente elección abierta entre dos alternativas, que, sin embargo, en realidad conducen al mismo efecto —en nuestro caso, el cambio—.

conminación utilizadas por Milton Erickson para superar de una manera amable la resistencia al cambio del paciente (Watzlawick, 1990a; Nardone y Watzlawick, 1990; Nardone y Salvini, 2004). En la mayoría de los casos, la aplicación de una ilusión de alternativas puede ser altamente eficaz, especialmente cuando necesitamos reestructurar o prescribir algo que tememos que no va a ser fácilmente realizado por el paciente. En estos casos, se le ofrecen al paciente dos posibilidades de elección; la primera diseñada para que sea muy aterradora e imposible de que el paciente la lleve a cabo en esta fase de la terapia. En contraste, la segunda elección es considerada menos amenazadora y más fácil de poner en práctica. La persona aceptará la segunda elección, aunque primero la considerara como difícil, ya que parece de lejos mucho mejor que la primera. Por lo tanto, creamos una realidad que la persona se siente forzada a realizar. Sin embargo, es muy cierto que, si se presentara como la única opción, sería considerada como excesiva e inmediatamente rechazada.

En el modelo antiguo, la ilusión de alternativas se utilizaba al dar la prescripción al final de la sesión. En el modelo avanzado, se introducen aspectos de ilusión de alternativas a través del diálogo con el paciente, con el objetivo de construir un futuro nuevo que le lleve a cambiar desde la primera sesión.

A través de la utilización del diálogo estratégico, podemos empezar sembrando dudas en el paciente acerca de sus soluciones intentadas habituales y su percepción, al hacer que el paciente sienta que estos intentos dictados normalmente por una percepción rígida —que éste siempre consideraba como medios útiles para superar el problema— contribuyen finalmente a empeorar la situación. La intención es que el paciente sienta la necesidad de reemplazar una vieja certeza, una antigua percepción disfuncional, por otra nueva. Presentamos *una lógica del autoengaño más funcional que dirige las soluciones intentadas utilizadas por el paciente hacia su auto-anulación*. Este procedimiento es muy efectivo y eficaz porque hace sentir al paciente que es un descubrimiento suyo.

Con el fin de proporcionar al lector un cuadro claro de lo que es el diálogo estratégico y cómo se dirige, creemos apropiado proponer una transcripción detallada de una primera sesión de un caso de agorafobia con ataques de pánico, junto con unas anotaciones para subrayar algunos puntos significativos.

Terapeuta: ¿Cuál es el problema que le trae aquí?

Paciente: Sufro fuertes ataques de pánico... desde hace más de diez años... Mi vida se ha vuelto muy limitada... He visitado a varios especialistas... pero con muy pocos resultados... Tengo muchas dudas acerca de si me podré liberar de esta situación. Mis ataques de pánico son muy fuertes...

Terapeuta: Bien, sin embargo, cuando usted tiene sus ataques de pánico, ¿tiene usted más miedo a morir o a perder el control?

Paciente: Tengo miedo a perder el control y a enloquecer... perder mi cordura.

Terapeuta: Bien, pero estos momentos críticos, cuando siente que está perdiendo el control, ¿tienen lugar en situaciones previsibles o son absolutamente imprevisibles y, por tanto, pueden ocurrir en cualquier parte?

Paciente: Bien. No lo sé... Sin embargo, suelo tener mis ataques cuando he salido de casa... fuera... Me entra el pánico en el supermercado, en el tren, en mi coche... ahora tengo miedo de todos estos...

Así, a partir de un punto de vista de investigación discriminante, estas dos preguntas estratégicas revelan que el paciente no tiene uno de los miedos más arcaicos del ser humano: el de morir. No padece una fobia pura sino lo que llamamos trastorno fóbico-obsesivo; tiene miedo a perder el control y, por tanto, a activar él mismo actos incontrolables, como explican la mayoría de los casos tratados en el CTS en los últimos diez años (Nardone, 2003). Este miedo a perder el control le *hace* perder el control, hasta que queda abrumado por el pánico.

De este modo, como en una partida de ajedrez, con un par de preguntas estratégicas, hemos eliminado el cincuenta por ciento de las posibilidades. Además, ahora sabemos que los ataques de pánico se producen en situaciones que el paciente puede predecir, puede anticipar; por lo tanto, no estamos tratando solamente con ataques de pánico que ocurren cuando menos se lo espera sino con el hecho de que el paciente puede anticipar cuándo tendrán lugar sus ataques, por lo que se vuelve fóbico a ciertas situaciones «amenazadoras», que evita siempre que le es posible.

Además, a través de la utilización del diálogo estratégico, el paciente se vuelve consciente de que está constantemente lanzando una profecía, la cual entonces él ayuda a cumplir. Despacio y con amabilidad, llevamos a los pacientes a reconocer que su ansiedad y su miedo surgen al pensar que han de enfrentarse a una situación específica. De ahí en adelante hay un aumento del miedo y la ansiedad hasta que quedan abrumados por el pánico, cuando finalmente se enfrentan a la situación amenazadora, lo que confirma aún más su preocupación y miedo previos. Esto no queda declarado *explícitamente*, pero engatusamos al paciente para que llegue a esta conclusión.

Este descubrimiento es importante para ambos, terapeuta y paciente, que empieza a ver un mapa mucho más claro de su problema; el paciente empieza gradualmente a ver su realidad desde un punto de vista diferente, más funcional.

Después de haber realizado un par de preguntas discriminantes, es fundamental introducir una corta paráfrasis como reestructuración, o reiteración de las respuestas dadas. Por lo tanto, después de un par de respuestas dadas por el paciente, que describen su percepción de la realidad, el terapeuta necesita recapitular y reestructurar con la utilización de la paráfrasis. Parafrasear es otro elemento fundamental del diálogo estratégico, porque ayuda al terapeuta a comprobar con el paciente las conclusiones que se han sacado de las preguntas con ilusión de alternativas y a verificar si se está en la pista

correcta, mientras se empiezan a introducir pequeños elementos de reestructuración.

Comenzamos diciendo «Si no le he entendido mal, usted ha dicho que...», «Si le he entendido bien, de otro modo, por favor, corrijame...» y entonces parafraseamos lo que el paciente ha contestado a nuestras preguntas discriminantes e interventoras. Mientras parafraseamos, empezamos a introducir elementos de reestructuración, pero en forma interrogativa. Comprobamos continuamente las informaciones recogidas y reestructuradas con el paciente. El terapeuta aparenta tomar una posición *one-down*, haciendo sentir al paciente que él — el paciente — está dirigiendo el proceso de descubrimiento. Esto crea una alianza de colaboración entre el terapeuta y el paciente.

A través de estas paráfrasis que reestructuran, el paciente se hace consciente de sus soluciones intentadas fallidas que lo atrapan en un círculo vicioso patológico. Esto le induce a *sentir* la necesidad del cambio.

Terapeuta: Por favor, corrijame si me equivoco... pero si lo he entendido bien, usted sufre ataques de pánico que tienen lugar en situaciones que usted puede predecir, situaciones fuera de casa, y cuando usted tiene sus ataques de pánico su miedo es perder el control, ¿cierto?

Paciente: Sí, es cierto.

Terapeuta: Cuando está frente a estas situaciones predecibles, ¿tiende a evitarlas o tiende a enfrentarse a ellas?

Paciente: Cuando es posible prefiero evitarlas; sin embargo, en ciertas situaciones me veo obligado a enfrentarme a ellas: tengo que ir a trabajar, ir de compras... Hace más de seis años que tuve mis últimas vacaciones... Estoy demasiado asustado...

Terapeuta: Entonces, si usted no puede evitarlas, ¿qué es lo que hace? ¿Pide ayuda o se enfrenta a ellas usted solo?

Paciente: Oh, no. Pido que me acompañen, sobre todo a mi mujer...

Éstas son dos preguntas cruciales, ya que identifican la solución intentada puesta en acción por el paciente. La solución intentada más común de los pacientes fóbico-obsesivos es la evitación. Evitan aquellas situaciones que creen que pueden hacerles perder el control. Estas preguntas nos ayudan a reconocer si la persona depende de otros o intenta utilizar su propia fortaleza cuando se ve forzada a enfrentarse a sus miedos. Obviamente, cada respuesta orienta hacia un tratamiento diferente. Así, en este caso, la persona depende de los demás, especialmente de su mujer. En este supuesto, el tratamiento se enfocaría en guiar al paciente a liberarse de esta dependencia y descubrir sus propios recursos. Por otro lado, cuando una persona tiende a forzarse o a probarse frente a situaciones amenazadoras, estará continuamente «midiendo su propio fracaso» y esto confirmará su incapacidad, con un mayor incremento del miedo. Así, en este caso, ayudamos al paciente a liberarse de la trampa en la que él mismo se ha metido. Le invitamos a evitar utilizar esta solución intentada que mantiene y, además, empeora el problema.

Terapeuta: Así, si lo he entendido bien, por favor, corríjame si me equivoco..., usted es una persona que sufre ataques de pánico que pueden producirse en situaciones específicas predecibles, una vez que está fuera de casa, situaciones que usted intenta evitar, pero cuando eso no es posible usted necesita a alguien cerca, preferentemente su mujer, que siempre está dispuesta a intervenir en caso de que usted pierda el control, ¿cierto?

Paciente: Sí, así es.

De este modo tenemos —terapeuta y paciente— un cuadro mucho mejor de cómo funciona el problema. Sabemos dónde ocurre normalmente, cómo se siente el paciente, cómo intenta manejar el problema y sus límites. Cuando el terapeuta realiza una paráfrasis precisa de la situación descrita por el paciente, este último se siente comprendido y con más confianza hacia el terapeuta y la terapia. Esto ayuda a incremen-

tar el éxito de la terapia (Frank, 1973; Hubble, Duncan y Miller, 1999).

Terapeuta: Bien. ¿Usted tiende a hablar mucho acerca de su problema o tiende a guardarlo todo para sí mismo?

Paciente: Hablábamos mucho sobre mis ataques de pánico... la mayoría de las veces con mi mujer, que conoce mi problema desde el principio, antes de casarnos... Sin embargo, todo el mundo lo sabe, incluso los niños, mis amigos... Me dan consejos, tienen mucha paciencia conmigo... Solamente mis compañeros de trabajo lo ignoran... No quise que lo supieran...

Terapeuta: Y cuando usted habla acerca de su problema con su mujer, sus amigos... ¿se siente mejor o se siente peor?

Paciente: Me siento aliviado porque pueden acompañarme y así puedo hacer mis recados...

Terapeuta: Así, tan pronto como usted habla sobre su problema usted se siente aliviado, pero más tarde, al cabo de un rato, ¿se siente mejor o peor?

Paciente: No, después, me siento más frustrado... Antes, solían darme consejos sobre qué hacer o dejar de hacer, pero ahora no saben qué decirme... y esto es incluso más frustrante... También estoy frustrado porque no puedo hacer las cosas por mí mismo... Antes de planificar las cosas he de ver si hay alguien disponible o dispuesto a acompañarme...

De este modo, a través de estas preguntas orientadas al cambio, la persona sentirá que lo que previamente pensaba que era útil, en realidad, lo frustra cada vez más porque confirma su incapacidad de superar el miedo (Nardone y Salvini, 2004). No puede hacer nada por su cuenta. Una vez más, estamos empezando a cambiar la percepción y las emociones respecto a sus soluciones intentadas habituales. Éste es el punto central de la terapia, ya que los pacientes normalmente son muy reacios a abandonar sus modalidades usuales para superar su miedo.

Terapeuta: Por lo tanto, si lo he entendido correctamente, de otro modo, por favor, corrijame..., usted tiende a hablar mucho sobre su problema porque precisamente entonces se siente aliviado, pero más tarde se queda más frustrado consigo mismo porque comprende, una vez más, que es incapaz de superarlo.

Paciente: Sí, es cierto.

Terapeuta: Y cuando pide ayuda, que le acompañen, y esta persona le ofrece ayuda, ¿usted se siente mejor o se siente peor?

Paciente: Entonces me siento mejor porque puedo hacer mis recados... pero entonces me digo a mí mismo, «¡Mira! Necesitas a los demás, dependes de los demás». Siento que no puedo hacerlo por mí mismo, y esto duele.

Terapeuta: Ah, de modo que cuando pide ayuda y la consigue, en aquel mismo momento usted se siente bien porque le han salvado de una situación amenazadora... Sin embargo, más tarde, se siente incluso más incapaz, porque recibir ayuda de los demás significa que no puede hacerlo por sí mismo, y esto le hace sentirse peor, peor y peor...

Paciente: Sí, es cierto. Quiero hacerlo por mí mismo pero no puedo...

Y una vez más, estamos introduciendo el cambio. A través de la utilización de las preguntas con ilusión de alternativas, seguidas por las paráfrasis que reestructuran, hemos hecho que el paciente *sienta y no sólo comprenda* que, cuando pide ayuda y la recibe, la situación incluso empeora. En terapia, es importante que el paciente *sienta* que algo tiene que cambiar, más que meramente comprenderlo (Nardone y Salvini, 2004). Necesitamos cambiar la percepción de algo y no la cognición, porque, si cambiamos la percepción, cambiamos la reacción emotiva; entonces cambiamos la reacción conductual y, como efecto final, cambiaremos la cognición. Lo que provoca el proceso de cambio es nuestro sentimiento, nuestra percepción; todo lo demás, entonces, le seguirá. Uno puede entender que

necesita cambiar, pero uno necesita sentir con el fin de empezar a hacer algo acerca de ello.

Así, volviendo a nuestro caso, nuestro paciente ahora siente que cada vez que pide ayuda y la consigue el problema empeora. Ahora el paciente está más dispuesto a seguir nuestras indicaciones porque siente que ha llegado a este descubrimiento.

Terapeuta: Permítame recapitular lo que hemos dicho hasta ahora y si he entendido algo mal, por favor, corriójame. Bien, usted es una persona que sufre ataques de pánico, en situaciones que puede predecir y que, entonces, intenta evitar. Sin embargo, cuando no es posible evitarlas, entonces pide ayuda, apoyo. Usted tiende a hablar mucho acerca de este problema, lo cual hace que se sienta aliviado en el momento en que lo divulga, pero más tarde hace que se sienta peor, porque si le escuchan y le compadecen, esto significa que hay algo que no funciona en usted. Lo mismo ocurre cuando usted pide ayuda: usted se siente a salvo y aliviado cuando recibe ayuda, pero entonces, al cabo de un rato, se siente cada vez más incapaz, y el hecho de que otros le ayuden a enfrentarse a ciertas situaciones amenazadoras significa que usted no es capaz de hacerlo por sí mismo. Y esto incluso le frustra más.

Paciente: Es cierto.

Terapeuta: Todo esto hace que recuerde las palabras de un famoso poeta, Fernando Pessoa, que escribía: «Cargo con las heridas de todas mis batallas evitadas».

Paciente: Es cierto.

Terapeuta: Y yo añado, «Las heridas de las batallas evitadas parece que nunca cicatrizan, nunca dejan de sangrar».

El diálogo estratégico induce al cambio mediante la utilización adecuada y deliberada de formas de lenguaje poéticas y retóricas como aforismos, metáforas, anécdotas, experiencias de la vida real, etcétera, que crean una emoción abrumadora en el paciente. Sin embargo, es importante destacar que, para

ser efectivo, la estructura retórica escogida ha de ser a medida del sistema representativo del paciente y coherente con el estilo personal del terapeuta (Nardone y Salvini, 2004). Poder evocar sensaciones de una manera estratégica es, de hecho, una técnica muy compleja y delicada que requiere una gran competencia en las tres esferas de la terapia: lenguaje, relación y estrategia.

Una vez se han completado las preguntas estratégicas, el terapeuta procede a recapitular la información obtenida, destacando los hallazgos más significativos llevados a cabo, haciendo que se unan hacia el cambio. Así pues, el terapeuta resume con el fin de redefinir (Nardone y Salvini, 2004). Para hacerlo recurrimos, una vez más, a una metáfora descriptiva, un aforismo o anécdota que describa la situación presentada en la que el paciente pueda reconocerse a sí mismo y su problema.

Reconocemos que los aforismos son la forma literaria de comunicación más potente, porque son directos y muy evocadores. Sin grandes esfuerzos llegan con fuerza al corazón del paciente, produciendo cautivadores efectos sugestivos (Nardone y Salvini, 2004).

Las preguntas orientadas al cambio, las continuas redefiniciones y la recapitulación literaria final, junto con el resultado global de evocar sensaciones, provocan un proceso persuasivo a través del cual el paciente se reconocerá gradualmente a sí mismo en la nueva visión sugerida por el terapeuta, sintiéndose al mismo tiempo como si fuera él mismo el que alcanza esta nueva visión. Ahora podemos continuar siendo más «directivos» y, por tanto, dar las prescripciones. El paciente estará más dispuesto a aceptarlas y seguirlas.

La armoniosa evolución del diálogo estratégico no solamente hace que las prescripciones sean más aceptables para el paciente sino que logra que sean, en consecuencia, percibidas como una especie de inevitable continuación del proceso en desarrollo. De hecho, el arte de la terapia es el de conseguir el cambio, no sólo como un objetivo deseado sino como un resultado inevitable (Nardone y Salvini, 2004).

Terapeuta: Bien, bien, bien... Quisiera que usted, desde ahora hasta la próxima vez que nos veamos, pensara acerca de lo que hemos dicho hoy: que cada vez que usted habla de su problema lo empeora. Me gustaría que tuviera en la cabeza que, cada vez que usted solicita ayuda y la obtiene, está empeorando su problema, aunque ahí y entonces se sienta mejor. Y lo mismo sucede cuando evita hacer las cosas. Tal como dijo Pessoa, usted carga con las heridas de las batallas evitadas. Sin embargo, sé que por el momento no puedo pedirle que haga esto porque no es capaz de hacerlo, aunque... Por lo tanto, no puedo pedirle que deje de evitar, pero cada vez que lo hace no sólo mantiene el problema sino que hace que empeore. Sin embargo, creo que puedo pedirle que deje de hablar acerca de su problema porque esto es más fácil de hacer...

Ésta es una prescripción paradójica. Primero, alarmamos al paciente sobre el importante peligro de sus acciones y después le provocamos diciéndole «usted no es capaz de hacerlo, todavía». Además, si le decimos directamente al paciente que deje de pedir ayuda, él podría considerarlo demasiado exigente y no seguiría nuestra prescripción. De este modo, al presentar «el hecho de hablar acerca del problema» como una tarea menos difícil de llevar a cabo, damos al paciente la ilusión de que esto requiere menos esfuerzo, aunque «evitar hablar del problema» elimina finalmente cualquier posibilidad de «pedir ayuda». Declaramos esto y, aunque entendemos que él aún no es capaz de impedirse a sí mismo el hecho de pedir ayuda, confiamos en que pueda por lo menos manejar el hecho de evitar hablar acerca del problema. Una vez más utilizamos una ilusión de alternativas para llevar al paciente a adherirse a la prescripción. El lector puede ahora ver con mayor claridad que el diálogo estratégico puede, amable pero eficientemente, mediar en el cambio, haciendo que el paciente adopte una lógica del autoengaño más funcional que le lleve a efectuar cosas que consideraba que estaban más allá de sus capacidades.

A través de este complejo proceso de interacción estratégica, que sigue las líneas de las técnicas¹⁰ sofistas de Protágoras y de la retórica de Blaise Pascal, el terapeuta estratégico conduce a la persona a través de un camino de autodescubrimiento guiado, incrementando el nivel de persuasión. En efecto, según Pascal (ed. esp. 1998), «las personas se persuaden mejor por las razones que ellas mismas descubren que por aquellas que provienen de la mente de los demás».

El diálogo estratégico conduce a un descubrimiento conjunto. Esto ayuda a establecer una «buena» relación terapéutica y fuertes elementos extraterapéuticos que tienden a magnificar la eficacia y la eficiencia de la terapia. Los hallazgos de la investigación muestran que el cambio es más probable que perdure en los pacientes que atribuyen sus cambios a sus propios esfuerzos (Lambert y Bergin, 1994).

En otras palabras, el diálogo estratégico nos ayuda a reestructurar el sistema perceptivo-reactivo del paciente a través de un proceso de descubrimiento, que se ha llevado a cabo por lo que Paul Watzlawick (1981) llamaba «eventos casuales planificados», porque los eventos son planificados y guiados a través de las preguntas interventoras y discriminantes del terapeuta, las cuales, sin embargo, le parecen casuales al paciente. El diálogo estratégico culmina en un acuerdo explícito cuando el paciente expresa las conclusiones de que cree que lo ha alcanzado de manera autónoma.

Es solamente después de que este acuerdo se ha establecido cuando resulta posible pasar de una comunicación verbal inductiva a una comunicación verbal conminatoria, es decir, a proponer instrucciones concretas para el cambio. Para citar el extremadamente valioso estudio de Jullien (1996):

10. Protágoras, uno de los sofistas más importantes junto con Gorgias y Antifontes, utilizaba una estrategia de persuasión muy similar a la descrita aquí, basada en dirigir a la otra persona, a través de preguntas y dudas, a contradecirse a sí misma y su percepción de la realidad.

Manipular al otro es hacer que desee hacer «por su propia iniciativa», y con ganas, lo que yo, en realidad, quiero que él haga... Él cree que está decidiendo por su propia voluntad, cuando soy yo quien lo dirige indirectamente. Dado que él mismo lo desea y tiende hacia ello, no tengo que forzarlo, ni que esforzarme para conseguirlo.

En estos años de investigación activa, hemos ideado series de preguntas interventoras y discriminantes que esconden ilusión de alternativas, y hemos empezado a estudiar y a entrenar a nuestros estudiantes en cómo hacer el diálogo estratégico cada vez más eficiente y efectivo en relación con pacientes específicos y situaciones problemáticas. Sin embargo, dentro de la misma patología uno puede encontrar diferentes variantes que requieren diferentes orientaciones del diálogo. Nuestro propósito es tener unas directrices que contengan unas estructuras de aplicación no rígidas y que puedan guiar nuestra investigación, nuestros descubrimientos y nuestras intervenciones que reestructuran en dirección al cambio. Nuestras intervenciones experimentan continuas correcciones en el transcurso de toda la sesión, guiadas por las frecuentes aprobaciones o desaprobaciones del paciente a nuestras numerosas paráfrasis. Por lo tanto, podemos afirmar que este método es un *continuo descubrimiento autocorrectivo*.

El diálogo estratégico permite corregir nuestros errores o información inexacta a lo largo del proceso de descubrimiento. De este modo, nos salvaguarda a nosotros los terapeutas de cometer errores irremediables en la discriminación y definición del problema, y en consecuencia en el tratamiento aplicado. Este instrumento es sin duda de gran ayuda para el joven terapeuta, que puede sentirse con más confianza en su hipótesis final ya que sus descubrimientos parciales se comprueban continuamente junto con el paciente, a lo largo del proceso entero.

PUNTOS DESTACADOS: LOS CINCO COMPONENTES PRINCIPALES DEL DIÁLOGO ESTRATÉGICO

1. Preguntas interventoras y discriminantes que dan una ilusión de alternativas.
2. Paráfrasis que reestructuran, que permiten al paciente aprobar o desaprobar los descubrimientos hechos mientras se está empezando a introducir el cambio.
3. Evocación de sensaciones —utilización de metáforas, aforismos, anécdotas, etcétera— para hacer que el paciente sienta la necesidad del cambio.
4. Recapitulación final —para resumir así como para redefinir—.
5. Prescripciones —una continuación inevitable del descubrimiento compartido—.

El diálogo estratégico ha transformado la primera sesión en una parte fundamental del modelo breve estratégico avanzado, porque, además de ayudar a capturar al paciente y a identificar el problema con una mayor precisión, es el mediador de un pequeño, aunque fundamental, cambio. El diálogo estratégico es un vehículo que induce al paciente a «sentir» la necesidad del cambio. Por lo tanto, podemos concluir diciendo que el diálogo estratégico es la técnica de persuasión más sofisticada y evolucionada que transforma una sencilla sesión de investigación en un auténtico medio de cambio.

CAPÍTULO 6

ESTRATEGIAS AVANZADAS

*La terapia siempre debería diseñarse
para adaptarse al paciente y no para que
el paciente se adapte a la terapia.*

MILTON H. ERICKSON

Tras haber descrito las fases y el proceso de la terapia breve estratégica avanzada y la forma en que una primera sesión puede transformarse en un proceso terapéutico orientado al cambio, creemos que la mejor manera para hacer que el lector tenga un mejor conocimiento del modelo y sus aplicaciones a los diversos problemas humanos es presentar ejemplos de casos específicos.

La investigación empírico-experimental en el campo clínico (Nardone y Watzlawick, 1993; Nardone, Verbitz y Milanesi, 1999) nos ha permitido detectar una serie de formas específicas de interacción entre la persona y su realidad, que lleva a la formulación y el mantenimiento de tipologías específicas de trastornos psicológicos. Esta información nos ha permitido formular, para el tratamiento de las diversas formas de trastornos mentales, protocolos específicos que, al día de hoy, tienen una alta eficacia y eficiencia científicamente reconocidas (Nardone y Watzlawick, 1993; Nardone, 1996).

El común denominador de todas las patologías, en el que basamos nuestros protocolos específicos, es la respectiva forma de persistencia patológica. Paradójicamente, el problema psicológico se mantiene vivo por los esfuerzos individuales en cambiar y por los esfuerzos de las otras personas que quedan dibujados en la compleja red cibernética de retroacciones (Nardone, 1996).

La intervención terapéutica, en primer lugar, sigue la estructura de la persistencia, y entonces le da la vuelta para utilizar la misma fuerza de la patología para producir el cambio.

TRASTORNOS FÓBICOS Y DE ANSIEDAD

El miedo, el pánico y las fobias son indudablemente los temas a los que estamos más asociados y a los que estamos ligados, gracias a nuestra larga experiencia en este campo de estudio. Nuestro primer trabajo sobre los trastornos fóbico-obsesivos se remonta a finales de los años ochenta. La primera investigación publicada data de 1988 (Weakland y Ray, 1995) y mostraba que el 19,2% de los casos resueltos tenía lugar entre la primera y la décima sesión, el 61,5% se resolvía entre la décima y la duodécima sesión, el 3% se resolvía entre la vigésima y la trigésima sesión y el 15,3% entre la trigésima y trigésimo cuarta sesión.

Durante los últimos quince años, en el CTS, hemos tratado miles de pacientes con trastornos fóbicos y obsesivos, y esta inestimable exposición nos ha permitido establecer una serie de estrategias específicas a la medida de los particulares tipos de persistencia de cada forma de patología recurrente. En la actualidad, la eficacia del modelo de tratamiento avanzado para la ansiedad, la fobia y los ataques de pánico equivale al 95% (Nardone y Watzlawick, 2004), con una eficiencia de siete sesiones, durante las cuales la mayoría de los casos (81%) se desbloqueaban dentro de la quinta sesión y en el 50% de los casos no había rastros de los síntomas relevantes después de la primera sesión.

Ataques de pánico con agorafobia

Este tipo generalizado de trastorno fóbico se mantiene gracias a las soluciones intentadas de «evitación» y «solicitud de ayuda». Aquellos que sufren esta patología evitan constante-

mente exponerse a los presuntos peligros o, si no, requieren la presencia constante de una persona en la que confían con el fin de enfrentarse a ellos.

Nuestra investigación e intervención sobre los trastornos fóbico-obsesivos (Nardone, 1996) ha mostrado que, cuando una persona pide ayuda y la recibe, esta solución intentada confirma y alimenta el problema. Para interrumpir con rapidez este círculo vicioso, hemos ideado una reestructuración específica y elaborada:

Bien, antes que nada hay algo sobre lo que quiero que piense durante la próxima semana. Quiero que piense que, cada vez que usted pide ayuda y la recibe, está recibiendo, al mismo tiempo, dos mensajes. El primer mensaje obvio es «te quiero, te ayudo y te protejo». El segundo mensaje, que es menos obvio pero más fuerte y más sutil, es «te ayudo porque no puedes hacerlo por ti mismo, porque si te lo dejara hacer por ti mismo, estarías mal». Por favor, fíjese que no le estoy pidiendo que deje de pedir ayuda, porque sé que en este momento usted no es capaz de dejar de pedir ayuda. Solamente le estoy pidiendo que piense que cada vez que pide ayuda y la recibe, contribuye a mantener y empeorar sus problemas. Pero, por favor, no se esfuerce en evitar pedir ayuda, porque aún no es capaz de dejar de pedir ayuda. Sólo piense que cada vez que pide ayuda y la recibe, está ayudando a que las cosas empeoren.

Por lo tanto, informamos de que el problema del paciente requiere indudablemente ayuda de otras personas; sin embargo, aunque esta ayuda puede parecer al principio que tiene efectos beneficiosos, llevará finalmente al empeoramiento del trastorno. La técnica utilizada aquí es el *miedo contra el miedo*. El miedo a incrementar la gravedad del problema es mucho peor que los miedos que llevan constantemente a la persona a pedir ayuda. Cada miedo está limitado por un miedo mayor. Como los romanos solían decir: «Ubi major minor cesat».

Así, en esta prescripción, a la que se ha llegado gracias a las ya descritas preguntas interventoras y discriminantes, no

le pedimos directamente al paciente que deje de pedir ayuda. Al contrario, utilizamos un tipo de comunicación paradójica, que fuerza la incapacidad del paciente a actuar sin ayuda. En otras palabras, inducimos a la persona a actuar, sin pedirle directamente que lo haga.

La prescripción se da normalmente al final de la primera sesión, junto con el diario de a bordo.¹¹ Normalmente en la segunda sesión los pacientes nos informan de que en ningún momento han solicitado ayuda en la semana anterior; la mayoría de las veces han empezado a hacer las cosas por sí mismos y, dándose cuenta de que nada malo ocurría, han continuado con la tarea emprendida. Incluso han hecho cosas que hacía largo tiempo que habían evitado hacer, sin experimentar miedo alguno.

Normalmente, utilizamos la misma estructura de reestructuración, siempre en la primera fase de la terapia, para

11. El diario de a bordo es una prescripción que se da en la primera sesión en el tratamiento de los trastornos fóbicos, con la intención de desplazar la atención del paciente, en un momento de necesidad, de los síntomas a la ejecución del ejercicio, aunque es presentado al paciente como un medio para controlar el ataque de pánico. La prescripción dice: «Para esta tarea usted necesita un bloc de notas de bolsillo en el que ha de copiar el esquema que le he preparado: fecha y hora, lugar y personas presentes, situaciones y pensamientos, síntomas y reacciones. Este bloc de notas se convertirá en un compañero inseparable, que ha de llevar consigo todo el día; y, cada vez que sienta que está empezando a tener uno de sus ataques de pánico o nota que tiene miedo, sacará inmediatamente su bloc de notas y anotará la fecha, el lugar... ¿de acuerdo? Sin embargo, es importante que lo lleve a cabo correctamente en el momento en que siente que está teniendo el ataque, no antes, ya que entonces se trataría de una fantasía; tampoco después, porque sería un recuerdo... Necesitamos que lo haga en el momento exacto para tener una especie de fotografía de la situación. Así, aunque tenga la misma sensación cien veces, saque cien veces el bloc de notas y anótelos en el momento exacto, ¿de acuerdo?».

parar las soluciones intentadas de evitación, mientras que más tarde le pedimos directamente al paciente que realice prescripciones específicas antievitación. Cuando la solución intentada principal es la de evitación, invitamos al paciente a que piense que haciéndolo así podría parecer una ayuda en el momento de necesidad, pero, en realidad, esta conducta terminará por confirmar su incapacidad frente a la situación temida, la cual aumenta más su miedo. Así, en estos casos, se invita al paciente —no se le impone— a que *evite* evitar. Una vez más, llegamos a esta prescripción por la vía de las preguntas interventoras discriminantes y de las paráfrasis interrogativas, como se mostró en las páginas anteriores.

Otros pacientes revelan que normalmente tienden a evitar situaciones de miedo y llegan a un punto en que sienten la necesidad de ponerse a prueba forzándose a enfrentarse a situaciones de miedo planificadas, con la intención de medir sus propios fracasos. A estos pacientes —que, como obstinados guerreros, persisten en la batalla utilizando sus estrategias de fracaso usuales y se enfrentan constantemente a la derrota— se les induce a comprender que su particular solución intentada está, finalmente, manteniendo y empeorando su miedo.

Como en el «efecto mariposa» de la teoría de las catástrofes de Thom (1990), un pequeño cambio causa una cadena de grandes cambios que finalmente conducen a un evento catastrófico. En la mayoría de los casos, bloquear la solución intentada de la evitación, de la solicitud de ayuda o del ponerse uno mismo a prueba, produce una serie de reacciones que llevan a la persona a descubrir que su solución intentada le conduce a la persistencia de la patología. Por vez primera, los pacientes experimentan una existencia libre de pánico.

Después del primer cambio importante, obviamente son necesarias toda una serie de maniobras terapéuticas posteriores para alcanzar la solución definitiva. El efecto casi mágico de la reestructuración no indica la total recuperación del trastorno; sin embargo, la primera experiencia concreta inicia el proceso de recuperación de los recursos propios del paciente.

Sin embargo, la importancia de esta técnica específica se entiende con mayor facilidad a la luz de la literatura clínica que enfatiza las grandes dificultades encontradas en obtener resultados rápidos y concretos en el tratamiento de la agorafobia y los síndromes de ataque de pánico.

La segunda fase de la terapia se preocupa de los intentos del paciente por mantener el control de sus reacciones. Para ello, los pacientes tienden a evitar incluso el pensar acerca de sus miedos, pero esto, paradójicamente, los lleva a pensar aún más en ellos. Hemos establecido una prescripción específica para cambiar este sistema perceptivo-reactivo.

En los últimos minutos de la segunda sesión, damos una nueva prescripción paradójica:

Puesto que la semana pasada usted ha sido tan bueno peleando con su problema, le voy a dar ahora una tarea que le parecerá más bien extraña e incluso más absurda de la que acaba de realizar. Sin embargo, como acordamos, ha de seguirla al pie de la letra. Creo que por ahora me he ganado un poco de su confianza, ¿de acuerdo? Entonces, creo que tendrá un despertador en su casa —ya sabe, como éstos que tienen una alarma detestable—. Bien, cada día, a la hora acordada, usted cogerá este despertador y lo pondrá para que suene media hora más tarde. Durante esta media hora, se aislará en una habitación, se acostará o se sentará en un sofá, y durante este tiempo se esforzará voluntariamente en evocar sus peores fantasías relativas a su problema, pensando que está solo, que siente cómo le entra el pánico...¹² Usted permanecerá en este estado durante el resto de la media hora. Tan pronto como suene la alarma, *stop*, la para, suspende el ejercicio, deja los pensamientos y las sensaciones que ha provocado, sale de la habitación, se lava la cara y vuelve a sus actividades habituales. Sin embargo, durante treinta minutos, de forma voluntaria tiene que...

12. El contenido específico de la prescripción debe hacerse a la medida de cada situación y persona específica.

La prescripción sigue el proverbio de los antiguos chinos, «para apagar el fuego hay que añadirle leña». O, como reza una máxima islámica, «Enfrentándose al propio miedo, uno se vuelve audaz».

Esta prescripción tiene dos clases de efecto posible. El primero es: «Doctor, realmente no pude llegar a estar completamente absorto en la situación. Lo intenté, pero todo me pareció tan ridículo que acabé riéndome. Curiosamente, en lugar de hacer que me sintiera peor, estuve completamente relajado», o «casi me duermo». El segundo es: «Doctor, conseguí hacer tan bien la tarea que sentí las mismas sensaciones de antes de venir aquí. Fue muy angustioso; algunas veces grité; luego, por suerte, sonó la alarma y todo se acabó».

Muchos pacientes de ambos grupos de respuesta no experimentan momentos de crisis fuera de la tarea de la media hora, mientras que otros pacientes informan de que solamente han tenido episodios poco frecuentes de ansiedad de los que se recuperaron fácilmente.

En la sesión siguiente, cualquiera que sea el informe del paciente respecto a los efectos de la prescripción, redefinimos nuevamente la situación en términos de cambio positivo. En el caso del primer tipo de respuesta, nuestra redefinición será como sigue:

Como usted ha tenido la suerte de ver, su problema puede aliviarse provocándolo de forma voluntaria; es una paradoja, pero, sabe, a veces nuestra mente trabaja de forma paradójica en lugar de hacerlo con el sentido común. Usted está empezando a aprender a no caer en la trampa de su trastorno y de sus «soluciones intentadas» que complican su problema en lugar de resolverlo.

Toda la sesión continúa en el mismo tono.

Con el segundo tipo de respuesta, la redefinición se expresa como sigue:

Muy bien. Usted está aprendiendo a modular y gestionar su trastorno. Así como usted puede provocar de forma voluntaria los síntomas, también puede limitarlos, y cuanto más pueda provocarlos durante un tiempo dado, más podrá limitarlos y hacerlos desaparecer. Cuanto más pueda usted provocarlos durante la media hora, mucho mejor será capaz de controlarlos durante el resto del día.

Y así, durante el resto de la sesión.

Por lo tanto, en ambos casos, nuestra redefinición del efecto de la prescripción se enfoca en reforzar la conciencia y la confianza del paciente en el cambio en curso y en el hecho de que esta persona está aprendiendo nuevas y eficaces estrategias para tratar con posibles miedos futuros.

El paciente ha recibido una incuestionable prueba práctica de que el trabajo emprendido junto con el especialista es eficaz. Esto crea una excepcional alianza de colaboración, que ayuda a liderar otros cambios progresivos en la percepción de la realidad del paciente.

En la tercera fase de la terapia, el paciente será conducido a utilizar esta reacción paradójica directamente en el momento de necesidad, cuando surja el miedo. Esto hará que pueda hacerlo desaparecer. Cuando la persona ha conseguido esta capacidad, la guiamos a que se exponga a las situaciones temidas previamente evitadas. Muy a menudo, los pacientes lo hacen de forma espontánea, cuando han recuperado la confianza en sus recursos. Este proceso, en su totalidad, lleva a una completa recuperación de los trastornos fóbicos.

Cuando tratamos con pacientes muy resistentes, nos vemos obligados a utilizar algunas técnicas creativas para romper su rígido sistema perceptivo-reactivo. Un ejemplo particular de una técnica creativa, formulada *ad hoc*, es una que implica una manzana, y se utiliza en un caso de persistente agorafobia con la intención de introducir una expe-

riencia concreta para vencer una situación cargada de miedo.¹³ La prescripción reza:

Ahora, el sábado por la mañana usted tiene que coger una hora de su trabajo, dejar la oficina, sacar el coche, sentarse dentro, pero antes de meterse en el coche ha de hacer una pirueta... ha de hacerla... Viene a Arezzo, y aparca en el centro. Cuando salga del coche debe hacer otra pirueta; luego, quiero que usted camine hacia el centro y precisamente hacia el mercado, en donde tendrá que buscar la manzana más grande, más roja y más madura que pueda encontrar. Solamente una manzana. Luego, puesto que yo estaré aquí el sábado por la mañana trabajando como un esclavo, viene hasta aquí, llama a la puerta, me trae la manzana y se vuelve a su casa. Yo estaré trabajando sin haber comido, así que usted ha de traerme algo de comer: solamente una manzana —la más grande, más roja y más madura que pueda encontrar—. La pone en una bolsa de papel y me la trae aquí para mí. Nos veremos de nuevo en nuestra próxima cita. ¿De acuerdo?

En la sesión siguiente el paciente informó de que la misión se llevó a cabo. Toda la sesión se enfocó en redefinir los efectos de la prescripción, es decir, redefinir la experiencia emocional correctiva a un nivel cognitivo. El objetivo fue realzar la autoconfianza del paciente y la conciencia de sus recursos.

El lector puede encontrar muchos ejemplos de técnicas ideadas *ad hoc* en libros anteriores (Nardone, 1996; Nardone y Watzlawick, 1993). Sin embargo, tenemos que confesar que, desde la introducción del modelo avanzado, estas técnicas creativas no se utilizan mucho en nuestra práctica. La resistencia al cambio se supera ahora con la utilización del diálogo estratégico, como antes se mencionó.

13. Una transcripción completa de este caso puede hallarse en Nardone (1996).

*Trastornos obsesivo-compulsivos*¹⁴

Otro importante proyecto llevado a cabo en el Centro de Terapia Estratégica ha sido el estudio del síndrome de comportamiento obsesivo-compulsivo. Hemos estado estudiando este trastorno altamente intimidante y su tratamiento durante más de quince años. Durante esta larga experiencia, hemos tratado con éxito a más de dos mil pacientes con persistentes y complicadas obsesiones y rituales compulsivos. Basado en el método de investigación-intervención, este estudio ha resultado ser un buen y sorprendente instrumento para adquirir conocimiento operativo acerca de los trastornos obsesivo-compulsivos.

El sistema perceptivo-reactivo típico de los síndromes obsesivo-compulsivos se mantiene por las soluciones intentadas de evitación y control de las situaciones de ansiedad a través de rituales compulsivos de reparación o prevención. Los rituales de reparación se realizan para intervenir y reparar después de que el evento temido haya tenido lugar, para que el paciente no se sienta en peligro, y se orientan al pasado. Los rituales preventivos se enfocan en anticipar la situación aterradora para propiciar la cosa o evitar un resultado peor; por lo tanto, se orientan hacia el futuro. Sin embargo, resultados de recientes experimentos empíricos revelan que existen dos variantes de rituales preventivos: los rituales racionales-preventivos y los rituales propiciatorios de razonamiento mágico. Los rituales racionales-preventivos surgen de la creencia del paciente de que haciéndolo de este modo previene ciertas situaciones de miedo del suceso, por ejemplo, contaminarse o infectarse, perder el control, perder la energía corporal, etcétera. El otro tipo de ritual preventivo es una forma de razonamiento mágico altamente vinculada a creencias de fatalismo religioso, convic-

14. Adaptado de Portelli (2004).

ciones supersticiosas, confianza en poderes extraordinarios, y así.

En todos los casos, el foco de nuestra primera entrevista con pacientes obsesivo-compulsivos es el de crear una atmósfera de aceptación y contacto interpersonal con el fin de adquirir poder de intervención. Especialmente con estos pacientes, es de extrema importancia apoyar y aceptar sus fijaciones y sus deformados y aparentemente ilógicos rituales. Sin embargo, aunque los rituales obsesivo-compulsivos van más allá de la noción ordinaria de las cosas, no son ilógicos sino que siguen una lógica no ordinaria. Para poder cambiar su equilibrio, necesitamos asumir la misma lógica no ordinaria cuando ideamos estrategias terapéuticas.

El terapeuta no puede persuadir a un paciente de que deje de tener obsesiones o que prevea no ejecutar rituales a través de explicaciones racionales. Para hacerlo, el terapeuta debe pedirle que lo haga «mejor», sugiriéndole «una vía más eficaz» para gestionar sus necesidades y alcanzar el objetivo de los rituales, que es poder controlar su miedo. En este sentido, uno entra en la percepción del paciente y, al seguir la lógica que subyace en la sintomatología obsesivo-compulsiva y al utilizar medios de contrarritual, el terapeuta puede reorientarla hacia su autodestrucción.

En otras palabras, la terapia necesita seguir la aparente lógica demente que subyace en las ideas y acciones del paciente, declarando al paciente que lo que siente y hace tiene sentido. Después, la intervención continúa dando al paciente un contrarritual específico preestablecido, que es presentado de manera que encaje con las particulares ideas y acciones patológicas obsesivo-compulsivas.

Por ejemplo, si la compulsión es verificar algo una y otra vez para asegurarse de que se ha hecho correctamente, la prescripción, utilizando la lógica numérica del control patológico, será la que haga que el paciente lleve a cabo su verificación exactamente un *número prescrito* de veces, cada vez que sienta la necesidad de controlarse.

Desde ahora hasta la próxima sesión, cada vez que usted realice un ritual, ha de hacerlo cinco veces —ni una menos ni una más—. Puede evitar hacer el ritual; sin embargo, si lo hace, tiene que hacerlo exactamente cinco veces, ni una más, ni una menos. Puede evitar hacerlo, pero si lo hace una sola vez, ha de hacerlo cinco veces...

La estructura lógica de esta aparentemente sencilla prescripción es la de una antigua estratagema: «Dejar que el enemigo suba al desván y después quitarle la escalera». La forma en como se comunica la prescripción es muy importante aquí. La comunicación se basa en una asonancia lingüística hipnótica, repetida redundantemente, y en un mensaje post-hipnótico, expresado en un tono de voz más marcado.

La estructura de esta maniobra es decir que si haces el ritual una vez, has de hacerlo cinco veces. La insinuación es que el terapeuta admite la necesidad del ritual compulsivo, pero al mismo tiempo es él quien ahora lo controla y estipula cuántas veces ha de llevarse a cabo. Además, el terapeuta da el permiso «conminatorio» para evitar realizar el ritual.

De esta forma, el terapeuta asume el control de la ejecución del ritual. El paciente estaba antes forzado por su fobia a realizar sus rituales; sin embargo, ahora está impulsado por la terapia a hacerlo. Esto significa que el paciente adquiere indirectamente la capacidad de controlar la sintomatología en lugar de ser controlado por ella. Si conseguimos esto gracias a la prescripción, el paciente empezará a cuestionar su percepción, que está siendo absolutamente poseída por su obsesión fóbica. El hecho de que ahora sea capaz de controlar las previas acciones patológicas siguiendo las indicaciones terapéuticas significa que llegará a un punto en que las podrá detener. Y normalmente esto es lo que ocurre. Muy a menudo, los pacientes llegan a la siguiente sesión declarando que han dejado literalmente de realizar el ritual, porque haberlo hecho hubiera significado tenerlo que hacer cinco veces. Explican que llevar a cabo sus rituales resulta muy aburrido y con-

fiesan que, de forma extraña, ya no sienten la necesidad de realizarlos para reducir su miedo, porque el miedo ya no se ha vuelto a presentar.

La razón que está detrás de este efecto es que asumimos la misma lógica de la persistente patología. Hemos conseguido dirigir su fuerza contra sí misma gracias a estratagemas ideadas específicamente. De esta forma, hemos hecho que el paciente experimente un cambio sin esfuerzo que va contra su posición previa, utilizando sencillamente un contrarritual para acabar con la «dinámica que se autoalimenta» del trastorno. Esta técnica ayuda al paciente a recuperar el control sobre el síntoma.

Los pacientes obsesivo-compulsivos empiezan a llevar a cabo estos rituales para controlar las situaciones de miedo, pero paradójicamente acaban siendo controlados por la creciente necesidad compulsiva de realizarlos. La solución intentada se convierte en el problema. Los contrarrituales que están hechos a la medida de los específicos rituales compulsivos del paciente dirigen la fuerza de los síntomas hacia su autoanulación. Esto puede parecerle al paciente una especie de magia, pero es únicamente tecnología avanzada. Como decía Arthur C. Clarke en *Los Mundos Perdidos del 2001*, «una tecnológica suficientemente avanzada es indistinguible de la magia».

En la fase siguiente del protocolo, se mantiene esta prescripción y normalmente el número de repeticiones que hay que realizar se aumenta, mientras empezamos a guiar al paciente a enfrentarse directamente a las situaciones de miedo anteriores.

Cuando la terapia funciona bien, la persona vive la concreta experiencia de liberarse a sí mismo de compulsiones y de fobias. La última fase está dedicada a dar al paciente una explicación completa del trabajo realizado y de su proceso, mientras admitimos que la responsabilidad del éxito terapéutico reside en las capacidades y recursos del paciente.

Durante nuestra larga experiencia en intentar establecer el mejor tratamiento posible para los trastornos obsesivo-

compulsivos, hemos ideado muchos contrarrituales específicos prescritos específicamente para que encajen en las diferentes tipologías de la sintomatología compulsiva. De este modo, tenemos ahora a nuestra disposición unas series de prescripciones específicas preestablecidas que han demostrado ser efectivas con las diferentes formas de trastornos obsesivo-compulsivos.

Por ejemplo, en el caso de fórmulas mentales rituales que se repiten compulsivamente, hemos ideado estratagemas que se basan en la lógica de «matar la serpiente con su mismo veneno». Un caso ejemplar es el de una joven mujer que vino a nuestra clínica informando de que era víctima de toda una serie de pensamientos obsesivos ritualizados. Varias veces al día, antes y durante ciertas acciones, la mayoría de las cosas de cada día, sentía la compulsión de repetir mentalmente fórmulas formadas por palabras y números. Esto volvía muy lentas todas sus actividades y tenía el efecto de una tortura mental, puesto que se consideraba una persona muy racional y no podía aceptar la idea de verse forzada a hacer cosas irracionales.

En casos como éste, utilizamos una prescripción que ritualiza el ritual, como se ha descrito anteriormente, siguiendo un tipo diferente de lógica no ordinaria. Tomamos posesión del síntoma compulsivo transformándolo. Dimos a la joven mujer la prescripción siguiente:

Desde este momento hasta que nos volvamos a encontrar, cada vez que repita una de sus fórmulas, ha de repetirla al revés. Haga todas las repeticiones que hace normalmente, pero hágalas en sentido contrario. Por ejemplo, si usted siente que ha de repetir la palabra «día», que sea «aid». Así usted repetirá mentalmente «aid, aid, aid...» tantas veces como sea necesario. Si la fórmula se compone de más palabras y números, el ejercicio será más difícil. En todo caso, usted tiene una mente bien entrenada, ¿no es cierto?

En la siguiente sesión, la paciente informó de que la cosa había sido agotadora, pero muy efectiva, ya que al cabo de

unos pocos días los rituales habían disminuido, y el día antes a nuestra sesión sólo había habido dos episodios, que habían quedado inhibidos de inmediato al llevar a cabo la tarea prescrita. De nuevo, llevamos la patología hacia su auto-destrucción.

Otra estratagema utilizada con pacientes obsesivo-compulsivos que necesitan repetidamente realizar plegarias religiosas u otros ritos específicos es la de crear, en línea con los ritos del paciente, otro, pero aún más complejo y elaborado, y por lo tanto, aparentemente más efectivo.

Recientes experimentos empíricos del CTS demuestran que contrarrituales preestablecidos parece que no funcionan del todo con pacientes que ponen en acción rituales propiciatorios, preventivos y racionales, con la intención de prevenir a fondo una situación de miedo intenso. Los resultados de los experimentos empíricos nos permiten comprender que en estos casos tenemos que actuar sobre las creencias que subyacen. Por ejemplo, pacientes que tienen miedo a la contaminación de alguna clase y se lavan continuamente, se limpian y se esterilizan a sí mismos, sus casas y otras pertenencias. Sin embargo, de forma paradójica, es cuando todo está totalmente limpio y esterilizado que tienen miedo de que la contaminación comience a crecer, por lo que surge la necesidad de llevar a cabo los rituales compulsivos. Una vez más es la solución intentada la que mantiene y complica la solución.

En estos casos, al utilizar preguntas interventoras discriminantes haríamos surgir dudas en el paciente sobre si realmente lo que teme es la limpieza absoluta en lugar de la suciedad: «¿Cuándo surge finalmente el problema, cuando usted está sucio o cuando está totalmente limpio?». Normalmente la primera respuesta es «Cuando estoy sucio». Sin embargo, al preguntar, «¿Cuándo siente la necesidad de llevar a cabo su ritual, cuando está un poco sucio o cuando algo está perfectamente limpio y usted tiene que protegerlo y salvaguardarlo?», el paciente empieza a tener dudas, porque finalmente necesita mantener limpia cualquier cosa que esté impecable.

«En otras palabras, corrijame si me equivoco, su miedo surge principalmente cuando algo está perfectamente en orden y limpio, porque es entonces cuando usted tiene que mantenerlo intacto, ¿no es cierto? Por lo tanto, en realidad, usted teme más la limpieza total que la suciedad.»

Así, de esta forma, empezamos reestructurando su percepción y, por tanto, su reacción hacia la situación que provoca el miedo. Tenemos que empezar a introducir la idea de que «un pequeño desorden ayuda a mantener el orden»:

Así pues, desde ahora hasta nuestro próximo encuentro, me gustaría que realizara un experimento siguiendo la idea de que lo que usted teme es la limpieza perfecta. Me gustaría que llevara a cabo este experimento. Desde ahora hasta la próxima vez que nos veamos, tiene que tocar deliberadamente con su dedo alguna cosa sucia, algo que usted sepa que está sucio y mantener su dedo sucio durante cinco minutos, ni un minuto más, ni un minuto menos. Una vez hayan pasado los cinco minutos, es usted libre de lavar su dedo como quiera. Sin embargo, durante cinco minutos, ni uno más, ni uno menos, mantenga su dedo sucio. Cinco veces durante cinco minutos, ¿de acuerdo?

Esta prescripción sigue la idea de que, con el fin de llegar a ser totalmente inmune y tener el control de alguna cosa, uno no puede evitarla ni prevenirla. Al contrario, uno ha de empezar a tomarla y a soportarla en pequeñas dosis hasta que llegue el día en que no tenga ningún efecto sobre uno.

Observamos que, en la mayoría de los casos, simplemente redefiniendo la situación y estableciendo una serie de experiencias correctivas emocionales concretas, el paciente se liberaba de sus soluciones intentadas y de su rígido y autoalimentado sistema perceptivo-reactivo.

La última fase se dedica a guiar al paciente y a darle las explicaciones completas sobre el trabajo realizado y sus procesos, concentrándonos en atribuir el éxito de la terapia a su capacidad y recursos.

Es de gran importancia indicar que ciertos pacientes que sufren un trastorno obsesivo-compulsivo mantienen rituales tan extraños y complejos que a menudo son tratados equivocadamente como pacientes psicóticos, como en el caso de Roberto, que mantenía series de compulsiones preventivas y reparadoras con el fin de evitar que su energía «buena» fuese absorbida, pero que fue diagnosticado y tratado médicamente como esquizofrénico. Preferimos discutir y presentar este caso en la sección relativa a las presuntas psicosis porque se trata de un caso ejemplar de cuando el diagnóstico inventa la enfermedad.

Dismorfofobia

Un trastorno postmoderno que tiene el mismo sistema perceptivo-reactivo que todos los demás trastornos fóbico-obsesivos es la dismorfofobia, es decir, el miedo obsesivo a la propia apariencia física. Este trastorno está relacionado con nuestro cada vez mayor sentido estético y con los avances hechos por la cirugía estética durante las recientes décadas, en conexión con la noción postmoderna de que hemos avanzado tanto que podemos cambiar incluso lo aparentemente inmutable, como nuestra apariencia física genéticamente determinada.

Hasta hace veinte años aquellos que suspiraban mejorar su aspecto para parecer más atractivos tenían que apaciguarse a sí mismos yendo al gimnasio o utilizando los cuidados estéticos tradicionales, pero seguramente estos medios naturales no cambiaban sus «defectos» físicos. Hoy en día, esto es posible gracias a la cirugía estética. En nuestra cultura occidental, tanto hombres como mujeres se someten a cirugía estética en diversas partes de su cuerpo, confiando en mejorar sus aspectos.

La cirugía estética es en sí misma una ciencia útil y preciada; sin embargo, su utilización excesiva e impropia puede volverla realmente perjudicial y peligrosa. Por desgra-

cia, también en este caso, lo que podría ser útil puede volverse perjudicial si se repite rígidamente. Por lo tanto, cuando una persona se obsesiona sobre una peculiaridad estética que rechaza aceptar, su atención se concentra siempre en este «defecto». Vive con este tormento a lo largo de todo el día, que después se vuelve en pánico a la vista del espejo o de una mirada indiscreta. Luego, la persona busca una posible solución y, al intentar solucionar el problema, pone toda su fe en la cirugía estética.

Sin embargo, es necesario destacar que, en la mayoría de los casos, el «defecto» estético es inexistente o insignificante. La idea patógena de tener una inaceptable deformación estética sólo es una fijación mental, a menudo conectada con problemas de relación con otras personas y un profundo sentido de inseguridad. La mente se agarra a un defecto estético para explicar los fundamentos de estos problemas y mantiene la ilusión de que, una vez suprimido o modificado, todo volverá milagrosamente a su lugar.

Por desgracia, el peligro es que esto puede hacer surgir una cadena de intervenciones correctivas, nunca resueltas, que exacerban la patología física de la persona. De hecho, la persona, contenta con los resultados obtenidos, siempre puede encontrar algo más en su cuerpo que puede ser mejorado, por lo que el paciente entra en una trampa aparentemente sin salida: empieza algo que le da la ilusión de tener el control sobre su aspecto físico, pero, en realidad, hace que pierda el control. Una intervención llevará a otra, después a otra, y así sucesivamente. Piénsese en los numerosos imitadores del aspecto de Elvis Presley o Tom Cruise que vagan por el mundo, producto del escalpelo y de intervenciones extremas de cirugía plástica. O piénsese en la mucha gente que empieza con un sencillo trabajo en la nariz, luego se someten a un agrandamiento del seno, después deciden una intervención para dar forma a los ojos y terminan en un juego de nunca acabar. En tales casos, la ilusión de una solución quirúrgica conduce a más y más intervenciones, que a su vez activan una especie de

reacción en cadena que invade por completo los pensamientos de la persona, haciendo que viva en la constante necesidad de sedar las reacciones de pánico provocadas por la idea de tener un defecto estético.

Como en el caso de los trastornos obsesivo-compulsivos, también en la dismorfofobia, la solución se transforma por sí misma en un nuevo problema que requiere una nueva solución, lo que a su vez construye otro problema, y así sucesivamente. Esta escalada lleva a menudo a auténticos y concretos efectos trágicos, como deformaciones reales, producto de una serie de intervenciones estéticas correctivas que pueden ajustar una característica pero descomponen la armonía global de la persona. El lector no debería pasar por alto los devastadores efectos de ciertas intervenciones estéticas fallidas y de los intentos adicionales que hacen aún más desastrosos los fracasos iniciales.

Otra solución intentada común que toman los dismorfofóbicos es el aislamiento del contacto social, con el fin de evitar el sufrimiento y las crisis de pánico provocadas por su constante sentimiento de que están siendo observados y juzgados. Más tarde, piden desesperadamente ayuda a la familia por lo que para ellos parece ser la única solución posible a su problema y a sus sufrimientos, es decir, la cirugía plástica. Aunque los familiares comprenden con claridad que el problema es psicológico y no físico, acaban por ceder a esta petición, porque el sufrimiento expresado parece devastador.

Generalmente, los dismorfofóbicos rehúsan someterse a psicoterapia, porque están convencidos de que tienen un defecto estético real y no una patógena y errónea percepción de sí mismos. Todo ello dificulta el tratamiento de esta grave patología y a menudo los pacientes vienen a terapia solamente cuando el desastre ya ha tenido lugar.

Cuando finalmente acuden a terapia, no deberían ser persuadidos racionalmente a abandonar su conducta. Ello únicamente aumentaría su resistencia a la terapia. Sin embargo,

se les debería hacer ver gradualmente que lo que parece que les ha proporcionado medios para controlar el problema se convierte finalmente en un problema mayor, el cual no pueden controlar más.

Para ilustrarlo, veamos el caso de Cinzia. Este caso de dismorfofobia fue tratado por el profesor Nardone y fue emitido por la televisión nacional italiana, durante una edición especial del programa *Medici* (Médicos), una serie que trata de las últimas tecnologías médicas. Esta emisión presentaba la idea de la juventud prolongada. Es una terapia de una sola sesión seguida por una discusión posterior con la paciente, que tiene lugar en los estudios durante el programa.

Cinzia es una bella mujer mediterránea de veintitrés años que ya se ha sometido, con éxito, a una operación de agrandamiento del seno antes de ser enviada a nuestra clínica por su cirujano plástico, que rechaza llevar a cabo una segunda intervención quirúrgica: realzar el labio superior.

Terapeuta: Buenos días, Cinzia.

Paciente: Buenos días.

Terapeuta: ¿Puedo tutearte?

Paciente: Cómo no.

Terapeuta: Bien... ¿qué es lo que te ha traído hasta mí?

Paciente: Mi cirujano me ha enviado aquí, porque yo le he pedido que me haga una intervención quirúrgica en los labios. Quiero unos labios más grandes, pero él no cree que esto sea necesario.

Terapeuta: Mm... ¡y así que te ha dicho que vinieras a hablar conmigo!

Paciente: Sí.

Terapeuta: OK. ¿Te has hecho alguna intervención quirúrgica correctiva o es la primera vez?

Paciente: No, ya me he hecho una intervención de cirugía plástica: me he aumentado el seno.

Terapeuta: OK, ¿y la intervención ha salido bien o te ha creado algún problema?

Paciente: No, todo salió bien. Estoy contenta con el resultado.

Terapeuta: Por lo tanto, si lo he entendido bien, de otro modo, por favor, corrígeme, tú te has sometido a una intervención quirúrgica para corregir algo estético que no te gustaba, ha funcionado bien, y ahora quieres corregir otra cosa, que según tú no es adecuada, no está en el lugar que quisieras.

Paciente: ¡Sí, correcto!

Terapeuta: Los labios.

Paciente: Los labios.

Terapeuta: Sin embargo, tu cirujano te ha dicho, «En realidad no lo necesitas, así que habla con...».

Paciente: Sí.

Terapeuta: Mm. OK, ¿y a ti esto te fastidia? El hecho de que él te haya dicho que no hay necesidad, ¿te fastidia o bien te tranquiliza?

Paciente: No, digamos que... me gusta, porque... desde el punto de vista masculino... me dijo que era bonita y que no hacía falta. Sin embargo... yo sé lo que realmente quiero o dejo de querer sobre mí misma.

Terapeuta: OK, pero según tu opinión, ¿es necesario o no es necesario?

Paciente: En mi opinión es necesario.

Terapeuta: ¿Antes de agrandarte el seno, estabas convencida de que tenías que arreglarte también los labios, o esta idea se te ocurrió después de haberte arreglado el seno?

Paciente: Mmm... se me ocurrió después de haberme hecho agrandar el seno.

Terapeuta: Por lo tanto, ¿tú has descubierto el defecto en tus labios solamente después de haber corregido otro defecto?

Paciente: Sí, es correcto.

Terapeuta: OK... ¿Qué te hace pensar esto? ¿Qué te dice esto?

Paciente: ¡Nada! [Sonríe y finalmente empieza a reír.]

Terapeuta: Así que encuentras un defecto solamente después de haber corregido otro anterior. ¿Esto te dice algo?

Paciente: Bien, a decir verdad... es éste... [*Sonríe una vez más.*]

Terapeuta: ¿Cómo es que antes no veías este defecto y ahora lo puedes ver?

Paciente: Bien... ¡ésta es una buena pregunta!

Terapeuta: ...

Paciente: Significa que ahora ya no lo veo, porque lo he corregido y ahora busco otro.

Terapeuta: OK. ¿Y piensas que después de la cirugía en los labios buscarás algo nuevo que corregir, o será suficiente, estarás satisfecha?

Paciente: ¡No lo sé! Ésta es una pregunta de un millón de dólares... Realmente, no lo sé.

Terapeuta: OK, imagina: arreglas el labio superior, te vuelves aún más bonita. Funciona... ¿Crees que podrías ver otro defecto que corregir?

Paciente: No.

Terapeuta: ¿Por qué no?

Paciente: Porque no.

Terapeuta: OK. En tu opinión, ¿una cadena progresiva de intervenciones quirúrgicas correctivas te harían mejor o te podrían hacer empeorar?

Paciente: Psicológicamente me hacen sentir bien, porque estoy en paz conmigo misma. Y para mí esto es lo más importante, ¿correcto? Estar bien conmigo misma. No me importa ninguna otra cosa...

Terapeuta: OK, por lo tanto, la cosa más importante para ti es corregir los defectos. Entonces, ¿te sientes mejor contigo misma?

Paciente: Cuidado, no. No.

Terapeuta: Ah...

Paciente: Para mí son importantes una serie de cosas, una de las cuales es estar bien conmigo misma, mirarme al espejo y estar contenta del aspecto que tengo.

Terapeuta: OK, sin embargo, cuando corriges quirúrgicamente un defecto, terminas por descubrir otro defecto y lo

corrige quirúrgicamente... y después corrige otro, luego descubres otro, y luego otro...

Paciente: No es necesariamente así. Puede ser que me pare aquí, o puede que siga adelante... realmente no puedo decirlo.

Terapeuta: ¿Así que es posible que te pares aquí o que continúes? ¿Qué puede hacer que te pares aquí?

Paciente: Dejar de descubrir otros defectos. [*Sonríe.*]

Terapeuta: Sin embargo, ¿ahora ves el defecto en los labios, no es así?

Paciente: Bien, sí, es cierto...

Terapeuta: OK. ¿Conoces el juego de las cajas chinas? Abres una caja grande y encuentras una más pequeña; abres la más pequeña y encuentras otra aún más pequeña; y después otra aún más pequeña... Y así sucesivamente... Me gustaría que empezases a pensar que después de cada intervención quirúrgica correctiva que ha funcionado estarás abrumada por el deseo de realizar otra... y después otra más... y así sucesivamente... Sencillamente porque la corrección quirúrgica realmente funciona y esto hará que encuentres un nuevo defecto que arreglar, y otro más... y así sucesivamente... En otras palabras, a lo que me refiero es a que ¡es la intervención correctiva la que hace que tú crees nuevas cosas que corregir! ¿Conoces a Michael Jackson?

Paciente: Sí.

Terapeuta: ¿Cuántas veces se ha sometido a la cirugía plástica?

Paciente: ¡Muchísimas veces! [*Sonríe.*]

Terapeuta: ¿Recuerdas? Empezó por la piel, luego la nariz, luego toda la cara...

Paciente: ¡No exageremos! ¡Éste es un caso extremo...!

Terapeuta: Llegó hasta este extremo, ¿no? He mencionado este caso, sencillamente para mostrarte que una buena solución, si se repite, a veces puede llegar a ser un problema.

Paciente: Hmm...

Terapeuta: ¡Hmm...! Mi consejo es que empieces a pensar que corregir tus presuntos defectos puede serte de ayuda, sin duda; sin embargo, también podría transformarse en un problema que crea un nuevo problema, que crea un nuevo problema... ¡como el juego de las cajas chinas! Y he utilizado la imagen de Michael Jackson precisamente porque es muy fuerte.

Paciente: Sí, es cierto.

Terapeuta: Permíteme que te dé un consejo, si puedo...

Paciente: Desde luego.

Terapeuta: En las próximas semanas diviértete mirándote en el espejo, cinco veces al día, cada tres horas durante cinco minutos. Coge un lápiz y un papel, y apunta todos tus defectos estéticos. Escríbelos y piensa en cómo podrías corregirlos. Es la manera perfecta de evitar el juego de las cajas chinas, ¿de acuerdo?

Paciente: De acuerdo.

[*Fin de la sesión grabada y de nuevo en los estudios donde están el presentador del programa, la paciente, el profesor Nardone y otros invitados.*]

Presentador: [*a Cinzia*] ¿Qué has sentido al ver la entrevista que tuviste con el profesor Nardone?

Paciente: Bien, me ha impresionado... me ha hecho recordar un buen momento, porque esta entrevista fue muy importante para mí.

Presentador: ¿Un «buen momento»?

Paciente: Sí, porque me bloqueó, bloqueó lo que yo pensaba.

Presentador: Disculpa... ¿te bloqueó o te desbloqueó lo que pensabas?

Paciente: No, bloqueó lo que yo pensaba.

Presentador: Es decir, tu decisión.

Paciente: Sí, mi decisión. Sí, la decisión de someterme a una cirugía plástica para tener labios más grandes.

Presentador: ¡Ah!... ¿y por qué?

Paciente: Me liberó. Desbloqueó mis pensamientos. En diez minutos el profesor Nardone consiguió, por primera vez, que fuera más allá de la apariencia estética... de lo que yo podía querer o no querer. Así que, por el momento, lo he dejado correr todo, porque estoy pensando seriamente en ello. Me ha impresionado.

Presentador: Escucha... Exactamente, ¿qué es lo que ha socavado tus creencias previas?

Paciente: El hecho de que yo no veía el problema de mis labios antes de que me rehiciera el seno. Para mí esto no era ningún problema y solamente después de la operación surgió este defecto.

Éste es un claro ejemplo de cómo la utilización del diálogo estratégico puede cambiar el sistema perceptivo-reactivo de una paciente solamente en una sesión. A través del uso del diálogo estratégico, se hace sentir a la paciente, y no meramente entender (Nardone, Salvini, 2004), que lo que estaba a punto de emprender no iba a solucionar el problema. Por el contrario, esta solución intentada se convertiría en un problema que crearía otro problema, que a su vez crearía uno nuevo y así sucesivamente, precisamente como en el juego de las cajas chinas. La analogía con las cajas chinas es una imagen metafórica muy fuerte que representa muy bien la posible caída en un círculo vicioso con peores consecuencias posteriores.

El impacto producido por el diálogo estratégico utilizado a lo largo de la primera sesión fue tan inmediato y abrumador que la paciente no tuvo necesidad de poner en práctica el consejo dado por el terapeuta para experimentar el cambio. La prescripción paradójica, que llamamos *chequeo estético*, estaba destinada a reforzar el cambio producido durante la sesión. Esta prescripción tenía la intención de incrementar el miedo de la paciente a entrar en un círculo vicioso sin salida. Durante la sesión Cinzia fue llevada a ver que era la corrección de un defecto (agrandamiento del seno) lo que

finalmente hacía surgir otro defecto (labio superior), que deseaba corregir a toda costa, y que, por lo tanto, podía revelar otro y otro, hasta que perdiera todo el control. Sencillamente, aconsejándole que buscara más defectos estéticos reforzábamos su miedo abrumador presente: el de entrar en un «juego» sin fin que no tenía salida. Esto llevó a un cambio de segundo orden¹⁵ (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

DEPRESIÓN

En la última década, la depresión se ha convertido en un trastorno de moda, particularmente debido a los diversos debates en relación con sus causas biológicas y medioambientales. Mucho se ha escrito sobre la depresión, pero nos gustaría limitar nuestras explicaciones a las estrategias exitosas en el tratamiento de esta patología.

En el caso de la depresión, la solución intentada más común se expresa en la tendencia de las personas a quejarse y hacerse las víctimas, que se junta con una actitud de estímulo, consuelo y protección por parte de la familia y de los amigos de la persona. Por lo tanto, en la primera fase de la terapia, los casos de depresión requieren un tipo específico de intervención estratégico-familiar, seguidos por un proceso de reestructuración del sistema perceptivo-reactivo de la persona. Normalmente llamamos a toda la familia y los invitamos a participar en la terapia, o, mejor aún, los nombramos coterapeutas. Esto es fundamental para que la terapia discu-

15. Hay dos tipos de cambio: cambio de primer orden, por el cual el sistema en el que el cambio tiene lugar permanece inmutable; y de segundo orden, el cual, a diferencia del primero, altera el sistema entero. A este último nos referimos como *cambio del cambio*, porque es más radical, más estable y persiste en el tiempo. Esta distinción corresponde a la definición cibernética dada por Ashby (1956).

rra tranquilamente. Incluso el lenguaje utilizado empleará un tono de colaboración. Al final de la sesión damos la siguiente prescripción:

Desde ahora hasta la próxima sesión, ustedes van a hacer algo muy importante. Cada noche, antes o después de cenar, han de reunirse todos en la sala de estar. Cogen un despertador y lo preparan para que suene media hora más tarde. Durante estos treinta minutos todos los miembros de la familia permanecerán sentados en absoluto silencio mientras usted [al paciente] tendrá media hora para quejarse todo lo que quiera mientras los demás le escuchan. Usted tendrá la oportunidad de que ellos sepan lo infeliz que es y lo triste que es su vida, mientras que ellos están ahí escuchándole en silencio absoluto. Cuando suene la alarma, *stop*; la reunión se aplaza hasta la noche siguiente. Ustedes han de evitar cualquier referencia al problema a lo largo del resto del día: tienen el ritual nocturno del día siguiente establecido para este fin.

También le pedimos a la familia que respete un silencio absoluto acerca de la situación del paciente hasta la siguiente sesión nocturna y que declinen entretanto cualquier demanda del paciente a ser escuchado o ayudado.

En la mayoría de los casos, la familia vuelve y dice «sí, él [o ella] se quejó muchísimo las primeras noches durante la media hora, pero después de un tiempo ya no tenía de qué quejarse». Incluso más interesante, normalmente informan de que, durante la segunda semana, el paciente ha dejado de quejarse durante el día, y ha comenzado a ocupar su tiempo haciendo otras cosas. La depresión se concentraba por completo en la media hora.

Principalmente, mantenemos la prescripción en la segunda fase de la terapia, pero reducimos gradualmente el tiempo. Además, utilizamos la técnica del «como si»:

Durante las siguientes semanas, me gustaría que se hiciera esta pregunta. Cada día, por la mañana, pregúntese a sí mismo:

«¿Qué haría hoy de diferente si ya no tuviera mi problema, o si ya me hubiera recuperado de mi problema?». Entre todas las cosas que pasen por su cabeza, escoja la más pequeña, la mínima aunque concreta y póngala en práctica. Cada día, escoja una cosa pequeña pero concreta como si ya hubiera solucionado su problema y, de forma voluntaria, póngala en práctica. Cada día escoja algo diferente.

Los pacientes normalmente regresan con una lista de pequeñas cosas «como si me hubiera curado». Por tanto, la depresión decrece mientras aumentan las cosas deseadas que él o ella han puesto en acción. Después de algunas semanas, si la terapia ha funcionado bien, el paciente habrá dejado por completo de quejarse y hacerse la víctima.

El objetivo de la técnica del «como si» (Watzlawick 1990) es el de introducir algunos cambios pequeños dentro de la rutina diaria de la persona deprimida. Aunque el cambio es mínimo, provocará una reacción en cadena de cambios que subvertirán todo el sistema. Esta prescripción es una exposición ejemplar de la teoría del «efecto mariposa» de Thom. Si conseguimos hacer que una persona cambie la actitud que hace que construya una realidad disfuncional por lo menos una vez al día, aunque sea en contextos en apariencia no relacionados, la conduciremos a producir una experiencia emocional concreta (Alexander y French, 1946) que puede ser fácilmente incrementada introduciendo posteriores acciones y actitudes «como si» y, finalmente, a construir una nueva realidad funcional que reemplace la disfuncional anterior.

Esta prescripción no es nada nuevo. Ya en el siglo XVII, Blaise Pascal utilizó la versión más temprana que conocemos de la técnica del «como si» para ayudar a recuperar su fe a los cristianos que dudaban. El filósofo sugería: «No importa si vosotros ahora dudáis acerca de Dios: simplemente arrodillaos y rezad, utilizad agua bendita y participad en los sacramentos... comportaos como si creyeráis... y veréis que la fe no tardará en estar con vosotros».

Las pequeñas pero concretas acciones «como si» subvierten gradualmente la interacción normal entre la persona y su realidad, llevándola a experimentar realmente algo que inicialmente pretendía sentir. Esto tiene lugar a través de un autoengaño inducido que cambia la dirección de la «profecía», dirigiendo a la persona a experimentar algo distinto de la usual rutina y que le libera del viejo sistema perceptivo-reactivo pesimista.

La combinación del ritual familiar y la conjura del silencio (mantenida a lo largo del resto del día) junto con la técnica del «como si» representan una manera maravillosa de tratar muchos casos de depresión, porque trabajan conjuntamente en romper el círculo vicioso previo mientras que al mismo tiempo reorientan los recursos del paciente hacia su autocuración.

El tratamiento es algo diferente para aquellos pacientes depresivos que acuden a terapia por decisión propia. Hay un porcentaje significativo de pacientes deprimidos que no implican a otras personas en sus miserias e intentan esforzarse ellos mismos en superar su estado de incapacidad. En tales casos no necesitamos ver al resto de la familia sino que trabajamos individualmente con el paciente. No obstante, una vez más nuestra intervención inmediata apunta a identificar, y en consecuencia bloquear, aquellas soluciones intentadas llevadas a cabo por el paciente para superar su estado de depresión, y al mismo tiempo precisar y reforzar estrategias funcionales que puedan ayudar a rescatarle de este laberinto aparentemente sin salida.

Por tanto, desde el final de la primera sesión, invitamos a los pacientes deprimidos a realizar dos estrategias principales: la prescripción de *cómo empeorar* y la prescripción del *milagro*.

La prescripción de cómo empeorar es una estrategia orientada al problema que apunta a revelar las soluciones intentadas por los pacientes, que desgraciadamente son las responsables de mantener y empeorar el problema. La prescripción del milagro es una estrategia orientada a la solución que apun-

ta a llevar al paciente más allá del escenario presente, a revelar estrategias que puedan ayudarle a liberarse del estado actual. Esta prescripción está dirigida a provocar sensaciones estimulantes, que inducirán al paciente a moverse hacia el escenario deseado. Especialmente con estos pacientes, es fundamental trabajar con sus sensaciones y no con lo razonable, de otro modo continuarían tropezando con los escollos habituales.

El efecto de estas dos prescripciones es habitualmente suficiente para hacer que el paciente viva una experiencia emocional correctiva, que desbloquee la situación. Normalmente los pacientes acuden a terapia asombrados por el inexplicable cambio «milagroso» experimentado en las semanas anteriores. Este milagroso cambio es reconocido pero cuestionado. Se invita a los pacientes a que sean escépticos acerca de este estado de bienestar y se les induce paradójicamente a que dediquen treinta minutos cada día a pensar en sus peores y más pesimistas pensamientos. Llamamos a esta técnica «la media hora de pasión», haciendo una analogía entre los sufrimientos del paciente y la pasión de Jesús. Esta técnica es una versión adaptada de la peor fantasía (descrita previamente en el tratamiento de los trastornos fóbicos y de ansiedad). Tiene la misma lógica y objetivo, que es «apagar el fuego añadiéndole leña» (véase «Ataques de pánico con agorafobia»).

De forma paralela, prescribimos la técnica del «como si», ya descrita en este capítulo, para invitar al paciente a «dejarse llevar por la buena ola» impulsada por la prescripción del milagro.

Las técnicas ilustradas se utilizaron en el caso de Tiziana, una mujer divorciada de cincuenta años que había sido diagnosticada de depresión aguda.

Coterapeuta: ¿Cuál es el problema que la ha traído aquí?

Paciente: Hace más de veinte años que sufro de depresión.

Digamos que es periódico. Cada tres años sucede alguna cosa que la provoca. Bien, lo deduzco. Está siempre conectado a la esfera amorosa, algo que intento mantener bajo

control. Por ejemplo, el año pasado tuve un accidente leve, pero que fue muy malo, y me enyesaron la pierna. Fui a terapia... Bien, pensé, aquí estoy otra vez. Vuelvo a estar atascada una vez más en el habitual círculo vicioso, porque puedo entender cómo va. Ahora tengo para rato. Estaba bien hasta que tuve un pequeño problema sentimental... Conozco bien mis síntomas. Normalmente noto que me duelen las piernas y los brazos, y hace poco tuve una terrible sensación de malestar en el estómago, como si alguien intentara abrírmelo. Mi médico de familia — porque mi neurólogo falleció hace dos meses — me prescribió antidepresivos por la mañana y ansiolíticos por la noche, durante los primeros quince o veinte días.

Coterapeuta: ¿Para ayudarla a descansar?

Paciente: Para ayudarme a estar despierta. Durante los primeros días para mí es difícil estar despierta. Ahora, me ha dado esta medicina. [*Busca en su bolso y le da una caja a los terapeutas.*] Creo que ayuda a relajar los músculos intestinales. Es la única cosa que hace que desaparezca este terrible dolor de estómago. Es como si alguien quisiera abrírtelo...

Coterapeuta: ¿Qué hay del dolor en sus piernas y brazos?

Paciente: Bien, no podía andar...

Coterapeuta: ¿Y sus brazos, puede moverlos?

Paciente: En absoluto. Digamos que con los años extrañamente ha ido mejorando, probablemente porque conseguía arreglármelas con esta depresión.

Coterapeuta: ¿Qué quiere decir?

Paciente: Creo que en algunos casos me las he arreglado para anticiparla. Sin embargo, es lo que supongo.

Coterapeuta: ¿Qué quiere usted decir con «me las he arreglado para anticiparla»?

Paciente: No lo sé. Debo haberla anticipado porque no ha ocurrido nada. Cuando empiezo a sentir que no puedo ni cerrar un ojo, comprendo y me digo a mí misma...

Coterapeuta: ¡... hay algo que no va!

Paciente: Sí.

Coterapeuta: ¿Entonces, qué hace?

Paciente: Bien, no lo sé. Reacciono contra ella. No puedo comprender por qué suceden ciertas cosas. Reacciono contra ella a causa de mi trabajo. Tengo un trabajo muy estresante pero interesante, es mi droga [sonríe] y en estos años...

Terapeuta: ¿En qué trabaja? ¿Sentimos curiosidad por saber de qué droga se trata!

Paciente: [Sonríe.] Bien, soy la responsable del Departamento de Asuntos Exteriores de la delegación de Roma de mi empresa [el nombre de la empresa se suprime junto con algunos detalles que podrían revelar la identidad de la paciente]... Mi trabajo es muy interesante porque estoy continuamente en contacto directo con la gente... Me gusta pero es estresante, me atrae psicológicamente, porque estoy cambiando continuamente, no soy yo misma con los demás, ¿sabe lo que quiero decir?

Terapeuta: Bien, usted interpreta continuamente diferentes papeles con el fin de poder estar de acuerdo con los demás.

Paciente: Cierto, y esto hace que sea, la mayoría de las veces, una ganadora, porque conozco a la persona y me las arreglo para saber lo que hay que hacer... Me gusta el juego que hago para relacionarme con la gente. Me siento una ganadora, aunque «ganadora» no es la palabra correcta. Déjeme decirle, me las arreglo para obtener buenos resultados, pero esto es por lo que mi compañía me paga, ¿no? Me siento absorbida por mi trabajo. Hay una parte de mí a la que le gusta y otra parte que... Sin embargo, no puedo estar sin él.

Coterapeuta: ¡Seguro! ¿Pero, qué es lo que hace cuando hay dificultades?

Paciente: Trabajo menos. Tengo menos éxito.

Coterapeuta: ¿Qué hace usted para superar su problema, su depresión?

Paciente: Nada, nada.

Coterapeuta: ¿Qué significa «nada»?

Paciente: Nada. Por ejemplo, ayer tuve una reunión. Me levanté y me fui de la habitación. Una vez en casa me estiré en la cama, puse un bonito cojín en mi estómago y me quedé ahí. Ahora puedo hablar de ello con mis hijas... Dejo que lo sepan, si no se preocuparían... aunque preferiría no hacerlo y quedarme sola en la oscuridad... Empecé a sentirme de esta manera el diecisiete de febrero, durante los primeros días en que estaba en casa.

Coterapeuta: Así que se queda en cama en casa con las ventanas cerradas...

Paciente: Me gustaría, pero no es posible porque tengo familia.

Coterapeuta: ¿Tiene cosas que hacer en casa?

Paciente: Durante los primeros cuatro o cinco días hago muy poca cosa, no puedo ayudar, lloro, estoy en crisis total. Además, esta vez sucedió en la oficina, así que mis colegas... para mí son crisis normales, pero para ellos... es como una especie de ataque de pánico. [*Pone sus manos alrededor del cuello.*] Siento que no puedo respirar. Quién sabe lo que pensarán mis colegas.

Coterapeuta: Cuando tomaba medicación, ¿cómo iba? ¿Iba mejor?

Paciente: Estaba un poco mejor cuando hice psicoterapia con él. Estuve en terapia con un psicólogo aproximadamente seis meses.

Coterapeuta: ¿Así que hizo terapia? ¿Cómo fueron los resultados?

Paciente: Este psicólogo era una especie de filósofo que trabajaba con objetivos... nuestro primer objetivo fue el trabajo, porque tenía grandes problemas con mis superiores en mi trabajo anterior, pero cuando empezamos a trabajar en la esfera emocional tuvimos que parar... porque tuve una serie de decepciones [*lo dice con una gran tristeza*]... en el corazón... verdaderamente [*interrumpe la frase*].

Coterapeuta: Hábleme de ello.

Paciente: Bien, nada [*con lágrimas en los ojos*]. No puedo manejar una relación íntima con un hombre. Escojo al hombre equivocado.

Coterapeuta: Es como si usted no pudiera evitar escoger hombres que acaban por hacerla sufrir, de una forma o de otra.

Paciente: Digamos que tuve la ilusión de que les había advertido... pero no. Esta vez acabé por chocar con otro de la misma especie, idéntico. Bien, estuve casada y me separé... mi marido me trajo aquí. Podría decirse que tenemos una vida seudonormal pero hemos estado emocionalmente distanciados durante tres o cuatro años. Esta persona me parecía... No lo sé, podría ser atraída por buena gente pero los que están un poco por encima de las normas, excéntricos, inestables, aunque necesito unos hombros fuertes...

Coterapeuta: Así que usted necesita unos hombros fuertes pero luego acaba con hombres que no le ofrecen unos hombros fuertes sino que...

Paciente: Bien, no me hacen daño, pero son débiles. Comprendo que son débiles. Porque yo doy una imagen de ser una mujer fuerte y éste es mi gran error.

Coterapeuta: Una mujer fuerte, ganadora, totalmente realizada.

Paciente: ¡Exacto! De modo que los hombres fuertes me evitan, me tienen miedo. Muchos hombres son tan superficiales. Bien, muchos hombres lo son, esto es lo que creo. Los otros se me pegan y quieren agotar mi energía, algo que ya no tengo ganas de dar...

Coterapeuta: [*Asiente con la cabeza.*] Y usted continúa dedicándose a este tipo de relación, aunque la haga sufrir.

Paciente: Por desgracia es así.

Coterapeuta: En un juego...

Paciente: Una masacre...

Coterapeuta: Una masacre, de la cual, si lo he entendido bien, ¿usted no puede prescindir?

Paciente: Así parece, pero ya tengo suficiente.

Coterapeuta: OK.

Paciente: No escojo bien. No soy capaz de escoger bien, ¡maldita sea! [*Dicho con gran frustración.*] No puedo entender por qué no los identifico, ¡no lo sé! Todos parecen buena gente, me hacen reír, estar alegre. Sabe, éste [*refiriéndose a su última pareja*] también sufre de depresión. Siempre está en la cama. Nos infectamos el uno al otro, ¡ve!

Coterapeuta: Así, por favor corríjame si me equivoco, usted ahora está emocionalmente ligada a un hombre que también sufre de depresión.

Paciente: Eso parece.

Coterapeuta: ¿Se ayudan el uno al otro o sufren los dos en solitario?

Paciente: No, no quiero saber nada de él.

Coterapeuta: ¿Cuando está deprimida no se mantienen en contacto?

Paciente: No. Bien, esta relación... nos conocíamos desde hacía tres o cuatro años de implicarnos sexualmente. Esto se remonta al pasado julio. Él, profesionalmente, no está realizado. Me tomó como un ejemplo a seguir, pero cuando le reproché por una mala gestión en el trabajo, él... me dijo que nunca había podido terminar nada. Se lo dije así sin pensarlo directamente. Me desquitaba de su actitud descuidada. Lo que le dije tenía una intención. He de ser sincera y he de confesar que se lo dije así por una razón, para desquitarme... pero ahora él no está bien y yo lo siento, pero no quiero saber nada de él, si no me implicaría emocionalmente. Lo siento y así él me arrastra con sus problemas. No, me sabe mal decirlo, no me he de preocupar de los demás.

Coterapeuta: ¿Ha tenido otras relaciones similares?

Paciente: Sí, otras relaciones similares que duraron bastante. Otra relación, que duró varios años, se acabó porque él no era lo bastante fuerte para mantener una doble relación. Tenía una familia, pero no sé por qué continuaba viéndome. Adivino que era muy importante para él, pero

nos distanciamos progresivamente. Me hizo mucho daño, pero era una persona positiva...

Coterapeuta: ¿Y con su marido?

Paciente: Mi marido fue la causa. Sin embargo, mi primer trauma tuvo lugar a los veinticuatro años cuando mi primer marido me dejó. Entonces pensaba que amor y matrimonio eran para siempre. Después conocí a mi segundo marido, me quedé embarazada sin quererlo. Él es el padre de mis dos hijas [*señala hacia la sala de espera, en donde su segundo marido está esperando*] y es muy irresponsable. Me hace sufrir mucho, me ocasiona muchos problemas, especialmente financieros. Roba mi dinero, vende mis cosas. Ahora vive en casa de mi madre y yo vivo en otro sitio. Las cosas van ahora un poco mejor, porque solía decirme mentiras, pegarme... No podía aguantarlo, era demasiado violento, todavía le tengo mucho cariño.

Coterapeuta: ¿Así que el modelo se repite?

Paciente: Cierto, siempre me acerco a hombres débiles, infantiles, críos que necesitan que se los cuide...

Terapeuta: ¡Bien! [*interrumpe a la paciente*]. Al escuchar su historia entiendo que usted tiene una perfecta introspección de todo lo que le ha sucedido...

Paciente: Sí [*sonriendo*].

Terapeuta: Sin embargo usted no puede detenerse y hacerlo de otra manera.

Paciente: Maldita sea, esto es lo que más me frustra. No se preocupe por mi lenguaje. [*Los dos rompen a reír.*]

Terapeuta: Entendemos perfectamente lo que quiere decir.

Paciente: Me enfado porque no lo entiendo.

Terapeuta: De todas las cosas que nos ha contado, permítame subrayar algo que ha dicho que es conmovedor. Usted ha dicho, «los hombres fuertes no me quieren...».

Paciente: No es que no me quieran, es precisamente que me tienen miedo, porque soy terrible...

Terapeuta: Seguramente, dicen, con ella [*refiriéndose a la paciente*] acabaré peleándome a diario, así que es mejor

que encuentre a alguien más conformista y estaré mejor. Mientras que los débiles encuentran atractiva esta fuerza de la naturaleza y al cabo de un tiempo descubren que usted necesita ser protegida y poseída, en lugar de proteger y poseer, y ya no les atrae.

Paciente: No es que no me atraigan. Me adaptaría, pero ellos huyen.

Terapeuta: Es cierto, porque tienen una imagen suya de fuerza, tranquilizadora; en cambio, descubren sus límites. Sin embargo, hay algo que me hace reflexionar, cuando usted ha dicho que los hombres no comprenden.

Paciente: Bien, me corrijo a mí misma: dije que muchos hombres.

Terapeuta: Sin embargo, tiene razón.

Paciente: Un poco superficial, ¿no?

Terapeuta: Bien, mientras siga poniéndose una máscara de mujer fuerte, interpretando el rol de mujer valiente, siempre atraerá a los hombres débiles. Cuando usted roba sus corazones y se siente relajada, usted siente que no puede desvelarse a sí misma y quitarse la máscara, y ellos van cara a cara con una persona que no les atrae.

Paciente: Tiene razón. Sin embargo, con el último me quité la máscara inmediatamente. Aunque no quise revelar cómo soy en realidad, acabé por deletrearlo todo...

Terapeuta: Sin embargo, ésta es una excepción a la regla.

Paciente: Cierto.

Terapeuta: Lo que nos dijo antes es muy indicativo: mientras continúe poniéndose la máscara sólo atraerá a los hombres débiles.

Paciente: Sin embargo, es muy difícil quitársela.

Terapeuta: Eso es cierto...

Paciente: Incluso porque es la misma máscara que me ayuda a tener éxito en otras esferas de la vida. Tengo dos hijas, y ya que mi marido nunca trae un céntimo a casa, he de trabajar duro...

Terapeuta: Usted era la fuerte.

Paciente: Siempre ha sido así. Esto es un hecho, completamente patológico, pero creo que si me muero...

Terapeuta: Por favor, permítame... usted es fuerte, en ciertas esferas de la vida. No se pone ninguna máscara, usted es efectivamente así. Sólo que, en otras esferas, esto no funciona.

Paciente: Soy muy sensible en asuntos del corazón.

Terapeuta: Es precisamente que la misma cosa no funciona en otras esferas.

Paciente: En otras esferas soy malvada, soy un dragón, una bruja, muchos hombres me temen, pero ¿qué puedo hacer?

Terapeuta: Otra pregunta y luego le diremos lo que tiene que hacer. Usted ha dicho que su anterior psicólogo trabajaba por objetivos. ¿Qué objetivos consiguieron?

Paciente: Bien, problemas de trabajo, yo creía que los había resuelto... sin embargo, cuando empezamos a trabajar sobre mi problema de mantener relaciones íntimas, bien, tuvimos que dejarlo...

Terapeuta: Bien, creo que ya tenemos suficiente información para entender que podemos ayudarle. Nuestro método de trabajo es muy específico. Nuestra terapia es breve. Nos damos diez sesiones. Si en la décima sesión no vemos resultados, interrumpimos la terapia. Si vemos que hemos conseguido los resultados predeterminados, continuamos hasta que llegamos a una solución. Si todo va como de costumbre, en la décima sesión sus problemas se habrán resuelto, pero esto depende de que usted sea capaz de seguirnos al pie de la letra. ¡Ya veremos! Esto es porque nuestro método de trabajo no sólo se basa en nuestras entrevistas o en intentar comprender lo que está ocurriendo, porque usted ya lo ha entendido todo, ¿no?

Paciente: Sí.

Terapeuta: Es precisamente por lo que no puede hacerlo de otro modo. Por lo tanto, le daremos tareas para seguir, tareas que necesita poner en práctica. Tareas que pueden

parecer banales, ilógicas, estúpidas, pero ninguna es dolorosa, inmoral... que han de seguirse al pie de la letra... En la mayoría de los casos el problema se resuelve dentro de las diez sesiones. ¡Ya veremos si será su caso! Tenemos dos tareas para usted.

Coterapeuta: Hasta ahora, el objetivo era encontrar una solución a su problema. Queremos hacer precisamente lo contrario. Queremos que cada día se pregunte: «¿qué tendría que hacer o dejar de hacer, pensar o dejar de pensar, decir o dejar de decir, si quisiera, de forma voluntaria, deliberada, empeorar mi situación?». Cada día hágase esta pregunta... obviamente evite ponerlas en práctica...

Paciente: De acuerdo, ¿pero qué tengo que hacer cuando estoy ansiosa sobre cosas estúpidas?

Terapeuta: Vayamos despacio. Cuando los enemigos son numerosos, no podemos enfrentarnos a todos a la vez. Tenemos que destruirlos atacándolos poco a poco.

Paciente: De acuerdo, así que he de pensar lo que he de hacer para empeorar mi situación actual, ¿correcto?

Terapeuta: ¿Qué necesita hacer para empeorar, voluntariamente, su situación? Tome notas y tráigalas aquí en la próxima sesión. Después tenemos otra tarea, que podría parecer extraña. Queremos que... cada día cuando se despierte, mientras se arregla, queremos que se imagine que está saliendo de esta habitación, como hará hoy, cierra la puerta tras de usted como la cerrará hoy, y, cuando la puerta se cierra, ¡*puff!* Como si fuera magia, ya no está deprimida, ya no tiene ansiedad. ¿Qué cambiaría inmediatamente en su vida? ¿Qué otros problemas surgirían? Imagínese a sí misma saliendo de esta habitación, cuando la puerta se ha cerrado, ¡*puff!* Como un milagro, ya no está abrumada por su depresión. ¿Qué cambia? ¿Qué otros problemas aparecen? Tráiganos todas las respuestas. Nos vemos dentro de dos semanas.

Segunda sesión

Coterapeuta: ¿Cómo está usted? ¡Tiene buen aspecto!

Paciente: Bien, muy bien. Me siento más radiante.

Coterapeuta: Así que es verdad que la cara es el espejo del alma.

Paciente: Mis dolores de estómago han desaparecido.

Coterapeuta: Bien, estamos muy contentos.

Paciente: Era mi peor malestar.

Coterapeuta: ¿Cuándo desapareció su dolor de estómago?

Paciente: Bien, regresé a F el domingo. Mi hija tuvo un pequeño accidente. Se rompió la pierna jugando a voleivol. Así que, debido a esto, mi primer día fue así así, pero el lunes me desperté más relajada. Por la mañana normalmente me despierto tensa, un poco tensa. Desde el lunes parezco más relajada, y desde entonces, tengo que decirlo, me he encontrado bien. ¡No puedo explicarlo! ¡Debe ser cosa de sugestión hipnótica!

Terapeuta: ¿Quién sabe?

Paciente: ¿Quién sabe?

Terapeuta: Si lo he entendido bien, usted empezó a sentirse más relajada inmediatamente.

Paciente: Sí.

Terapeuta: ¡Este estado de gracia — refirámonos a él de esta manera — ya dura unos días!

Paciente: Desde el lunes, después de que viniera a su... Debía haberlo asociado, convencerme a mí misma... No lo sé. Todo lo que sé es que desde entonces me siento bien.

Terapeuta: Veamos.

Paciente: Digamos que me siento muy bien. Es cierto de que ha pasado un mes desde la fase aguda, pero ahora me siento más relajada que nunca. Me enfrento a la vida con menos ansiedad.

Terapeuta: ¿Cómo ha hecho las prescripciones que le dimos?

Paciente: Bien, tengo que leerlas en voz alta. Son muy divertidas, pero creo que ustedes ya estarán acostumbrados a esto, ¿no?

Terapeuta: Sí, lo estamos. [Sonríen.]

Paciente: Bien, empezemos por la primera. Qué tenía que hacer para empeorar mi situación. [Lee en voz alta una larga lista.] Telefonar a G, es mi última pareja, que también sufre de depresión, o a su colega para preguntarle qué tal le va, decidir quedar con él y luego proponerle soluciones a sus problemas.

Terapeuta: ¡Ya veo!

Paciente: Algo que evité hacer. Fijar una cita con mis clientes regulares para intentar resolver sus problemas, que también son los míos. Esto crearía más estrés ya que tengo más de una cita por día. Esto es muy estresante para mí. Es algo que he dejado de hacer. Fijaba citas en largos periodos... no sentí que volviera al habitual ritmo ajetreado que tenía hasta hace un par de días. Aprovechar lo mejor de mi tiempo libre intentando ajustarlo lo más posible, algo que he hecho siempre; siempre he intentado ajustarlo en algo que hacer incluso en mi descanso de diez minutos: visitar a B, un amigo mío, para fijar aquellos famosos datos, algo que estaba deseando. Telefonar a otros amigos... cosas que no he hecho.

Terapeuta: Hmm. ¡Ya veo!

Paciente: Enfrentarme a J, mi hija mayor, completamente consciente de que no estoy preparada para hacerlo. Esto no solucionará nuestros problemas ni frecuentes enfrentamientos. ¡Aún no he hecho esto! Aunque, necesitamos resolver este problema. He terminado con esta lista. Ésta es la segunda. La he preparado en un solo día. ¿Quiere que se la lea también?

Terapeuta: ¿Qué le hizo sentir el hecho de pensar acerca de cómo empeorar su problema? ¿Cuándo se le ocurrieron las cosas que podían empeorar su situación que...?

Paciente: Pensé que hay cosas que yo no haría, por lo menos en aquel momento. ¿En un futuro? ¡No puedo decirlo! Bien, si caigo víctima otra vez de una de estas trampas...

Terapeuta: Bien. ¿Cómo se sintió al hacer la tarea de la mañana?

Paciente: ¿Aquella tan simpática?

Terapeuta: Como si, ¡*puff!*, como un milagro.

Paciente: Bien, ya había planeado hacer algo que surgió después del *puff*... que es, lo haré la semana que viene. Pensaba en cuidar más de mí misma, tanto física como mentalmente... Ir a tomar algo y al teatro. Fijar una fecha para mis vacaciones en Praga y que mi hija de Inglaterra... algo que he estado retrasando un poco. Empezar una dieta y empezar a ir al gimnasio con regularidad, y al fisioterapeuta para mis dolores de espalda. Tener una buena charla con mi jefe para aclarar mi tipo de trabajo y mi grado. He estado trabajando algunos años para esta empresa y aún no lo he hecho. Aclarar mi situación con mi hija, especificando roles claros, reglas, etcétera... ¡He acabado!

Coterapeuta: Así que estas son cosas que usted haría si ¡*puff!*

Paciente: Puede ser.

Coterapeuta: Por lo tanto, ¿todos sus problemas entonces desaparecerían?

Paciente: ¡Bien! [*No está muy convencida.*]

Coterapeuta: ¡Usted ha venido con una larga lista muy interesante!

Paciente: Hice la lista el día después de venir aquí, pero he de confesar que no he añadido nada desde entonces. Ayer pensé, bien, éstas son las cosas que quiero hacer una vez me recupere, pero ahora me guardo absolutamente de hacerlas.

Coterapeuta: Por ahora evita absolutamente hacerlas.

Paciente: No debería... aunque, estoy tentada de hacerlo.

Coterapeuta: ¡Ah! ¿Qué le hace pensar esto? ¿El hecho de que esté tentada a hacerlo? Aunque le dijimos que no lo hiciera porque aún no está preparada.

Paciente: Es una forma de... no sé, ¡debilidad! Quizás me gustaría hacerlo así, aunque soy consciente de que no haría...

sin embargo, he de confesar que podría hacer alguna cosa de lo de arriba aunque...

Coterapeuta: ¿Por ejemplo, qué?

Paciente: Telefonar a G, porque sé que no está bien, aunque esto pudiera herirme.

Coterapeuta: Es un sentimiento ambivalente: una parte de usted quiere saber de él, otra parte...

Paciente: A nivel humano... También tengo curiosidad por ver si yo fui directamente responsable de su depresión... Esto es lo que pienso. Aunque él tiene otros problemas que incluso son mayores, no me considero como la reina de sus problemas. Sin embargo, hice que se enfrentara a sus responsabilidades, como normalmente hacemos las mujeres, alguna cosa está siempre evitando en su vida.

Coterapeuta: ¡Y, en un sentido o en otro, él estaba destrozado!

Paciente: Esto es lo que le dije, aunque... tengo mucha curiosidad. Pero creo que no voy a decirle nada porque seguro que esto me haría daño... Solamente lo haré cuando crea que puede ser una buena cosa. Ahora, solamente me arrastraría a un estado de gran ansiedad.

Coterapeuta: ¿Y la gente de su entorno?

Paciente: ¿Mi familia?

Coterapeuta: ¿Cómo viven sus familiares este cambio? ¿Son conscientes de ello?

Paciente: Mi hija mayor, que estudia psicología en la universidad, pero no psicología clínica... está en contra de la psicoterapia...

Terapeuta: Creo que estará en contra de todas las demás psicoterapias, excepto ésta.

Paciente: También está en contra de ésta. Porque dice que, cuando una mujer ha llegado a los cincuenta, no puede resolver sus problemas de toda la vida en quince días.

Terapeuta: ¡Ah! Normalmente nuestra terapia es bien recibida por aquellos que creen en un enfoque científico.

Paciente: Bien, sabe Doctor, en muchos casos cuando las hijas se sienten responsables, aunque ella definitivamente no es responsable de nada, evitan hablar de ello. En casa nunca habla de ello... Sólo hablo de ello con mi marido... Mi hija más joven lo sabe pero nunca hace preguntas —solamente tiene quince años—. Les dije que estaba viniendo aquí pero nadie ha dicho nada. Mi hija no me ha echado una mano. Dice que tiendo a compadecerme de mí misma y que quiero que los demás me consuelen y me conforten. Yo le dije que, si actúo de esta forma, ella, que estudia esto, me consolaría ahora y luego me enviaría al infierno. Esto es lo que le dije el otro día. De hecho en los días siguientes estuvo mucho más calmada.

Coterapeuta: ¿Se calmó?

Paciente: Estuvo más tranquila... tenemos una relación muy conflictiva, también porque tenemos un carácter muy parecido.

Terapeuta: Sin embargo, si lo he entendido bien, ella continúa rechazándole, aunque usted esté mejor, ¿no?

Paciente: ¡Seguro!

Terapeuta: Ella dice que usted no puede estar mejor, recuperada, en tan sólo quince días.

Paciente: Sí, ella dice que estas cosas no ocurren en quince días. Una necesita hacer un trabajo más profundo, más lento, en el que se pueda interactuar en una forma más confidencial con el terapeuta, esto es lo que piensa. Está estudiando psicología del desarrollo, psicología infantil. Piensa que a partir de una cierta edad no hay nada que hacer, solo morir. [*Con ironía.*]

Terapeuta: En la actualidad la psicología del desarrollo está más orientada hacia la tercera edad. La psicología del futuro es la de los ancianos. [*Sonríe.*]

Paciente: ¡Seguro! Esto es lo que le dije.

Terapeuta: Sin embargo, nuestra intención no es convencer a su hija sino hacer que usted se sienta mejor. Bien, si lo he entendido bien, usted está en una especie de momento mágico.

Paciente: Cierto, me sentí en calma interior, relajación absoluta... ha pasado un tiempo desde la última vez que me sentí así... ¡digamos que años!

Terapeuta: Bien, bien, bien.

Paciente: Aunque aquí me siento algo tensa.

Terapeuta: Bien, como solemos decir, hemos lanzado una bola de nieve que ha empezado a rodar y rodar, se está haciendo más grande cada vez... hemos de dejar que ruede... hasta que se convierta en una avalancha imparable... y evitar empujarla o bloquearla, de otro modo en cualquiera de los dos casos se rompería. Por tanto, dejemos que la bola de nieve que hemos lanzado ruede y ruede. Ahora, tenemos otras dos tareas para usted, y, como la vez pasada, tienen diferentes objetivos que convergen... Necesitamos que encuentre media hora para esta prescripción, antes o después de comer.

Paciente: Después de comer está bien.

Terapeuta: Bien, necesitamos de usted media hora de pasión cada día, precisamente como la pasión de Cristo.

Paciente: La época es buena. [*La sesión se desarrolló en marzo.*]

Terapeuta: Coja un despertador y dispóngalo para que suene media hora más tarde. Durante esta media hora, aíslese, relájese... y durante media hora ha de estar ahí y, de forma voluntaria, deliberada, traiga a su mente sus peores pensamientos, sus peores preocupaciones, todas las cosas que la hacen sufrir, todas las cosas que podrían hacerla sufrir en el futuro, todas las cosas que la atemorizan, todas las cosas que la hacen entrar en crisis; y déjese llevar por estos pensamientos y por todas las cosas que sienta que quiere hacer. Si quiere llorar, llore; si quiere chillar, chille; si quiere decir palabrotas, dígalas... hasta que suene la alarma del despertador, entonces pare. Salga de la habitación, lávese la cara y continúe con su rutina diaria. ¿De acuerdo? Pero, durante media hora tiene que estar ahí y voluntariamente traer a su mente los peores pensamientos posibles que puedan arrastrarla a un estado de depresión, ¿de acuerdo?

Paciente: ¡De acuerdo!

Terapeuta: La segunda tarea es una cosa completamente diferente.

Coterapeuta: Como ya hizo en las semanas anteriores [*la paciente dice «La fantasía del milagro»*], sí, la primera cosa por la mañana, queremos que se haga esta pregunta: «¿Qué haría hoy diferente de lo habitual si ya no tuviera el problema que me ha traído aquí?». «¿Qué haría de diferente?» Entre todas las cosas que le pasen por la cabeza, escoja la más pequeña, la mínima, aunque concreta, y llévela a cabo...

Paciente: Una cosa al día.

Terapeuta: Una cosa al día, cada día, algo diferente. Después tráiganos la lista de todas las cosas que ha hecho.

Paciente: ¡Bien, necesito tener tiempo libre!

Terapeuta: Bien, le estamos pidiendo cosas pequeñas como si el problema ya no existiera. Pero hágase usted esta pregunta por la mañana, así podrá planificarlo.

Paciente: Correcto. Así puedo planificar mejor mi día.

Terapeuta: Bien, nos vemos dentro de dos semanas.

Tiziana volvió a la tercera sesión llena de alegría por todos los pequeños cambios que introdujo en su vida diaria. Empezó a cuidarse de su salud, yendo al gimnasio, sometiéndose a fisioterapia, haciendo largos paseos relajantes, yendo a tomar café con viejos amigos. También se tomó tiempo del trabajo para visitar Praga. Declaró que estaba mucho más calmada incluso con su hija mayor y con el «crío de su ex marido». Cuando le preguntamos acerca de su «media hora de pasión», explicó que al principio acabó en lágrimas al pensar en todas las desgracias anteriores de su vida, pero al cabo de un par de días no tuvo nada que pensar sobre ello y esta media hora se convirtió en su siesta. Sus dolores de estómago desaparecieron por completo.

Los pensamientos deprimidos se concentraron en «la media hora de pasión». Por lo tanto, siguiendo la estratagema de «apa-

gar el fuego añadiéndole leña», la paciente se liberó de estos desanimados pensamientos. Esto hizo que la prescripción del «como si» fuera más fácil de poner en práctica.

Incluso en este caso, después de esta fundamental «experiencia emocional correctiva», evocada al crear la tarea orientada al problema y la prescripción orientada a la solución, continuamos reestructurando gradualmente el sistema perceptivo-reactivo de la paciente, guiándola a construir un nuevo equilibrio personal más funcional.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

El tratamiento de los trastornos de la alimentación es otro importante proyecto llevado a cabo en el CTS durante la última década. En el transcurso de nuestro estudio empírico experimental, observamos la existencia de diversas variantes entre los trastornos de la alimentación, que giraban cada uno de ellos en una solución intentada específica y que, por lo tanto, requerían un protocolo de tratamiento diferente.

Como aclaración, presentaremos algunos ejemplos de protocolos. Una explicación completa de la investigación empírico experimental y sus hallazgos requeriría la presentación de una obra entera dedicada a los trastornos de la alimentación.¹⁶

Anorexia nerviosa

La anorexia es sin duda el trastorno de la alimentación más estudiado en la literatura científica. Durante estos últimos diez años, hemos llegado a comprender que existen dos tipos distintos de anorexia: abstinentes y sacrificantes.

16. Para más detalles relativos a la investigación empírico experimental y sus hallazgos véase Nardone, Verbitz y Milanese (1999).

Podríamos decir, metafóricamente, que las anoréxicas abstinentes se colocan una armadura medieval que las protege de su extremada sensibilidad, pero que finalmente se convierte en su prisión. La abstinencia es la *solución intentada* que parece imposible abandonar, porque, si se quitan su armadura, serían incapaces de manejar sus emociones.

En el curso de nuestra investigación, observamos que el sistema específico de percepciones y reacciones de las anoréxicas abstinentes se caracteriza por una tendencia a evitar comer, así como otras agradables experiencias, a causa de su miedo a perder el control. Perder peso se convierte en un medio para anestesiar emociones. Puesto que las anoréxicas abstinentes no pueden imaginar ningún equilibrio personal mejor que el suyo, son extremadamente resistentes al cambio.

Aparte de las soluciones individuales intentadas por las anoréxicas abstinentes, las soluciones intentadas por el sistema que las rodea (en particular por su familia) son también muy importantes. Los miembros de la familia tienden a hacer toda clase de esfuerzos para ayudar a la persona insistiéndole en que coma, estando con ella, controlándola constantemente, etcétera. Por desgracia, muchas de estas soluciones intentadas complican el problema en lugar de solucionarlo. Como decía Oscar Wilde, «toda mala habilidad es resultado de buenas intenciones» y a menudo con las mejores intenciones acabamos produciendo las peores consecuencias.

Normalmente administramos un tipo de tratamiento «medio estratégico y sistémico» para la anorexia. Habitualmente vemos a toda la familia en la primera sesión y a la joven sola en las siguientes sesiones (utilizamos pronombres femeninos porque son principalmente mujeres las que sufren este trastorno aunque la investigación y el trabajo clínico revelan que los trastornos de la alimentación están en constante crecimiento incluso en la población masculina). Si esto no es posible, intentamos ver a la familia en una sesión posterior —al menos una vez en el transcurso de la terapia—. Como se ha mencionado, la anorexia es un trastorno en el que se ven

implicadas otras personas y siempre hay intentos directos o indirectos por parte de la familia para hacer que la paciente coma. Por lo tanto, necesitamos conseguir a los miembros de la familia como coterapeutas. Utilizamos diferentes prescripciones en el curso de la terapia para guiarlos, con el objetivo de bloquear todas las soluciones habituales intentadas (pedir a la persona que coma, controlarla, etcétera).

Algunas veces, las personas que sufren anorexia, como aquellas que sufren trastornos de vómito, rechazan ir a terapia. En tales casos, a menudo es suficiente ver a sus padres y persuadirles de que dejen de poner en práctica sus soluciones intentadas.

Muy a menudo, tras unas pocas sesiones solamente con la familia, muchas jóvenes deciden acudir a terapia personalmente porque están molestas por los cambios en la conducta de sus padres.

El primer encuentro con la paciente anoréxica y/o con su familia es crucial para un resultado terapéutico bueno. Si la primera sesión no está bien dirigida, la terapia será muy probablemente abandonada incluso antes de empezar.

Por lo tanto, la fase inicial de la terapia requiere la «captura» de la paciente con la utilización de sugestión. Ya desde el principio el terapeuta necesita utilizar algunas maniobras y técnicas de comunicación específicas para establecer una alianza verbal y no verbal con la joven, para construir una relación que tiene el sabor de la exclusividad. Es esencial que el terapeuta aprenda a utilizar el particular lenguaje y la lógica de la paciente anoréxica.

Evitamos completamente intentar persuadirla para que coma. Al contrario, mostramos respeto por su elección y aprecio por sus recursos. Asimismo es necesario establecer una alianza, una relación de total confianza, con la familia para que todos sus miembros puedan aceptar y colaborar con el terapeuta a lo largo de las diferentes fases de la terapia.

En la primera sesión, el terapeuta introduce las siguientes maniobras terapéuticas directas: *redacción nocturna de car-*

tas y reestructuración para que la familia deje de hacer las soluciones intentadas.

REDACCIÓN NOCTURNA DE CARTAS

Como se ha mencionado, el tratamiento de las anoréxicas abstinentes se basa esencialmente en derrumbar su anestesia emocional estableciendo un tipo de alianza terapéutica seductora con la joven. Al final de la sesión, le damos la siguiente prescripción:

Desde ahora hasta la próxima vez que nos veamos, cada noche cuando te vayas a la cama, en tu almohada, la última cosa que has de hacer antes de dormir... necesitarás comprar algunas cosas para escribir, un buen papel de carta, y escribirme una carta. Sólo hay un requisito previo: has de empezar con «Querido doctor» —o sea, yo—. Después, puedes escribir lo que te apetezca, incluso que soy tacaño o estúpido... pero has de empezar con un «Querido doctor». Cuando hayas acabado la carta, la firmas, la pones en un sobre, lo cierras, y me traes todas las cartas la próxima vez. Esto me ayudará a comprenderte mucho mejor que cientos de charlas.

Aunque presentamos esto como parte de una investigación diagnóstica, la redacción de cartas es útil para dar a la relación paciente-terapeuta un contexto de intensidad emocional: «La última cosa que harás en tu almohada antes de dormirte...».

Las cartas escritas en la almohada evocan los intercambios de las cartas de amor. De alguna manera, esto parece inconsistente con las palabras «Querido doctor». Esta incongruencia aparente fomenta un cierto nivel de intimidad mientras mantiene un «límite de seguridad». Es una forma clásica de doble vínculo terapéutico (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967).

Lo que principalmente nos interesa, por lo tanto, es el proceso de perturbación causado por el ejercicio de la redacción de cartas. Esta maniobra también es un instrumento efectivo para promover la comunicación, porque la joven se

siente libre de escribir cosas que probablemente resultarían difíciles de expresar personalmente.

La redacción de cartas nocturnas es un primer paso para establecer a la vez una relación emocional intensa con el terapeuta y un proceso de subversión emocional en las anoréxicas abstinentes. A causa de su efecto perturbador, esta prescripción basta a menudo para romper el modelo patológico y permitir a la paciente liberarse de la prisión de la conducta de abstinencia.

En esta fase, para asegurar un buen comienzo, el terapeuta debe, por tanto, intervenir directamente en el sistema de comunicación de la familia dando prescripciones que detengan las soluciones intentadas más comunes.

Por lo tanto, el terapeuta pide a la joven que salga de la habitación y pide después a la familia que lleve a cabo una conspiración de silencio, es decir, que dejen de intervenir e incluso mencionar el problema. Al dar esta prescripción, es muy importante evitar cualquier crítica a acciones pasadas, o cualquier implicación en que la familia pueda sentirse culpable de alguna forma. En cambio, tenemos que utilizar un lenguaje conminatorio, dar connotaciones positivas y, sobre todo, evitar formulaciones negativas, a la vez que elogiamos a los padres por haber sido tan buenos, pacientes y dedicados en sus intentos de ayudar a su hija.

Si se sigue al pie de la letra, esta prescripción para por completo las soluciones habituales intentadas por la familia. Esto lleva a menudo a mejoras sorprendentes en los síntomas anoréxicos. La maniobra es efectiva porque interrumpe el círculo vicioso retroactivo entre la familia y la joven, que ha estado alimentando el problema.

En la segunda fase del tratamiento, al haber establecido una relación de «alianza exclusiva» con la paciente a través de la redacción de las cartas, proseguimos nuestros esfuerzos en producir una serie de emociones concentrándonos en que la paciente vuelva a descubrir su propia feminidad. Empezamos enfocándonos en su propia capacidad de ser seductora, ani-

mándola a «jugar» a ser seductora en su estilo de vestir, modo de hablar, forma de arreglarse el pelo, etcétera. Las mujeres anoréxicas tienden a disfrutar mucho este aspecto teatral.

Estas intervenciones apuntan a dar a la paciente algunas percepciones y emociones agradables reafirmando indirectamente su sentido de ser deseable como mujer, de modo que, cuando empiece a «sentir» algo en alguna parte, deseará tener sentimientos en otros aspectos de su vida. Sin embargo, hemos de llevar a cabo esta estimulación sin pedir mucho de ella, tomando ventaja de cosas pequeñas con el fin de empezar el proceso de cambio.

La joven necesita sentir que está «trabajando en el problema», pero con un margen de seguridad. Es como si estuviéramos enseñándole a saltar, pero con un paracaídas. Estos pequeños cambios tienden a tener el efecto de una bola de nieve, se hacen cada vez más grandes mientras ruedan, hasta que se convierten en una avalancha.

Durante esta fase, continuamos con la redacción nocturna de cartas, aunque gradualmente le decimos a la joven que las escriba solamente si lo desea. Al mismo tiempo, trabajamos directamente en las actitudes interpersonales aplicando una versión particular de la prescripción del «como si».

Cada mañana, mientras te aseas, te vistes y te preparas para salir, quiero que te hagas la siguiente pregunta: «¿Qué haría hoy de diferente si el resto de la gente me considerara deseable?». Entre todas las cosas que pasen por tu cabeza, escoge la más pequeña, la más diminuta, y hazla. Haz una cosa pequeña pero concreta cada día como si te sintieras deseable. La próxima vez, tráeme una lista de todas las cosas que has hecho.

La maniobra del «como si» (Watzlawick, 1990a) es una técnica orientada positivamente que apunta a introducir un cambio mínimo en las acciones diarias de la persona. Aunque mínimo, este cambio puede tener un efecto mariposa (Thom, 1990) análogo al observado en los pacientes deprimidos. Si conseguimos cambiar la actitud que ha llevado a una persona a

construir una realidad disfuncional — aunque sea una vez al día, en un contexto en apariencia intrascendente—, produciríamos una *experiencia emocional correctiva*. Esta experiencia puede ampliarse desarrollando otras acciones y actitudes «como si», hasta que una nueva y funcional realidad haya sido construida y reemplace la anterior. Pequeñas pero concretas acciones «como si» derrumban gradualmente la interacción usual entre la persona y su realidad, y finalmente la conducen a experimentar un sentido real de que es deseada y cortejada.

Como hemos visto, raramente hablamos directamente sobre lo que debería comer la joven, o acerca de su problema con la comida, durante las dos primeras fases del tratamiento (sin embargo, esto no significa que evitemos mencionarlo en absoluto). En la tercera fase, si es necesario, trabajamos directamente en la relación de la paciente con la comida, guiando a la joven hacia una percepción más correcta en este contexto, como hicimos anteriormente con otros tipos de sentimientos. Podríamos, por ejemplo, ayudarle a recuperar el placer de saborear.

Una vez que sus síntomas han empezado a mejorar, las personas anoréxicas a menudo se encuentran en la situación de querer comer y ganar peso, pero son incapaces de hacerlo. La razón es a menudo que piensan que están comiendo un número de calorías por día, aunque de hecho están tomando muy pocas. Estas jóvenes tienen una considerable capacidad para autoengañarse en su percepción de lo que comen. Es como si llevaran unas lentes deformantes que aumentarían cualquier cosa. En estos casos, podemos enseñarles a pesar «con sus ojos» y luego con una escala, para que abandonen finalmente sus lentes deformantes por medios de percepción más funcionales.

Una intervención directa con la comida en la relación de una persona anoréxica es igualmente necesaria cuando ha vuelto a ganar algo de peso y su ciclo menstrual se ha reiniciado, pero su relación con la comida sigue siendo difícil (por ejemplo, si tiene miedo de sentarse a la mesa o si aún come

una cantidad de comida muy limitada). Puesto que quieren ser perfectas y tener el control, estas jóvenes asumen actitudes rígidas hacia su dieta y no se permiten ninguna trasgresión. En tales casos, les enseñamos *el pequeño desorden que mantiene el orden*, con la siguiente reestructuración:

Detrás de todo límite hay una trasgresión. Mientras más rígidos sean tus límites, más tentada estarás de trasgredirlos. Si, en cambio, construyes un orden que incluya desorden, ya no volverás a sentir la necesidad de trasgredirlos, porque el pequeño desorden te salva de un enorme desorden y mantiene tu sistema equilibrado y en perfecta evolución. Un trocito de chocolate, una pequeña trasgresión, significa que tú no sientes la necesidad de trasgredir en grandes cosas en otros momentos. Uno ha de permitirse a sí mismo algunas cosas. Si te lo permites, podrás pasar sin ello; si no te lo permites, será irresistible.

El terapeuta pone énfasis en la importancia de unos hábitos de nutrición bien organizados y decide con la paciente lo que sería una dieta correcta y equilibrada para ella («¿Quién va a saberlo mejor que tú?»). Sin embargo, el terapeuta introduce también la idea de que una dieta sana y equilibrada necesita incluir un pequeño desorden que mantenga el orden, porque necesitamos un pequeño desorden con el fin de ser ordenados.

Como usted puede imaginar, ésta es la mejor actitud hacia la comida no solamente para las personas anoréxicas sino para todo el mundo. Alcanzar este objetivo significa haber trastornado el sistema perceptivo-reactivo anoréxico. Para confirmar este supuesto informamos normalmente de que, en esta fase, la paciente incluya un pequeño desorden en su dieta y que establezca intimidad sin temor con el sexo opuesto. Esto significa recuperación, porque el placer es el mejor antídoto contra la anorexia.

Por otro lado, las jóvenes que padecen anorexia sacrificante empiezan típicamente teniendo estas dificultades y desarrollan síntomas anoréxicos en conjunción con una situa-

ción familiar problemática. Normalmente, en sistemas familiares patógenos, un miembro asume todo el peso del problema familiar desarrollando algún trastorno psicológico (Nardone, Verbitz y Milanese, 1999; versión española publicada en 2002). Este miembro obtiene ventajas secundarias de su trastorno porque estos síntomas le permiten proteger a la familia de la destrucción, ya que todos los demás problemas son dejados aparte para ocuparse de los sufrimientos de la joven.

Por lo tanto, nuestra primera intervención con las anoréxicas sacrificantes es dar una connotación positiva al sacrificio (Selvini Palazzoli, 1963; Weakland et al., 1974). La primera sesión se basa en felicitar a la joven por estar haciendo un sacrificio tan enorme por toda la familia y la animamos a continuar haciéndolo porque esto permite estar bien al resto de la familia. La reestructuración es «¡Felicitaciones! Estás haciendo un sacrificio espléndido por toda tu familia. Gracias a que tú tienes un problema todo el mundo goza de buena salud. Así que intenta mantenerlo e intenta no cambiar, porque si tú cambias todo el mundo se derrumbará».

Habitualmente, la afirmación paradójica provocadora lleva a una súbita mejoría: al prescribir la conducta sintomática, ésta pierde su espontaneidad.

La connotación positiva del sacrificio tiene un efecto altamente disruptivo, que es suficiente para liberar a la joven de los síntomas anoréxicos. Sin embargo, en la mayoría de los casos, las anoréxicas sacrificantes tienen un aspecto de abstinencia, construido durante los años de sacrificio. A través de sus sacrificios, estas jóvenes comienzan a aislarse del resto del mundo y de las relaciones sociales. Por tanto, en tales casos, el tratamiento continúa de acuerdo al protocolo para la anorexia abstinentes.

Síndrome del vómito/bulimia nerviosa

Los trastornos de la alimentación están evolucionando con rapidez hacia un tipo de especialización «refinada». Jóvenes con tendencias bulímicas o anoréxicas descubren finalmente que vomitar les permite controlar su peso sin tener que privarse del placer de comer. También, situándose unos pocos kilos arriba o debajo de su peso ideal, evitan alarmar a sus familias y ser presionadas a comer con normalidad. Por lo tanto, en los años recientes, hemos observado un aumento considerable en los casos del síndrome del vómito, comparado con los trastornos más «tradicionales» de la anorexia o la bulimia.

Aunque la literatura de nuestro campo (APA, 1994) todavía clasifica el trastorno del vómito como una variante de la anorexia y la bulimia nerviosa, nuestra investigación empírica ha mostrado que el trastorno del vómito se basa en una estructura y en un modelo de percepción de la realidad completamente diferentes. Aunque la bulimia (las comilonas y el ganar peso) y la anorexia (abstenerse de la comida para perder peso) forman la matriz básica del trastorno del vómito, este último, una vez establecido, pierde sus conexiones con el trastorno que inicialmente lo produjo. En este sentido, el trastorno del vómito es un ejemplo de una cualidad emergente, igual que el agua es un ejemplo de una cualidad emergente del hidrógeno y del oxígeno. Aunque el hidrógeno y el oxígeno son los elementos que forman el agua, pierden sus características individuales, ya que el agua es algo diferente y más que la suma de sus elementos.

Indudablemente, cuando inicialmente estas personas empiezan a atracarse y a vomitar, el vómito representa una solución intentada, una forma de perder peso, o de evitar ganarlo, mientras continúan comiendo. En otras palabras, es una manera para la persona de cumplir comiendo sin sentir los efectos perjudiciales de su relación con la comida. Al principio, ésta es una solución intentada que funciona; sin

embargo, cuando el ciclo de comer y vomitar se repite continuamente, se convierte en un ritual cada vez más agradable; al cabo de unos pocos meses, se habrá convertido en el mayor placer de la joven del que no podrá prescindir.

Por lo tanto, una vez que el síndrome del vómito se ha establecido, el problema ya no es controlar el peso, sino controlar la compulsión hacia el placer. Comer y vomitar, que empezó como una solución intentada con respecto a la anorexia y la bulimia, se convierte en el problema y la razón de que persista se encuentra en el placer que produce. Uno de los hallazgos de nuestra investigación es que la obsesiva búsqueda del placer y de las sensaciones fuertes es una característica extendida del sistema perceptivo-reactivo de estas personas.

El síndrome del vómito está estructurado como una compulsión que se basa en el placer. Es precisamente porque este síntoma se basa en el placer más que en el sufrimiento que es muy difícil de eliminar.

Nuestro trabajo experimental nos ha llevado a diferenciar las personas que vomitan en tres clases, así como a establecer tres tipos diferentes de tratamiento. Para nuestro propósito aquí, describiremos solamente los más relevantes.

En la primera fase, nuestro objetivo principal es «capturar» a la paciente, porque la joven, cuya principal solución intentada es el vómito, a menudo no colabora, o incluso puede rechazar por completo la terapia, igual que sus homólogas, las anoréxicas. Desde el inicio de la primera sesión, el terapeuta debe, por lo tanto, calcar el lenguaje y la visión de la realidad de la joven, anticipando sus sentimientos y presentando la secuencia de la comida y el vómito como un encuentro metafórico con su «amante secreto»:

Atracarte es para ti el mayor de los placeres, ¿no es cierto? Es extremadamente difícil prescindir de él, porque es un placer agradablemente intenso —como tener un amante secreto—. Cada vez que comes y vomitas es como si te reunieras con tu amante secreto —muy discreto y siempre disponible—.

Mantenemos las mismas líneas durante el resto de la sesión. En muchos casos, tan pronto como el terapeuta consigue sintonizar con el lenguaje de la paciente, ésta comenzará a describir, claramente y sin vergüenza, cómo es su ritual, ciertamente la cosa más agradable de su existencia. Las pacientes dicen a veces que se sienten como si estuviesen poseídas por un «demonio encantador».

Si los padres están presentes, el terapeuta debe intentar hacer que vean la situación desde la misma perspectiva y explicar que este trastorno se basa en el placer, no en el sufrimiento. El terapeuta ha de conseguir que todas las personas implicadas colaboren en la terapia después de explicar en qué se basan este tipo de síntomas. Hacia el término de la sesión el terapeuta da las primeras prescripciones.

La primera de ellas es la *conjura del silencio*, que se prescribe a la familia con el objetivo de detener las soluciones disfuncionales intentadas por la familia, que son hablar continuamente del problema e intentar convencer a la joven para que coma.

La segunda prescripción es una intervención especial ideada específicamente para este tipo de trastorno. Damos esta tarea o a la madre de la paciente o al miembro de la familia que ha intentado sin éxito hacer comer a la joven.

Le voy a dar una tarea que tiene que realizar a partir de ahora hasta la próxima vez que nos veamos. Esta tarea es un poco peculiar. Cada mañana, quiero que despierte a su hija y le pregunte «¿Qué te apetecería hoy para comer y vomitar?». Haga que le dé el menú. Después salga y compre todo lo que hay en la lista, todo lo que ella haya pedido. Esto ha de estar separado del menú diario del resto de la familia. Ponga la comida a la vista en la mesa del comedor, con una nota: «Cosas para comer y vomitar de [nombre de la paciente]». Nadie más puede tocar esta comida. Solamente la persona que come y vomita puede cogerlas. Si su hija rechaza decirle el menú, entonces o compra la comida que estaba en la lista del día anterior o puede esco-

ger lo que comprará, ya que conoce cuáles son sus preferencias. Si quedan sobras del día anterior déjelas sobre la mesa. Cualquier cosa que no se haya comido ha de quedarse allí, junto con la comida que compre en los días siguientes. ¿De acuerdo?

Al exponer la comida y la nota en público, invertimos por completo la anterior solución intentada de la familia, que consistía en esconder la comida, impidiendo a la joven comer en exceso y vomitar, pretendiendo no verlo. Privamos también al ritual de su especial característica, es decir, su valor trasgresor. Tan pronto como la paciente es libre de atracarse, su percepción del ritual cambia completamente. Al prescribirle la acción trasgresora, la privamos de su connotación trasgresora. Cuando se enfrenta a esta prescripción, normalmente la paciente se enfada, aparta la comida, o come unas pocas veces y para. Esto es porque la experiencia emocional de comer y vomitar ya no es tan agradable como antes. Además, el hecho de que la comida esté expuesta para que todos la vean, con la nota que dice «Cosas para comer y vomitar de...», suele ser habitualmente un fuerte factor de inhibición.

En la segunda fase de la terapia, intervenimos sobre los síntomas de la compulsión con una prescripción orientada a romper el irresistible proceso basado en el placer.

Ya que cualquier intervención dirigida al control o a la represión solamente exacerbaría el deseo de atracarse y purgarse, con este tipo de pacientes utilizamos una táctica que se basa no en controlar el síntoma sino en alterar la percepción de placer que hace que la compulsión a atracarse y a purgarse sea irresistible. Prescribimos el *intervalo técnico*:

Bien, ¿estás preparada para hacer lo que sea para liberarte de este demonio? Bien, entonces, desde ahora hasta la próxima vez que nos volvamos a ver, ciertamente no voy a pedirte que intentes dejar de atracarte y purgarte, porque no podrías hacerlo. Puedes hacerlo siempre que quieras, pero has de hacerlo como yo te voy a decir. Desde ahora hasta la próxima sesión,

cada vez que comas y vomites, comerás, comerás y comerás hasta que te apetezca. Cuando hayas acabado de comer y llegado el momento en que normalmente necesitas vomitar, paras, coges un despertador y lo pones para que suene una hora más tarde. Entonces, esperas una hora sin comer ni beber nada más. Cuando el despertador suene, corres al lavabo y te purgas, pero ni un minuto antes ni un minuto después...

Si somos hábiles en establecer una «buena» relación terapéutica y en desarrollar un «buen» diálogo estratégico, conseguiremos hacer que la paciente siga esta prescripción, que actuará interrumpiendo la secuencia temporal del ritual. Esto altera el aspecto del ritual de placer irresistible. De hecho, esta intervención interfiere en la secuencia placentera, que se inicia con una fantasía excitante, seguida de la consumación y la descarga. Ya que el placer reside en comer compulsivamente y vomitar inmediatamente después, nuestra inserción de un intervalo de tiempo entre el atracón y la purga priva al ritual de su placer intrínseco. Por lo tanto, tomamos el control del síntoma a través de la maniobra terapéutica que sigue su estructura pero invierte su dirección, llevándola a su autodestrucción.

Si la persona acepta seguir la prescripción, en las siguientes sesiones aumentamos el intervalo de una hora hasta una hora y media, dos horas, hasta llegar a las tres horas o las tres horas y media. En este punto, habitualmente la persona o deja de vomitar o disminuye gradualmente la frecuencia del ritual hasta su completa anulación. Al alterar la espontaneidad del ciclo, el intervalo técnico elimina el placer del acto liberatorio del vómito, que habitualmente viene acompañado por un sentimiento casi de urgencia orgásmica, y al incrementar el intervalo de tiempo hacemos el vómito cada vez más difícil y desagradable. Por lo tanto, transformamos un rito basado en el placer en un acto de autotortura. Además, cuando estas mujeres dejan de vomitar, su relación con la comida también se normaliza: puesto que temen ganar mucho peso, dejan de consumir grandes cantidades. Como el síntoma dis-

minuye, la vida social e interpersonal de la paciente empieza a ocupar más espacio, especialmente por lo que concierne al disfrute de las relaciones románticas. La tercera y la cuarta fase de la terapia son las mismas que las descritas en el caso de la anorexia, aunque, habitualmente funcionan con más facilidad con las pacientes de vómito.

Comilonas

Las comilonas (*binge eating*) son otro ejemplo de la especialización en el campo de los trastornos de la alimentación, porque los estudios clínicos revelan que no encajan en ninguna otra de las categorías corrientes.

Las comilonas se caracterizan por alternar largos periodos de abstinencia y dietas excesivamente controladas con periodos de intensa trasgresión cuando se abandonan al placer del atracón (Nardone, Verbitz y Milanese, 1999).

La solución intentada de mantener el control absteniéndose de la comida y esmerándose continuamente en ejercer un autocontrol queda interrumpida por la posterior pérdida de control. Lo irónico es que, mientras más se esfuerza la persona por controlar, más acaba por perder el control. Una vez más, la solución intentada lleva a la posterior complicación del problema.

Para liberar a la paciente de este círculo vicioso, utilizamos una maniobra de reestructuración similar a la del «miedo a la ayuda» (Nardone, 1993) descrita previamente en la sección sobre los trastornos fóbicos. El terapeuta estratégico induce a la paciente a tener miedo de ayunar más que a las comilonas. Utilizando el diálogo estratégico, el terapeuta lleva a la paciente a sentir y percibir que, aunque ayunar puede parecer el mejor camino para perder peso, en realidad cuando se abstiene de comer está preparando su próximo atracón, que le hace perder el control y volver incluso a ganar peso.

El diálogo estratégico se utiliza para conducir suavemente a la paciente a comprender lo que mantiene y empeora el

problema. A través del diálogo estratégico y, por tanto, las preguntas cerradas que crean una ilusión de alternativas y las paráfrasis que reestructuran, la paciente descubre que lo que ha hecho con la intención de resolver el problema, ayunar y saltarse las comidas, ha prolongado su sufrimiento y la ha preparado para la siguiente caída en la tentación. Intentar detener las comilonas no es útil porque, en este punto, está más allá de su control.

El diálogo se entabla de una forma parecida a ésta:

Terapeuta: ¿Su problema es su incapacidad de controlar sus hábitos de alimentación o su obsesión por la dieta?

Paciente: Bien, básicamente, diría que mi obsesión por la dieta.

Terapeuta: Si lo he entendido bien, usted tiende a intentar una dieta y normalmente acaba dándose atracones, ¿cierto?

Paciente: Sí. Sigo una dieta y me las arreglo para perder peso... pero no por mucho tiempo. Acabo por comer más y ganando más peso.

Terapeuta: Así que, ¿su miedo es darse atracones o estar a dieta?

Paciente: Darme atracones.

Terapeuta: ¿Está usted segura? Antes me ha dicho que es la obsesión por la dieta lo que la lleva a darse atracones, así que, ¿qué es lo que teme más, estar a dieta o darse atracones?

Paciente: Darme atracones.

Terapeuta: Sí, éste es el auténtico problema. Su intento es luchar contra sus hábitos de darse atracones y no contra sus hábitos de dieta, pero de hecho sus atracones se provocan por medio de su dieta. Si usted continúa intentando controlar las comilonas sin controlar su dieta, siempre acabará dándose atracones.

Otra solución intentada que necesita ser reestructurada es la idea equivocada de que para perder peso uno debe comer sólo

y exclusivamente comida baja en calorías. Lo que ocurre es que estas personas empiezan a comer «alimentos» sosos, libres de grasa, que uno solamente puede resistir durante un par de días, pero a la larga esto las llevará a aumentar el deseo de comer las llamadas comidas «pecaminosas», con el desastroso resultado de la pérdida del control y las comilonas excesivas. El secreto, que no es ningún secreto, es comer sólo y exclusivamente lo que uno quiere y que más le gusta. Solamente haciéndolo de este modo uno puede contentarse a sí mismo y, por lo tanto, no necesitará darse atracones entre comidas. De nuevo, es la solución intentada lo que empeora el problema.

Terapeuta: ¿Su dieta incluye las cosas que más le gustan o escoge las llamadas «comidas adecuadas»?

Paciente: Bien, «alimentos buenos y saludables».

Terapeuta: ¿Escoge la comida de acuerdo a sus propiedades saludables o a su sabor?

Paciente: A sus propiedades saludables.

Terapeuta: Sí, estaba seguro. Así que, de momento, usted se obliga a comer solamente lo que considera saludable y «bueno-para-usted», a la vez que evita todas las cosas sabrosas y sumamente apetitosas. O sea que, si lo he entendido bien, de otro modo por favor corríjame, ¿usted come aquellas cosas que *debería* comer y no lo que realmente le gustaría comer?

Paciente: Sí, por desgracia.

Terapeuta: Parece que usted ha convertido algo maravilloso, como es la comida, en una verdadera tortura, con una consecuencia inevitable, la de caer en la tentación de darse atracones. Al no permitirse a sí misma su comida favorita, la ha convertido en irresistible y, por lo tanto, en un momento o en otro, usted acaba por perder el control y atracarse de lo que usted dolorosamente se ha prohibido a sí misma.

Como el lector puede ver, la prescripción se convierte en un descubrimiento conjunto y en una consecuencia inevitable del diálogo realizado.

Terapeuta: Por tanto, tenga presente lo que acabamos de decir, me gustaría que usted, durante los próximos días, empezara a pensar sobre su comida favorita. Cada mañana traiga a su cabeza su comida favorita. Pregúntese usted misma qué le gustaría comer y prepare cada comida —desayuno, comida y cena— incluyendo sus cosas favoritas sin pensar en el peso, en las calorías... Coma sólo y exclusivamente su comida favorita. Prepárela cuidadosamente para hacer que sea sabrosa. Y tómela disfrutando de su sabor, pero haga solamente tres comidas al día. Ha de evitar picar fuera de las tres comidas.

Como hemos podido ver en estos extractos sacados de un caso ejemplar de atracón, la intervención principal del terapeuta gira alrededor de la reestructuración de las soluciones intentadas que llevan al paciente a darse atracones. Esto llevará consecuentemente a la persona a comer menos, hacerlo con más placer, a la vez que deja de mirar la comida como el «mayor» enemigo. Esto conducirá a la persona a mantener una figura agradable.

Para una mejor comprensión de la terapia breve estratégica en el tratamiento de este trastorno, presentamos la transcripción completa de un caso clínico. Julie es una chica norteamericana de veintidós años, que ha estado luchando con su conducta de atracones y su peso desde el inicio de su adolescencia. Es interesante anotar que, aunque esta joven ha sufrido este trastorno casi desde los diez años y ha experimentado varias intervenciones de especialistas antes de venir al centro, su problema encontró una solución en sólo dos sesiones. Julie oyó hablar del enfoque breve estratégico y de nuestro centro un par de semanas antes de su regreso a los Estados Unidos, pero esto no le impidió acudir a la terapia.

Primera sesión

Terapeuta: ¿Cuál es el problema que te trae aquí?

Paciente: Bien, hace algunos meses, creo, empecé a comer en exceso —me daba atracones mucho antes, pero esta vez perdí mucho peso...—. Llegaron los exámenes finales, así que tuve que estudiar mucho y empecé a darme atracones y nunca paraba. Encontré un terapeuta... pero ahora estoy haciendo un tipo de terapia de ayuda por correo electrónico...

Terapeuta: ¿Solamente te das atracones o también vomitas?

Paciente: Depende. A veces... solía darme atracones todo el tiempo y vomitar más tarde. Pero ahora ya no vomito.

Terapeuta: ¿Cómo dejaste de vomitar?

Paciente: Era agotador; cada día más agotador. Mi cara se volvió enorme, como una burbuja y mis compañeras de habitación me dijeron «¿Qué te ocurre?».

Terapeuta: Así que tenías miedo de los efectos del vómito y paraste. ¿Has dejado también de darte atracones, o no?

Paciente: He dejado de darme atracones quizás durante una o dos semanas. Por ejemplo, lo había dejado durante una semana hasta ayer. No me había dado ningún atracón durante seis días —es mucho tiempo para mí—. Sin embargo, durante los días difíciles en el colegio volví a empezar.

Terapeuta: ¿Entonces estás intentando controlar tus hábitos de comida?

Paciente: Sí, totalmente. Envío un correo electrónico a mi supervisora de alimentación y ella me da un plan para cada día.

Terapeuta: ¿Puedes respetarlo?

Paciente: Durante los últimos seis días lo hice. Pero ayer no pude. No puedo continuar con estos planes de alimentación durante muchos días.

Terapeuta: ¿Estos planes de alimentación son dietas muy restrictivas o no? ¿Cuántas calorías te permiten?

Paciente: Solía contar las calorías, hacer mucho ejercicio e incluso no comer nada. Estaba muy flaca. Para mí, para no darme atracones tenía que dejarlo correr. Sin embargo, un nutricionista me ayudó a hacer los planes.

Terapeuta: Veamos si lo entiendo. En caso de que no, corrígeme... Habitualmente, controlas tus hábitos de comida. Puedes mantenerlos durante algunos días y después te relajas y te das atracones. ¿Es éste el proceso habitual?

Paciente: Antes, cuando no tenía una supervisora del peso, intentaba mantener la dieta pero nunca podía. Entonces solía darme atracones durante tres o cuatro días consecutivos. Me volvía loca. Sin embargo, ahora, con la supervisora, me envía la dieta por correo electrónico y puedo seguir la mayor parte.

Terapeuta: ¿Y crees que tu problema es tu incapacidad de controlar tus hábitos de alimentación o tu obsesión por la dieta?

Paciente: Todo el problema es mi obsesión por la dieta.

Terapeuta: Intentas mantener una dieta y normalmente acabas por darte atracones, ¿no es así?

Paciente: O sigo una dieta y estoy enferma y pierdo todo el peso.

Terapeuta: ¿Entonces tu miedo es darte atracones o estar a dieta?

Paciente: Ambas cosas.

Terapeuta: ¿Estás segura?

Paciente: ¡No quiero ni seguir una dieta ni darme atracones!

Terapeuta: Sin embargo, has dicho que es la obsesión por la dieta la que te lleva a darte atracones, entonces ¿qué es lo que temes más, estar a dieta o darte atracones?

Paciente: Darme atracones.

Terapeuta: Éste es el problema. Estás luchando contra tus hábitos de comer en exceso y no contra tus hábitos de dieta, pero el hecho es que estos atracones empiezan por medio de la dieta. Si todavía intentas controlar el atracón sin controlar tu dieta, siempre estarás generando tus atracones.

Paciente: Sin embargo, estoy comiendo de forma saludable y no cuento las calorías porque un nutricionista, un médico, me dijo lo que tenía que comer: proteínas, grasas y todo.

Terapeuta: Lo sé muy bien... pero no estoy de acuerdo, porque habitualmente los nutricionistas indican un supuestamente correcto aporte de calorías —grasas, proteínas y todo— pero también aconsejan a la gente que controle su dieta para construir la dieta mejor.

Paciente: Mi supervisora de nutrición me dijo que no quería que lo contara todo: «Ésta es toda la proteína que puedes comer, bla, bla...» La única cosa es sentarse a la mesa tres veces al día con un tenedor y un cuchillo. Luego, tengo libertad absoluta... pero aún controlo.

Terapeuta: [Ríe.] OK. Sin embargo, cuando estás a dieta, ¿comes las cosas que más te gustan o tomas lo correcto para la dieta?

Paciente: Bien, me gusta cocinar, así que preparo comida que me gusta y que es saludable.

Terapeuta: ¿Escoges la comida por sus propiedades saludables o por su sabor?

Paciente: Por sus propiedades saludables.

Terapeuta: Sí, estaba seguro. Tu vida en relación con la comida es intentar controlar y crear la mejor dieta para ti. Aún tomas la comida como una enemiga, no como una amiga... Hemos de cambiar esto. ¿Estás de acuerdo?

Paciente: Sí.

Terapeuta: Bien, voy a indicarte una cosa muy extraña para unos diez días o dos semanas. Te estoy pidiendo que pienses en tu mejor comida. Sin pensar en la salud, solamente tu comida favorita. ¿Puedes darme algunos ejemplos de tu comida favorita?

Paciente: [Dudando mucho, la paciente se toma un buen tiempo para contestar.] Langosta..., pasteles, hmm..., pasta...

Terapeuta: ¿Y?

Paciente: [De nuevo una gran duda, pone un gran esfuerzo en contestar.] Pollo.

Terapeuta: Uh, pollo... Bien, permíteme pedirte que pienses cada día en tu comida favorita y que prepares cada comida —desayuno, comida y cena— con tus platos favoritos sin pensar en el peso. Tus platos favoritos, lo que más te guste... Y después, los prepares cuidadosamente para poder saborearlos. Cómelos disfrutando de su sabor... pero haz solamente tres comidas al día.

Paciente: Sin embargo, qué... ¿comer pasteles?

Terapeuta: Sí, incluyendo pasteles. Sigue mis palabras, por favor. Si te permites estos alimentos, podrás evitarlos. Si no te los permites, entonces se volverán irresistibles, inevitables.

Paciente: ¡Pero no puedo tomar solamente uno! Si como uno, ¡entonces me como diez!

Terapeuta: ¡Hey! [*Con un tono de imposición que se suaviza inmediatamente en la siguiente frase.*] Permíteme que intente cambiar esto. Conozco tu miedo. Y que piensas que el único modo de autolimitarte es controlar, pero tu control es la mejor manera de perder el control.

Paciente: ¡No quiero ganar más peso! He aumentado veinticinco libras.

Terapeuta: OK. Sólo hazme caso. [*Con un tono de imposición seguido de ironía.*] Odio las chicas gordas. [*Paciente y terapeuta empiezan a reír.*] Mi idea es que seas delgada y bonita. Así que hazme caso. Si te permites saborear el placer, podrás evitarlo más tarde.

Paciente: Pero hay muchas cosas que me gustan —en realidad la mayoría de ellas— que son saludables.

Terapeuta: Si me haces caso, descubrirás algunas realidades francamente buenas, ¿OK? Esto es un experimento, solamente durante dos semanas. Dos semanas, por favor.

Paciente: [*En un tono desesperado.*] ¿Pero qué ocurre si gano más peso?

Terapeuta: Hazme caso, ¿OK? Me gustaría darte dos prescripciones. La primera, déjame repetirla: toma tus tres

comidas, cocina solamente tu comida favorita y tómalala de la manera más sabrosa. Has de evitar comer fuera de estas tres comidas, ¿OK? Y la segunda prescripción es: cada noche, cuando estés en la cama, lo último que has de hacer antes de dormirte, escíbeme una carta. Ha de empezar con un «Querido doctor» y puedes escribirme lo que quieras... Escribe y escribe, y luego la firmas, la pones en un sobre y me traes las catorce cartas a mí.

Paciente: OK.

Segunda sesión

Terapeuta: ¿Qué tal estás hoy?

Paciente: [Con una expresión de contento.] Estoy bien.

Terapeuta: Vaya. [Con un toque de ironía.]

Paciente: He traído las cartas.

Terapeuta: OK. Dámelas.

Paciente: Están un poco desordenadas...

Terapeuta: ¿Qué efecto te han hecho?

Paciente: No me he dado ningún atracón durante dos semanas.

Terapeuta: ¿Nunca?

Paciente: No.

Terapeuta: ¡Es sorprendente!

Paciente: Es muy bonito.

Terapeuta: ¡Muy bien! ¿Y no te has dado ningún atracón porque te controlabas o porque las cosas han ocurrido de forma espontánea?

Paciente: Creo que es porque no controlo lo que como. No lo sé, me gustan las cosas que como, pero no me gustan demasiado. Como no quiero seguir comiéndolas...

Terapeuta: OK.

Paciente: Voy a engordar y no quiero.

Terapeuta: Sin embargo, ésta es la misma posición que hace dos semanas. ¿Cuál es la diferencia entre antes y ahora?

Paciente: No lo sé. Sólo estoy comiendo lo que quiero.

Terapeuta: ¿Has comido todo lo que querías? ¿Has escogido sólo por placer como te sugerí?

Paciente: ¡Sí! Me he sentido menos culpable al comerlas porque usted me aconsejó, pero no quiero engordar.

Terapeuta: Sin embargo, me acabas de decir que no te has dado ningún atracón.

Paciente: ¡Sí!

Terapeuta: ¿Cuánto has comido durante las comidas?

Paciente: A veces mucho y a veces poco.

Terapeuta: ¿Qué sensaciones has tenido al comer solamente tus cosas preferidas?

Paciente: Me he dado cuenta de que algunas de las cosas que creía que eran mis favoritas en realidad no lo son.

Terapeuta: Así que has descubierto algo nuevo, ¿no? Que algunas de tus cosas preferidas no lo son... ¡Increíble!

Paciente: Y una vez, empecé a comer algunos pasteles y ya no los quise. Incluso el pastel que solía comer todo el día cuando me daba atracones, ¡solamente lo he tomado una vez esta semana!

Terapeuta: Por favor, déjame decirte si lo he entendido bien. Cuando te has permitido saborear los pasteles, tu comida supuestamente favorita, has descubierto que ahora ya no es la favorita. Y, por lo tanto, te has permitido comerlos y has podido reducirlos. ¡Es fantástico, maravilloso!

Paciente: Está muy bien. Y he pensado también que no quería darme atracones durante estas semanas. Realmente no he querido darme atracones. La noche pasada volví a casa y estaba sola, y tenía hambre después de cenar, pero sólo me tomé un bocado. Normalmente, un bocado sería, ¡uh! [*Empieza a decir lo que solía comer, cuando la interrumpen intencionadamente.*]

Terapeuta: Bien, déjame resumir. ¿A lo largo de estos días has hecho tres comidas y solamente estas tres comidas?

Paciente: La mayoría de los días. Sin embargo, a veces he tomado un bocado antes de comer. Ahora no, sólo la noche pasada.

Terapeuta: ¿Qué tipo de bocados?

Paciente: Yogur.

Terapeuta: ¿El yogur es una de estas cosas?

Paciente: Sí.

Terapeuta: OK. ¿Por qué no? Siento curiosidad por investigar tus sensaciones al permitirte saborear tus platos favoritos.

Paciente: Al principio, no sabía qué comer. Daba vueltas con mi compañera de habitación para ver lo que había comprado y pensé que tenía buena pinta. En dos años no he disfrutado ninguna comida; no recuerdo haber comprado nada que me gustase. E incluso cuando estaba comprando sólo miraba las etiquetas para ver las calorías.

Terapeuta: Lo sé bien. Es el modelo clásico de interacción que las mujeres que comen en exceso como tú tienen con la comida: es decir, la de controlar cualquier cosa relacionada con la comida.

Paciente: Fue duro no hacerlo. Fui al mercado en vez de al supermercado, precisamente para comprar comida sin etiquetas.

Terapeuta: ¡Oh, sin etiquetas!

Paciente: Sí, porque quería parar. Odio mi cuerpo ahora.

Terapeuta: Si lo he entendido bien, de otro modo corrígeme, has estado comiendo sólo por placer durante las comidas, excepto una vez cuando te comiste un yogur antes de acostarte, pero no te has dado ningún atracón.

Paciente: Sin embargo, la última noche, para cenar, compraron estas cosas con patata y había una gran fuente para toda la mesa, entonces probé una pero no me la comí. No me gustó demasiado.

Terapeuta: Deja que te pregunte, ¿qué ha cambiado en tu relación con la comida durante esta semana?

Paciente: Puedo tener lo que quiera.

Terapeuta: Ah, puedes tener lo que quieras y puedes evitarlo. ¡Éste es un buen descubrimiento! Porque, como te dije en la sesión anterior, cuanto más intentas controlarte,

más pierdes el control. Siempre es lo mismo con el placer. Con cualquier cosa que sintamos placentera en nuestra vida, cuanto más intentamos controlarla, más perdemos su control. De modo que has hecho un auténtico descubrimiento. Puedes cambiar tu percepción. Puedes empezar a interactuar con la comida en un sentido diferente y permitirte saborear las cosas más apetitosas, y ya que te permites estas cosas, entonces puedes empezar a rechazarlas, pero si no te las permites, se vuelven irresistibles.

Paciente: ¡Sin embargo, voy a ganar mucho más peso!

Terapeuta: Ya analizaremos esto. Déjame decirte, es posible que descubras otras cosas interesantes, pero ahora no voy a explicártelo. Descubrirás cosas nuevas si te permites las cosas más sabrosas. También podrás evitar los atracones. ¿Qué hay de las cartas?

Paciente: No sabía lo que quería que le escribiera, así que sólo escribí cartas. He escrito acerca de — cuando iba a escribir sobre las comidas que me gustan— las comidas que odio. Pero sin pensarlo, no a propósito.

Terapeuta: OK. Bien, deja que te sugiera la segunda parte de tu trabajo. Y déjame decirte que estoy realmente impresionado con tu capacidad en hacer la tarea. Eres realmente una persona inteligente. Has de continuar así, buscando únicamente tu comida preferida. Además de las tres comidas, si quieres, puedes tomarte a veces un yogur. Pero para desayunar, comer y cenar, has de escoger tu comida preferida, como has hecho.

Paciente: Pero, ¿qué pasa si gano peso?

Terapeuta: Por favor, ve y descubre otras cosas buenas. Confía en mí.

Paciente: ¿Qué pasa si hago ejercicio, si voy al gimnasio?

Terapeuta: Sí, puedes hacer ejercicio, pero no te pases. La mejor manera de mantenerte en forma es hacer media hora de ejercicio aeróbico seguida de quince minutos de estiramientos al día. Ésta es la mejor manera. No más.

Paciente: ¿No más?

Terapeuta: No más, porque más sería peligroso, porque te empujaría a tener más hambre.

Paciente: ¿Cuántos días a la semana?

Terapeuta: Media hora más quince minutos, siete días a la semana.

Paciente: Siete días es demasiado para mí.

Terapeuta: [Riendo.] Solamente media hora de *jogging* y quince minutos de estiramientos. Éste es el mejor ejercicio para una dieta, pero la dieta mejor es comer tu comida favorita en las tres comidas, porque has descubierto que de esta forma puedes evitar darte atracones. De este modo, no estás nerviosa y hambrienta hasta el punto de sentirte obligada a comer. Las cartas ahora serán una opción, no una obligación. Tú decides si las escribes o no. La nueva tarea es una pregunta que has de hacerte cada mañana: «¿Qué haré hoy de diferente, como si mi problema se hubiera desvanecido por completo?». Hazte esta pregunta y luego escoge la cosa más pequeña entre las que hayas pensado. Escoge la más pequeña que haría como si el problema estuviera completamente solucionado y ponla en práctica.

Paciente: Interesante.

Desde que Julie regresó a los Estados Unidos, organizamos hacer seguimientos a través del teléfono. Tuvimos tres seguimientos sobre un periodo de seis meses en los que declaró que había dejado por completo sus atracones a la vez que continuaba comiendo solamente la comida que más le gustaba, y para sorpresa suya se las había arreglado para perder cuatro kilos y le daba las gracias a su nuevo estilo de vida (tres comidas al día y ejercicio con regularidad). Además, la técnica del «como si» provocó un cambio en su vida social y en su aspecto físico. Empezó a prestar más atención hacia sí misma, sus necesidades y sus ratos de ocio.

PATOLOGÍAS DEL BLOQUEO DE LA ACTUACIÓN

Con el nombre de patologías del bloqueo de la actuación (*performance*) nos referimos a todas aquellas acciones que se han de dejar de hacer debido a un exceso de ansiedad y miedo al fracaso de la persona. Incluyen el miedo escénico, el miedo a hablar en público, el quedarse en blanco en exámenes o entrevistas, fiascos deportivos y sexuales, o el bloqueo de otras actuaciones, en las que la persona siente que ha de probarse a sí misma.

En nuestra experiencia muchas de las terapias del bloqueo de la actuación son realmente parecidas a las utilizadas en los trastornos fóbicos y obsesivos. De hecho, la principal solución intentada que mantiene el problema es intentar mantener el control, lo que irónicamente lleva a la pérdida de control. Como puede observarse, es la típica solución intentada en el síndrome de pánico, por lo que la estrategia terapéutica utilizada es entrenar al paciente para que pierda el control voluntariamente y así, paradójicamente, pueda mantenerlo. En otras palabras, le damos la vuelta al sistema perceptivo-reactivo del paciente para conseguir su autoanulación.

En la práctica, utilizamos las prescripciones progresivas de la media hora de la peor fantasía, seguida por el uso de ésta, ya aprendida, cuando se está frente a la situación de miedo o de bloqueo, para paradójicamente anticiparla y gestionarla. Habitualmente, esta estrategia permite al paciente superar su problema y hace que pueda movilizar sus recursos personales previamente bloqueados.

Éste era el caso de un directivo de marketing, de cincuenta años, de una importante empresa italiana. Telefonó a nuestro centro para pedir una cita urgente. Fijamos la cita para el día siguiente, en la que confesó que estaba abrumado por un problema que «amenazaba con destruir» su vida profesional. En los últimos meses, le aterrorizaba hablar en público. Por lo tanto, a lo largo de éstos se había inventado toda clase de excusas para evitar hacerlo. Hasta entonces, había realizado

discursos con seguridad en convenciones frente a cientos de colegas. Durante varios años, también había llevado a cabo cursos de perfeccionamiento para muchos directivos. Por ello no podía adaptarse a esta actual situación de miedo. Estaba completamente desesperado porque una semana después de nuestra entrevista tenía que proponer, durante una convención, el plan de marketing de la compañía, y esta vez no tenía escapatoria.

Cuando le preguntamos acerca de su mayor miedo, respondió que tenía miedo a que su mente se quedara en blanco mientras estaba presentando la exposición frente a los exigentes directivos de la compañía. Esto le crearía una gran vergüenza a él y a su empresa.

El problema apareció durante uno de los muchos congresos al que estaba invitado a hablar, cuando fue testigo de una grave crisis de ansiedad de un colega suyo. Desde entonces, estaba aterrorizado por la posibilidad de que le sucediese lo mismo a él. Solamente el pensamiento de tener que estar frente a sus colegas le hacía sentirse mal.

Así, durante meses, había planificado sus horarios de trabajo con el fin de evitar tener que hablar en público, pero sin explicarle a nadie su congoja. Se había implicado en varios proyectos para distraerse de este miedo.

Reunida toda la información, le dimos al paciente la prescripción siguiente:

Desde ahora hasta el día de la convención, quisiéramos que realizara esta tarea. Cada día, durante la pausa de la comida, cogerá un despertador o puede utilizar un teléfono móvil y lo pondrá para que suene media hora más tarde. Durante esta media hora, se aislará en su oficina, se sentará en una cómoda silla, y durante el tiempo estipulado se esforzará en evocar sus peores fantasías; imagínese frente a cientos de ejecutivos exigentes que no pueden perder el tiempo, imagine que ha de empezar su discurso pero no recuerda cómo comienza ni lo que tiene que decir. Su mente está en blanco, todos le están mirando, espe-

rando sus palabras, y usted empieza a sentir el pánico. Empieza a sudar...¹⁷ Si siente que tiene necesidad de gritar, grite, pero durante la media hora ha de esforzarse en traer a su mente sus peores fantasías. Tan pronto como suene la alarma, *stop*, la para, suspende el ejercicio, para los pensamientos y sensaciones que había provocado, sale de la oficina, se lava la cara, y reanuda sus actividades.

De este modo, el paciente es invitado a realizar esta tarea diariamente hasta el gran día.

El día de la presentación, nos gustaría que hiciera lo siguiente. En la hora antes de su exposición intente llevar a su mente todas sus peores fantasías posibles; no necesita aislarse, hágalo mentalmente. Concentre toda su ansiedad en esta hora antes de la exposición. De este modo, se sentirá mucho menos ansioso más tarde. Cuando sea la hora de hablar, si siente que está bien, siga adelante y haga su exposición. Si todavía siente que tiene tensión, ocupe su lugar y empiece diciendo «Queridos colegas, voy a pedirles que me excusen por adelantado si empiezo a ruborizarme, a sudar, o pierdo el hilo de mi tema porque últimamente no me encuentro demasiado bien». Después presente su informe.

El hombre reaccionó diciendo que nuestra última petición haría que se sintiera avergonzado frente a sus colegas. Nuestra respuesta fue que si nos hacía caso al pie de la letra podía tener una agradable sorpresa, que no podíamos revelarle por anticipado.

Volvimos a verle después de dos semanas, pero nos había telefoneado unos días antes de nuestra sesión para darnos las gracias y hacernos saber que las cosas habían ido muy bien.

17. El contenido específico de la prescripción ha de hacerse a medida para cada persona y situación específicas.

En nuestro segundo encuentro, nos informó de que había seguido nuestras instrucciones al pie de la letra. Dijo que cada día había invocado a sus «fantasmas» —verdaderamente se las había arreglado en pensar acerca de una variedad de cosas que podían ir mal durante su discurso— y, sorprendentemente cada día se notaba menos ansioso y más confiado en conseguirlo. El día de la exposición, durante la última hora repasó mentalmente su exposición mientras intentaba provocarse el miedo, pero se sintió tan tranquilo que, cuando ocupó su lugar, no necesitó explicar que no estaba bien. Su exposición discurrió con tranquilidad, así como una reunión de la junta que tuvo lugar unos días más tarde.

Así, en este caso, una de las soluciones intentadas más ineficaces fue intentar mantener el control sobre la situación evitando discursos en público y evitando pensar en lo que podría suceder con la intención de limitar este miedo. Sin embargo, intentar no pensar sobre algo es la mejor manera de pensar aún más sobre ello. Así, en estos casos de bloqueo de la actuación, prescribimos un espacio diario de tiempo, planificado con precisión, con un principio y un final, en el que el paciente de forma voluntaria se concentra en todas sus peores fantasías. Esto le ayudará directamente y liberará su ansiedad y el miedo de atascarse en público.

Como vimos antes cuando explicamos el tratamiento de los trastornos fóbico-obsesivos, la prescripción consigue que el paciente se sienta muy triste durante el tiempo asignado, pero alivia ansiedad durante el resto del día y, en el caso del bloqueo de la actuación, esto le ayudará gradualmente a contener y superar su miedo y ansiedad cuando ha de hablar o actuar en público. O puede producir el efecto paradójico, por lo cual el paciente fracasa en sentirse triste durante el tiempo asignado. De hecho, normalmente, como en el caso de este directivo, cuanto más intenta uno sentirse mal, menos atemorizado se siente. Éste es el efecto más frecuente y, de una manera similar, continuamos guiando a nuestros pacientes a que utilicen esta técnica para que aguanten sus momentos más crí-

ticos. Guiamos a los pacientes a que lleven ellos mismos hasta la exasperación sus pensamientos y sentimientos negativos. La idea es hacer que toquen el fondo con el fin de volver a la superficie cada vez que empiezan a sentir que se están «ahogando» en su propio miedo.

Además, en este caso incluimos una ilusión de alternativas. En nuestra segunda prescripción, destinada al día de la presentación, dimos al paciente la posibilidad de escoger entre dos tareas: la primera era muy amenazadora y difícil de poner en práctica —declarar el secreto más atormentador—; en comparación, la segunda parecía menos amenazadora y fácil de cumplir —hablar en público—. Por lo tanto, forzamos a la persona a comprometerse hacia una tarea que, si se hubiera presentado como única opción, probablemente habría sido considerada como insuperable.

También en aquellos raros casos en los que los pacientes optan por declarar su secreto se obtiene el mismo resultado. Los pacientes informan de que, inmediatamente después de la «confesión», se evaporan todas las tensiones, permitiéndoles llevar a cabo su discurso o actuación con notable tranquilidad. Por desgracia, el habitual intento de controlar la propia tensión lleva a la pérdida del control.

Por el contrario, cuando declaramos nuestra fragilidad, se convierte en nuestro punto de fuerza. Nuestra debilidad puede transformarse, pues, en un punto de fuerza si no la negamos, sino que la utilizamos directamente. La negación de nuestra propia fragilidad, expresada como el rechazo a aceptar nuestras propias limitaciones y renunciadas, hace que no podamos manejar nuestra debilidad y que nos abrumemos en ciertas situaciones. Si, por el contrario, no solamente aceptamos nuestra propia fragilidad, sino que nos las prescribimos, el efecto será, muy a menudo, la reducción o incluso la anulación de los resultados negativos que la debilidad podía haber producido.

Utilizamos el proceso que ha llevado a la construcción de una patología, pero si lo reorientamos en la dirección opues-

ta, lo conducirá a su autodestrucción: «*Similia similibus curantur*».

El secreto reside en transformar algo a lo que estamos sujetos en algo que manejamos. Una persona que declara tranquilamente su fragilidad a los demás no sólo no parece frágil sino que resulta fuerte, porque se necesita mucho más valor para declarar nuestra fragilidad que para esconderla.

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN NIÑOS

Un estudiante de nuestro instituto (Fiorenza y Nardone, 1995; Fiorenza, 2000) llevó a cabo una investigación específica sobre la resolución de problemas de conducta en los niños. Durante un periodo de tres años, experimentó con las técnicas para las patologías infantiles más frecuentes: hiperactividad, mutismo selectivo, conducta opositora, provocativa y agresiva, y otras.

Nuestra intervención en esta área de problemas se basa en un supuesto fundamental: evitamos tratar directamente a los niños. Nos hemos dado cuenta de que en la mayoría de los casos el tratamiento directo con niños con problemas de conducta se convierte en una solución intentada que hace que las cosas empeoren en lugar de ayudar a resolver los problemas.

Desde nuestro punto de vista, esta realidad se debe al proceso de profecía que se autorrealiza que se pone en marcha cuando un niño es llevado a terapia y la lleva a cabo. En otras palabras, cuando hacemos que los niños vengán a terapia les estamos comunicando que hay algo en ellos que no funciona. Éste es el punto de partida de una profecía patológica en la que los niños y sus padres empiezan a creer. Si los padres y los niños empiezan a creer que hay algo patológico en la conducta del niño, empezarán a comportarse de acuerdo con ella, como si fuera real, y acabarán probablemente cumpliéndola.

Por lo tanto, cuando tratamos con niños con problemas de conducta, preferimos intervenir de un modo indirecto guiando a los padres y a veces incluso a los maestros a que pongan en acción ciertas maniobras específicamente ideadas para romper los modelos de conducta problemática que mantienen la situación.

Conducta provocativa y de oposición

Un problema común en los niños es la manifestación de conductas provocativas y de oposición, las cuales pueden estar limitadas a, por ejemplo, utilización provocativa de expresiones vulgares, repetición compulsiva de frases, o algunas incluso más escandalosas, manifestación de actitudes de agresividad, autoinducción de placer erótico y autolesionarse. En tales casos, pedimos a los padres y a los maestros que inviten al niño a que exhiba su conducta molesta varias veces al día como una especie de solicitud para contentar a las personas de su alrededor.

La prescripción está destinada a tener efectos paradójicos, los cuales, en la gran mayoría de los casos, ocurren. Al hacer que los padres y los maestros pidan al niño que exhiba una conducta específica obtenemos un doble efecto. Primero, ayuda a tranquilizar a los padres o a los profesores porque ahora son ellos los que piden el comportamiento y, por lo tanto, tienen el control de lo que previamente se consideraba y se trataba explícitamente como una conducta molesta e inapropiada. Segundo, el comportamiento molesto del niño queda privado de su espontaneidad y de sus propiedades angustiosas, a la vez que coloca al niño en un doble vínculo (Bateson et al., 1956; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967; Sluzki y Ransom, 1976) con la ilusión de poder escoger entre (a) continuar con el comportamiento, que ahora ha sido vaciado de su significado ya que no es involuntario y espontáneo, y (b) desobedecer yendo contra la prescripción y, por lo tanto, abandonar el comportamiento molesto. Muy a menu-

do, el niño empezará a rechazar actuar en este sentido, sencillamente porque se le ha dicho que lo haga.

Por tanto, ya desde el primer encuentro terapéutico con los padres o los profesores, empezaremos a ver resultados tangibles. Así, en línea con la estrategia china que vimos anteriormente, apagamos el fuego añadiéndole leña. Esta prescripción paradójica nos lleva a alcanzar el objetivo deseado: el de reducir y finalmente eliminar este desconcertante comportamiento.

Mutismo selectivo

Las intervenciones indirectas también se utilizan con niños con mutismo selectivo. Éste es un problema particular de la niñez en el que el niño rehúsa hablar en ciertas situaciones sociales (por ejemplo, en casa, en el colegio, en los juegos). Generalmente, los niños que sufren estos problemas tienen capacidades lingüísticas normales aunque tienden a comunicarse por medio de gestos, expresiones faciales, señales con la cabeza, o cortos sonidos monosilábicos.

Una vez más, la terapia se realiza indirectamente a través de los padres. En estos casos, invitamos a los padres a recompensar a su hijo a diario con una muestra de agradecimiento por no molestarles, a la vez que evitan darle una atención especial a lo largo del resto del tiempo en que permanece en silencio. De esta manera, damos una connotación positiva al trastorno, mientras que eliminamos las ventajas secundarias que obtiene el niño del problema.

Normalmente, esta maniobra es suficiente para cambiar la conducta indeseada. En estos casos la solución intentada habitual es dar al niño cada vez más atención, ya que comúnmente se cree que su mutismo viene dado por una falta de afecto. Una vez más, éste es un caso que ilustra que la solución intentada tiende a mantener y a exacerbar el problema. Al darle al niño más atención, estamos manteniendo el problema, porque el niño gana ventajas secundarias gracias a su

conducta. De nuevo, con las mejores intenciones producimos las peores consecuencias.

Enuresis

La enuresis o el hecho de mojar la cama es otro problema de los niños que tratamos con eficacia indirectamente. Mojar la cama es común en los niños pequeños. Sin embargo, se convierte en un problema cuando esta conducta persiste más allá de la edad (cronológica y mental) de cinco años, cuando el control del esfínter se ha conseguido. En nuestra opinión, esta conducta persiste en el tiempo porque es mantenida y a veces alimentada por los intentos en superarla.

Así, nuestra primera intervención es para identificar las soluciones intentadas habituales de los miembros de la familia. En la mayoría de los casos, éstas oscilan entre conductas correctivas o tranquilizadoras. En otras palabras, los padres tienden a enfadarse cuando ven que ha habido otro episodio de cama mojada, pero entonces tranquilizan al niño e intentan resolver el problema comprando prendas especiales, durmiendo con el niño para tranquilizarlo, cambiando las sábanas a media noche de modo que el niño siempre tenga ropa limpia, y así sucesivamente. Corrigen al chico pero se evita que tome responsabilidades por su conducta.

Prescribimos a los padres un verdadero calvario para ellos y para el niño. Se les dice a los padres que tienen que ir, por turnos, a despertar al niño a cada hora de la noche, para controlar cuándo moja la cama. Además, se les especifica que, cuando encuentran la cama mojada, han de sacar al niño fuera de ésta y juntos han de cambiar las sábanas y lavarlas a mano cuidadosamente y luego tenderlas para que se sequen. Solamente después pueden acostar al niño y dejar que duerma. Esto debe hacerse cada vez que moje la cama, aunque ocurra cien veces.

La situación se resuelve por ella misma inmediatamente. Ya en la siguiente sesión un gran porcentaje de padres infor-

ma de que el mojar la cama se ha reducido a uno o dos episodios por semana. El mismo régimen persiste pero el despertar nocturno se reduce a cada dos horas, luego a tres y así sucesivamente.

En todos los casos, nuestra intervención final es para aconsejar a los padres que eviten las previas soluciones intentadas fallidas. Nuestro último objetivo es transformar a los padres en los auténticos terapeutas o *problem solvers* para sus hijos. En muchos casos, nunca vemos al niño.

Eliminación de etiquetas patológicas

Otro problema frecuente al que nos enfrentamos cuando trabajamos con los problemas de los niños es la etiqueta patológica. Por desgracia, es muy frecuente en especialistas etiquetar erróneamente un comportamiento problemático y, en nuestra opinión, ponen en marcha una profecía que se autorrealiza. Como Hobbes escribió en *Behemoth*, «la profecía es muchas veces la causa principal de los eventos predichos».

Un caso interesante de etiquetamiento patológico equivocado es el de Thomas, un niño de siete años. Thomas fue diagnosticado con rasgos autistas y psicóticos. Sus padres vinieron a nuestra clínica declarando que era su último recurso. Habían visitado a varios especialistas y todos habían confirmado el diagnóstico inicial hecho por el psiquiatra del niño, que había realizado diferentes pruebas a Thomas, quien empezaba a exhibir una comunicación ininteligible, que consistía en unos sonnetes, repetición de fórmulas verbales y rituales de comportamiento. También hablaba solo en voz alta, a la vez que evitaba cualquier clase de interacción social.

Es importante explicar que el psiquiatra que trabajó primero en este caso realizó una serie de tests para poder testimoniar su solicitud de que Thomas tuviera un profesor de refuerzo en clase, que le ayudara en sus dificultades académicas y de relación. Sin embargo, los padres informaron de que,

después del diagnóstico y de varias intervenciones especializadas, la conducta de Thomas había empeorado.

Obviamente, después de tal diagnóstico, que fue confirmado cada vez por varios especialistas, los padres de Thomas se sentían indefensos. Sus intentos por controlar la extraña conducta de su hijo se limitaba a traspasar y delegar el manejo de la situación problemática de su hijo a los maestros y a los otros numerosos especialistas y cuidadores. Su padre era algo así como una figura ausente, ya que trabajaba en otra ciudad, mientras que la madre de Thomas aceptaba con indefensión la situación y se limitaba a seguir las directrices que le indicaba la escuela. Le aconsejaban que probara diversas intervenciones punitivas y correctivas para intentar detener la extraña conducta de su hijo.

Todo el mundo del entorno de Thomas conocía la situación y todo el mundo intentaba «ayudar». Todos opinaban sobre Thomas, tratándole como el «pobre niño incurable». Había toda una red de cuidadores que actuaban en este caso: los padres, parientes cercanos y amigos, personal del colegio (maestro de su clase, coordinadora, el personal al cuidado de Thomas, etcétera), la Unidad de Asistencia para la Salud de la ciudad y todos aquellos que habían entrado en contacto con Thomas desde que los padres sintieron la necesidad de buscar ayuda. Todos ellos «ayudaban» a causar un incontrolable «efecto Pygmalión»¹⁸ en todas las esferas de la vida

18. El efecto Pygmalión, un término derivado de una exhaustiva investigación de Robert Rosenthal sobre la manera en que las creencias, prejuicios y expectativas de cada uno pueden tener un impacto en los fenómenos en investigación. Utilizó la expresión «efecto Pygmalión» para mostrar los efectos provocados por una expectativa determinada. Rosenthal creó estudiantes inteligentes de la nada inculcando a los profesores la profecía de que se trataba de estudiantes particularmente prometedores que habían sido seleccionados al azar. De la misma forma pudo crear buenos nadadores con muy buenas técnicas exploratorias. En todos estos casos,

de Thomas: en casa, en el colegio, con los especialistas, y así sucesivamente. Una vez la expectativa o la profecía había sido lanzada, funcionaba como un proceso de confirmación que la llevaba a su autorrealización.

Como explicamos anteriormente, intentamos evitar que los niños vengan a la terapia, especialmente en este caso, en el que podríamos haber sido vistos como cualquier otro agente que confirmase el diagnóstico inicial (es decir, que el niño estaba mentalmente enfermo). Así que intervinimos indirectamente, trabajando exclusivamente con los padres.

La intervención principal fue la reestructuración del diagnóstico. Comprendimos que, mientras los agentes del entorno de Thomas continuaran creyendo que era un pobre niño autista incurable, y lo trataran como tal, y mientras creyeran que «no había salida» para Thomas, ningún cambio tendría lugar. Todos lo trataban como un niño autista. Le disculpaban y le protegían —a excepción de su hermana—. Esto es lo que llamamos una excepción positiva. Ella lo trataba como un hermano, con el que jugaba y se relacionaba al mismo nivel. Ella no se compadecía de él o disculpaba su extraña conducta.

Terapeuta: Tienen más niños, ¿cierto?

Padre: Thomas tiene una hermana.

Terapeuta: OK, ¿y cuando él juega con su hermana cómo se comporta? ¿Juega siempre a su manera, fantaseando, o juega de una forma más concreta?

Madre: Er..., él no se relaciona mucho en el colegio... y últimamente con su hermana se pelea mucho... pero juegan, se abrazan el uno al otro, corren el uno tras el otro... juegan al escondite...

demostró los efectos en la conducta de tener expectativas positivas. Sin embargo, no solamente el que tiene expectativas positivas sino también el que tiene expectativas negativas puede producir efectos con consecuencias de la nada.

Terapeuta: Sin embargo, mientras juegan, se pelean mucho.
¿Por qué se pelean?

Madre: Pelean. Mi hija [*con un tono de reproche*] es muy puntillosa y es muy celosa de sus cosas...

Padre: De sus juegos, de sus juguetes...

Madre: Siempre se pelea con él y lo envía fuera. Ella le riñe porque ve a Thomas como alguien que estropea sus cosas, así que lo envía fuera. [*Sonríe.*]

Padre: Por lo tanto, no juegan como lo hacen unos hermanos: están en dos ondas diferentes.

Terapeuta: OK, pero si lo he entendido bien, si no por favor corríjanme, la hermana de Thomas es la única persona que lo trata como si fuera un niño normal.

Madre: Sí, yo intento tratarlo como si fuera normal. Es decir, lo intento... veo que Thomas... puede que me culpe mucho. Pienso que... Thomas tiene capacidades, incluso de aprender... monta en bicicleta, tiene unos patines... es inteligente en muchas cosas... Observo que tiene potencial para hacer todas las cosas normales que hacen los chicos... incluso leer y escribir... También en el colegio hace todos los deberes. Obviamente ciertas cosas las deja, pero las cosas que quiere hacer las hace bien. Sin embargo, un día escribió y lo hizo bien, otro día no... no puedes programar las cosas con él. No puedes decir «bien, haremos esto mañana», porque uno tiene que ver si está dispuesto a hacer cosas [*sonriendo*] y él casi nunca está dispuesto.

Terapeuta: Sin embargo, me están diciendo que más allá de sus palabras y rituales numéricos él es competente como los demás niños: montar en bicicleta, patinar, es inteligente, comprende las cosas...

Padre: [*Interrumpiendo.*] Sí, sí, corre rápido, es inteligente, chuta...

Terapeuta: Si él necesita algo por sí mismo, se las arregla para hacerlo tranquilamente, ¿no?

Padre: A veces...

Terapeuta: Si tiene que resolver un problema por sí mismo, por ejemplo si necesita comprarse algo para él, ¿puede hacerlo o no?

Madre: No, no me fío de dejar solo a Thomas. La primera en no permitirselo... soy yo.

Terapeuta: Ya sé que usted no se fía de él; sin embargo, yo le he preguntado si él confía en sí mismo. [*Pausa.*] Por lo menos un poquito.

Madre: Las necesidades de Thomas son difíciles de interpretar. Él podría necesitar comer un centenar de dulces y yo le digo que coma solamente dos al día...

Padre: Sin embargo, cuando los quiere, aunque los dejemos en algún lugar alto, coge una silla o una escalera y los consigue.

Madre: Oh, sí.

Terapeuta: OK, por lo tanto, se las arregla para resolver el problema.

Padre: [*Asintiendo con la cabeza.*] Cuando quiere lo resuelve.

Madre: Sí, sí. Escondí una caja de chokolatinas, pensando que así él no pensaría en ellas. En cambio, se las arregló para encontrarla, se las arregla para encontrar lo que sea, obviamente las cosas que le interesan... [*Sonriendo.*]

Terapeuta: O, mejor aún, disfruta de ello mucho más. [*Con una expresión seria.*]

Padre: Puede ser. [*Asintiendo con la cabeza.*]

Madre: No, el disfruta aún más cuando le escondemos las cosas.

Terapeuta: Cuanto más difícil es, más disfruta, ¿cierto?

Padre: Sí, sí. [*Sonriendo.*]

Madre: Es verdaderamente... incluso un poquito... te pone nervioso, te agota también porque tiene una expresión muy transparente... tiene un carácter espléndido...

Padre: Es muy radiante..., uno enseguida pueda entender si es feliz o no...

De ese modo, nuestra primera intervención se enfocó en reestructurar la percepción negativa que los padres tenían de Tho-

mas. Lanzamos otra profecía¹⁹ más funcional. De las preguntas efectuadas, Thomas parecía un niño de siete años con dificultades pero también con cierto potencial si se le daba la oportunidad. Una vez más, no intentamos convencer ni persuadir directamente a los padres de Thomas, nos limitamos a hacer preguntas interventoras discriminantes que les hicieran llegar a esta percepción por sí mismos. Como indicamos anteriormente, uno de nuestro filósofos favoritos, Pascal (ed. esp. 1998), en sus *Pensamientos* señala, «la gente, en general, se persuade mejor por las razones que han descubierto ellos mismos que por aquellas que proceden de la mente de otros».

En este punto, fue importante identificar las soluciones intentadas por los padres y por los demás, que desgraciadamente, a pesar de todas las mejores intenciones, mantenían y empeoraban la situación.

Terapeuta: En todos estos diagnósticos y desgracias terapéuticas, ¿han recibido alguna vez indicaciones claras sobre cómo actuar con Thomas?

Padre: Quererlo, apoyarlo, tener paciencia...

Madre: Sí, no pegarle, no gritarle...

Terapeuta: Fantástico. [*En un tono paradójico.*]

Padre: Sí...

Madre: Sin embargo, francamente [*mirando a su marido*], uno no sabe qué hacer. Le gritas. No le pegamos... nunca lo hemos hecho... quizás le amenazamos con hacerlo en ciertas situaciones, cuando nos hace perder el humor, pero nunca hemos llegado a hacerlo.

19. «Profecía que se autorrealiza» es un término utilizado para referirse al hecho de que frecuentemente las cosas salen precisamente como uno esperaba o había profetizado que lo harían, no necesariamente a causa de ninguna preciencia sino porque uno se comporta de manera que optimiza estos resultados. Un profesor que predice que un estudiante va a fracasar tiende a tratarle de manera que aumenta la probabilidad de fracaso, realizando la profecía original.

Terapeuta: En relación a sus rituales, ¿qué hacen? ¿Dejan que los haga o intentan que deje de hacerlos?

Padre: [Asiente con la cabeza en la última opción.] Por lo menos intentamos decírselo.

Madre: Le digo que pare, que ya basta, pero precisamente entonces acaba sus rituales con un «ya basta».

Terapeuta: Y continúa con el «ya basta».

Madre: Y continúa repitiendo la frase...

Padre: O con números. Le digo que no me interesa y entonces él me dice que son siete pero que no me interesan.

Madre: Y así lo repite. Nuestras intervenciones son inútiles...

Terapeuta: ¡De hecho, creo que ustedes siguen su juego! Igual que cuando esconden las chocolatinas...

Madre: Ahora intento no contestarle. No le contesto... Así que él me prueba para ver si realmente dejo de responderle... al principio no le contestaba... hay cosas que funcionan un poco pero entonces él encuentra la salida...

Terapeuta: ¿Qué esperan de nosotros?

Padre: Ayuda... Últimamente no he visto ningún progreso.

Terapeuta: ¿Qué les han dicho que hagan?

Madre: He intentado confiar en la doctora que lleva a Thomas...

Padre: Siempre estamos confiando.

Madre: Se lo hemos dejado todo a ellos... no sabemos exactamente qué están haciendo, solía montar a caballo, hemos intentado que... Después pararon. La razón, dijeron, fue que Thomas no quería estar con animales, que los animales no le interesaban...

Padre: Estaba más interesado en jugar con Peter, el instructor.

Terapeuta: OK, por tanto [pausa], me gustaría proponerles una especie de juego. Su hijo les propone ciertos juegos, yo voy a proponerles otro, ¿de acuerdo? Me parece que el juego al que todos en el entorno de Thomas juegan parte de la presunción de que Thomas tiene un trastorno mental tan grave que es muy difícil tratarle. Se llama autis-

mo, ¿correcto? Sin embargo, se han utilizado terapias específicas para el autismo pero no han tenido efecto sobre Thomas, ¿cierto?

Madre: No, ninguna ha funcionado.

Terapeuta: De acuerdo.

Padre: O digamos que con escasos resultados.

Terapeuta: OK, ¿así que tienen alguna duda de que este juego no es el correcto para Thomas?

Madre: Oh, sí.

Padre: Estamos aquí por esto.

Terapeuta: ¿Y el juego podría comenzar por pensar que Thomas no es autista? [*Pausa.*] ¿Y que podríamos empezar por hacer alguna cosa por un niño que no está afectado por ninguna enfermedad mental incurable sino por un trastorno que se puede tratar?

Padre: [*En un tono de súplica.*] Éste es nuestro sueño.

Madre: Porque él [*refiriéndose al marido*] incluso ha mirado en Internet. Consiguió encontrar... [*El marido interrumpe sus palabras con un gesto, como para indicar que esto es irrelevante.*]

Terapeuta: ¡Sin embargo, todo esto ha de pasar a través de ustedes! ¡Nosotros necesitamos su ayuda!

Padre: Bien... si estamos aquí...

Cuando trabajamos con niños, es de gran importancia transformar a los padres en coterapeutas. Los padres no han de ser descartados o culpabilizados. Hemos de hacerles conscientes de que solamente a través de su ayuda podemos activar el cambio en sus hijos. Nadie puede sustituirlos.

Terapeuta: Queremos intentar ayudarlos pero nos vamos a dar un tiempo limitado. Verán, no años sino diez sesiones [*pausa*], ni una sesión más si no vemos resultados porque esto significaría que nuestro intento, el método, no funciona. No queremos convertirnos en cómplices de una patología al continuar viendo a la familia, al niño, durante años, o incluso más —lo volveríamos aún más

patológico—. Si dentro de diez sesiones no vemos resultados, interrumpiremos la terapia. Si vemos resultados, obviamente continuaremos. Normalmente, en este periodo vemos resultados. Sin embargo, no sé si éste será su caso. Como mi estilo personal y el de mis colaboradores... no hacemos que los niños acudan a terapia. Vemos a los padres de los niños. No porque ellos mismos estén necesitados de terapia sino para guiarles a que sanen a sus hijos. [*Ambos padres asienten con la cabeza y sonrîen.*] En el sentido de que cuando uno asume que un niño tiene una patología y es tratado como patológico, habitualmente si no lo es, se vuelve. Todo el mundo se comporta como si Thomas lo fuera, por lo tanto, acabaremos haciendo que lo sea. [*Los padres asienten.*]

Madre: ¿Puedo decir algo?

Terapeuta: Con entera libertad.

Madre: De hecho, éste es el punto, ¿cierto? [*Mira a su marido.*] Parece más autista ahora [*sonriendo*] que cuando él empezó diciendo... que antes, antes él no... [*Sonriendo.*]

Terapeuta: Es obvio, si un niño es tratado, como Thomas, como autista, y todo el mundo cree que lo es, todo el mundo empezará a mirarlo como si fuera realmente autista y finalmente la profecía se hace realidad. Por lo tanto, tenemos que empezar a hacer un juego completamente diferente.²⁰ [*Pausa.*]

Padre: Disculpe, ¿nosotros somos los jugadores de este juego?

Terapeuta: Sí. Por lo tanto, se trata de hacer que ustedes hagan cosas con él, pero han de hacerlas, nadie puede ocupar su lugar. [*Pausa.*] Durante más de diez años hemos evitado ver a los niños directamente en terapia. Damos indicaciones a los padres, los guiamos. Primero, porque, en nues-

20. La elección del terapeuta de la palabra «juego» en vez de patología, trastorno mental, diagnóstico, etc., es intencionada, para empezar a eliminar la etiqueta patológica de la situación de Thomas.

tra opinión, si hacemos que un niño realice terapia ya estamos «creándole la patología», ya estamos creando «el caso». Los niños captan esta profecía y la cumplen. Además, los padres necesitan ser enseñados en cómo comportarse con sus hijos —no podemos sustituirlos—. Ésta es nuestra hipótesis. Esto es para decirles que el juego que me gustaría proponerles es un juego en el que tenemos la hipótesis, como en un juego, de que su hijo no es autista, sino que tiene una serie de trastornos que pueden cambiarse a través de la práctica de estrategias, pero a través de ustedes... Sin embargo, esto requerirá un gran esfuerzo por su parte. [*Pausa.*]

Madre: Ahora él está fuera [*refiriéndose al padre*], no está mucho. Prácticamente, sólo estoy yo.

Terapeuta: Perfecto. Bien, bien...

Padre: Sin embargo, estoy en casa cada cuatro noches.

Terapeuta: Bien, pero tiene que hacerse a diario [*dirigiéndose a la madre*] y entonces cuando esté usted [*al padre*] es mejor porque lo reforzará aún más. Entonces, cuando se vayan a R estarán los dos, ¿no?

Padre: Sí.

Terapeuta: Bien, perfecto. [*Mira primero al padre y luego a la madre.*] Por lo tanto, la primera idea es ésta: si su hijo no tuviera un trastorno autista, representado por estar encerrado en su propio mundo, lo cual no es el caso [*pequeña pausa*], pero tiene una serie de trastornos que se basan en fijaciones, en rituales, ¿de acuerdo? La mejor manera de intervenir sería ritualizar más su ritual.

Padre: ¿O sea...?

Terapeuta: Bien, en la práctica [*dirigiéndose a la madre*], ¿cuánto tiempo durante el día está su hijo con usted?

Madre: Ah, mi hijo está en casa desde la hora de comer, por la tarde... hasta la hora de acostarse, las nueve y media, las diez o incluso las once.

Terapeuta: Bien, perfecto. Cada hora, desde hoy hasta la próxima sesión, de aquí a dos semanas, a la una, luego a las

dos, a las tres... a cada hora del día [*pausa*], tiene que llamar a su hijo y pedirle que haga durante cinco minutos uno de sus sonsonetes, o sus formulas numéricas, etcétera, y usted ha de estar ahí observándole como una espectadora. Mejor aún, llama a su hija si está en casa; y le dicen, «Ahora vamos a ver cómo lo haces». [*Pausa.*] A cada hora, durante cinco minutos le pide que haga su actuación. Una vez han pasado los cinco minutos, a lo largo de los siguientes cincuenta y cinco, ha de evitar cualquier tipo de intervención [*pausa*] sobre los problemas de Thomas; o, más bien, ha de evitar cualquier clase de intervención correctiva... a sus rituales... [*Pausa.*]

Padre: ¿Aunque lleve a cabo acciones que son indudablemente equivocadas?

Terapeuta: Sí. Tienen cada hora durante cinco minutos junto a su hija. Pídale que suba al escenario y que haga su show. Durante los siguientes cincuenta y cinco minutos, eviten estar por ahí dispuestos a intervenir cuando hace algo equivocado, denle la responsabilidad de sus acciones.

Madre: Sí, creo que esto es mejor que lo haga una vez que esté en casa, haciendo que esté dentro...

Padre: [*A la madre.*] Cada hora, esto significa que estés fuera o no, siempre...

Terapeuta: De todas formas, si usted no se lo pide, el lo hará igualmente, ¿cierto?

Madre: Sí, sí. [*Sonriendo.*]

Terapeuta: Por lo menos se lo pedirá usted.

Madre: Sí, cierto. Pero si estamos fuera y entonces él en medio de la calle hace alguna cosa...

Terapeuta: Obviamente, no le estoy pidiendo que...

Padre: [*Dirigiéndose a la madre.*] Claro, si se echa encima de un coche...

Terapeuta: Obviamente, la seguridad de su hijo y de su hija, es evidente. Sin embargo, hay que frustrar [*pausa*] sus síntomas. O, mejor aún, evitar mostrarle que continuamente pica el anzuelo. Supongamos que su hijo es un

pequeño pillastre que los tiene como rehenes [*pausa*], ¿de acuerdo?

Madre: Sí.

Terapeuta: Así que, ¿cómo reaccionaría uno? Uno intentaría no dejarse engañar cada vez por sus rituales. Se los devolvería a él [*pausa*], ¿de acuerdo?

Padre: ¿Empezamos hoy?

Terapeuta: Sí, a partir de hoy. Habrá días en que [*al padre*] usted estará presente. En esas ocasiones, cuando usted esté presente, llámeme: «Por favor, Thomas, déjanos ver tu...», ¿de acuerdo? [*Ambos padres asienten.*] A cada hora durante cinco minutos. Fuera de este tiempo, han de evitar todo tipo de intervenciones correctivas o hablar con él sobre su problema, como si [*pausa*] el problema ya no existiera. Nos gustaría ver qué ocurre después, durante las dos semanas, ¿de acuerdo?

Empezamos sembrando dudas sobre si las conductas de Thomas eran en la actualidad manifestaciones con rasgos autistas o psicóticos o si era una profecía que se estaba autocumpliendo. A través de la utilización del diálogo estratégico, lanzamos otra profecía indicando que la conducta de Thomas se asemejaba más a las acciones rituales que llevan a cabo las personas que padecen un trastorno obsesivo-compulsivo: los sonsonetes, la repetición de fórmulas verbales, y acciones concretas. Éste fue un momento decisivo porque, a diferencia de los rasgos psicóticos, las conductas obsesivo-compulsivas son tratables. La percepción cambió. Antes de venir a terapia, los padres de Thomas percibían la situación de su hijo como un caso sin esperanza de una enfermedad psicótica incurable, y eso los hacía sentirse indefensos.

A través de la utilización de preguntas interventoras y discriminantes, y de paráfrasis, hicimos que los padres no percibieran a Thomas como un niño frágil e intratable, sino como a un pequeño pillastre que sacaba ventajas secundarias de su «problemática» situación, que explotaba el sentido de inde-

fensión de sus padres para evitar hacer las cosas que detestaba, utilizando su exasperante conducta compulsiva para chantajearlos y conseguir todo lo que deseaba.

Por tanto, siguiendo esta premisa, introducimos una prescripción basada en la lógica de la paradoja: invitamos a la madre a que pidiera a su hijo que exhibiera su «comedia» cada hora. En otras palabras, utilizamos una conminación paradójica para pedir la conducta que queríamos parar. Esto privaba a la conducta indeseada de su espontaneidad y colocaba a Thomas en una posición de doble vínculo (Bateson et al., 1956; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967; Sluzki y Ransom, 1976). Si cumplía con la petición de su madre, es decir, si continuaba con su conducta, su «comedia» ya no volvería a ser la misma de antes ya que su conducta estaría vaciada de significado, al no ser ya involuntaria y espontánea sino pretendida y requerida por su madre. Así, en este caso, él estaría actuando de acuerdo al control de su madre y no al suyo, y esto normalmente lleva al cese gradual de la conducta. Por otro lado, si desobedece y se rebela contra la prescripción, acabará por abandonar la conducta indeseada y nosotros conseguiremos inmediata y precisamente nuestro objetivo. En otras palabras, en ambos casos la conducta indeseable se dirige a su cancelación.

Además, introducimos la conjura del silencio en relación con los problemas de Thomas a lo largo del resto del día.

Los efectos de nuestra primera intervención fueron visibles inmediatamente. Ya después de la primera sesión Thomas recuperó una comunicación inteligible. Sus padres informaron de que al cabo de un par de días, cuando le pedían que se exhibiera y le observaban sin intervenir a lo largo del resto del día, Thomas paraba sus sonsonetes y fórmulas numéricas y adoptaba un lenguaje más comprensible. La madre admitió que Thomas estaba mucho más compasivo y calmado con ella.

En la segunda sesión, nos dimos cuenta de un cambio significativo en la madre de Thomas, que parecía mucho más

segura en sus capacidades de manejar la sintomatología de su hijo. La prescripción paradójica llevó a Thomas a parar su conducta indeseable y también ayudó a su madre a sentir que controlaba mejor la situación. Durante nuestro segundo encuentro, observamos una reorientación positiva en las expectativas de ambos padres. Esto condujo a mejoras que también notaron los maestros del colegio. Nos quedamos asombrados del drástico cambio en la actitud de los padres hacia su hijo. Ahora lo trataban como un niño inteligente con problemas compulsivos y ya no como a un enfermo mental que necesita protección. Además, la madre estaba segura de que iban a dejar la psicoterapia individual de Thomas con el psiquiatra del niño. Dijo que Thomas había sido obediente y había estado tranquilo a lo largo de las dos semanas pero dio muestras de inquietud después de la última visita al psiquiatra. Estuvimos de acuerdo con esto, ya que el niño había acudido a psicoterapia individual durante más de un año sin resultados positivos.

Durante la tercera fase, nuestros esfuerzos se concentraron en consolidar los resultados obtenidos: en reforzar el cumplimiento de la nueva profecía. Dimos las mismas prescripciones: la conjura del silencio y la exhibición de la «comedia». Esta última fue reducida primero a cada dos horas, después a cada tres, luego a cada cuatro y así sucesivamente. Sin embargo, aunque Thomas en este punto había reducido su comportamiento compulsivo casi a cero, era necesario continuar y consolidar los resultados obtenidos. Además, invitamos a los padres a que utilizaran la misma técnica paradójica cuando Thomas adoptara su comportamiento provocador de forma espontánea: tenían que pedirle que lo hiciera y que lo hiciera mejor. Sin embargo, esto ocurrió en las pocas frecuentes situaciones en las que Thomas creía que sus padres caerían víctimas de sus regalos, por ejemplo, con los amigos, en misa y en otras situaciones en las que la conducta de Thomas podía causar embarazo a sus padres. Dijimos a los padres que anotaran estos episodios en un «diario ritual». El diario

ritual tiene los mismos objetivos que la prescripción del diario de a bordo que se da a los pacientes fóbico-obsesivos. Animamos a los padres a pensar que esta tarea era para controlar las infrecuentes situaciones críticas, mientras que en realidad la utilización de este diario estaba dirigida a limitar la intervención de los padres en corregir el comportamiento de Thomas, haciendo que prestaran su atención en la tarea encomendada.

Con el fin de incrementar el comportamiento responsable de Thomas y su autonomía, invitamos a los padres a que le pidieran pequeños favores cada día, algo pequeño pero algo nuevo. Esta prescripción se basa en la técnica del «como si»: es decir, se invita a los padres a que pidan un favor a Thomas *como si* estuvieran seguros de que su hijo era capaz de hacerlo. Para sorpresa de los padres, Thomas estaba ansioso por realizar aquellas pequeñas tareas: echar un «mano» en casa, ayudar en la cocina a su padre, ayudar a su madre cuando iba a comprar, etcétera.

Lo único que seguía preocupando a sus padres eran los solitarios «monólogos» de Thomas. Decían que a menudo observaban a Thomas en su habitación hablando consigo mismo. Al examinar detenidamente la situación, surgió que Thomas se había creado un amigo imaginario con el que jugaba, leía, hablaba, etcétera. Invitamos a los padres a que observaran con más detenimiento estos eventos y que tomaran parte en este «juego imaginario». Les explicamos que jugar con amigos imaginarios es un juego muy habitual y normal en esta edad, y que esta conducta no tenía que confundirse con síntomas de despersonalización, como habían sido llevados a creer por otros agentes que los ayudaban.

Durante la siguiente sesión, los padres informaron que Thomas era muy reacio a permitirles que se unieran a sus juegos imaginarios. Informaron que primero Peter —el personaje imaginario inventado por su hijo— estaba muy presente en sus juegos pero al cabo de unos días Thomas había jugado con ellos y con su hermana sin ninguna referencia a Peter.

También los maestros en el colegio se dieron cuenta de un importante cambio en la conducta de Thomas y pidieron a los padres que les diéramos consejos para poder llevar a la práctica. Pedimos a los padres que dijeran a los maestros que nosotros teníamos una opinión diferente en relación con el comportamiento de Thomas y que esta hipótesis estaba siendo confirmada por los resultados obtenidos. Les animamos a que les informaran sobre los resultados inmediatos obtenidos por la aplicación de la prescripción paradójica, para que los maestros pudieran utilizarla también en el colegio.

Los maestros siguieron las indicaciones y en un par de días pudieron observar también el mismo fenómeno en el colegio. Thomas dejó de exhibir su comportamiento compulsivo, mostró una comunicación inteligible y empezó a relacionarse y a jugar con niños de su edad. Además, sus padres le permitieron empezar una actividad deportiva, natación, que le ayudó a hacer más amigos y ganar más autoconfianza.

Asimismo los cuidadores de la Unidad de Asistencia para la Salud se dieron cuenta del cambio «mágico» y también empezaron a dudar de si el diagnóstico dado dos años antes seguía siendo válido. Al cabo de un par de meses el diagnóstico se cambió y la Unidad de Asistencia para la Salud testificó también que los progresos de Thomas eran tan significativos que ya no necesitaba la asistencia de un cuidador.

Así, para resumir, la clave de esta terapia fue cambiar el diagnóstico, cambiar la profecía. Por lo tanto, con el fin de eliminar las etiquetas patológicas, tuvimos que crear un contexto diferente en torno a Thomas, presentando a los padres, profesores, cuidadores, etcétera, una nueva percepción de sus siete años. Lanzamos otra profecía, que poco a poco, muy despacio, se dirigió hacia su propio cumplimiento.

Comparado con otros niños de su edad, Thomas aún muestra un déficit en conocimientos, pero éste es un problema pedagógico, no psicopatológico.

Cambiar las profecías, de disfuncionales a funcionales, es una intervención que empleamos no solamente con niños sino también con adultos, como vamos a mostrar en la siguiente sección.

PRESUNTA PSICOSIS

Utilizamos el término *presunta psicosis* porque creemos que a menudo se produce un diagnóstico equivocado de psicosis y que es esta etiqueta la que finalmente «inventa» la enfermedad (Nardone y Portelli, 2005). Desde nuestro punto de vista, suponer desde un buen principio que un paciente es psicótico significa quedar atrapado en una profecía que no ve ninguna posibilidad, o muy pocas, de tratar al paciente. Creemos enérgicamente que un terapeuta debería intentar siempre hacer algo para aliviar el sufrimiento del paciente y de sus seres queridos, aunque el caso se considere clínicamente intratable.

Al decir que es un caso psicótico, el terapeuta, igual que los demás agentes en torno al paciente, puede quedar fácilmente atrapado por el consiguiente abrumador sentimiento de indefensión. Como Watzlawick solía decir, «las palabras son como balas» y son, sin duda, responsables de la construcción de la realidad personal.

La palabra «presunta» emite un rayo de esperanza y, por lo tanto, uno siente que todavía puede hacerse alguna cosa. Por tanto, si el tratamiento funciona bien y el paciente se recupera de sus síntomas psicóticos, podemos afirmar que no se trataba de un caso de psicosis; si no, por lo menos habremos tratado de hacer lo imposible por mejorar la situación y a menudo se producirán pequeños cambios positivos que ayudarán al paciente y a sus seres queridos a adaptarse mejor. Sin embargo, de nuevo, vamos a descubrir un problema por medio de su solución: «Conocer a través del cambio».

En nuestro centro hemos tenido muchos pacientes diagnosticados como psicóticos que han superado completamente su presunta psicosis. Al decir esto, no queremos decir que hayamos curado a pacientes psicóticos sino solamente mostrar a través de terapias que han funcionado que estas personas no estaban afligidas por una auténtica psicosis sino por síntomas invalidantes definidos como señales de psicosis en las tradicionales clasificaciones nosográficas.

Clarificado este supuesto fundamental, podemos continuar presentando las fases de la terapia en el tratamiento de estos pacientes altamente intimidantes.

En la primera fase del tratamiento, la acción terapéutica más importante es la aceptación total de la realidad distorsionada que presenta el paciente, como si fuera real. Para hacer esto, el terapeuta necesita calcar la lógica del paciente y utilizar su lenguaje. A nivel de comunicación, de relación y de estrategia, el terapeuta necesita seguir la narración de la realidad del paciente, sin enajenarse él mismo de lo que el paciente está diciendo y, por lo tanto, mostrándole abiertamente que reconoce su sufrimiento. Esto permite al terapeuta una buena y sugestiva relación con el paciente y también con su familia.

Una vez se ha consumado esto, la primera sesión entra en la segunda fase de la terapia: construir e introducir una realidad inventada, que produzca resultados concretos. En otras palabras, el terapeuta tiene que construir una representación terapéutica normalmente seguida por una prescripción ritual que encaje con la percepción y reacción patológica del paciente, que la conduzca hacia su autodestrucción.

Esto representa una forma estratégica de arte por parte del terapeuta, ya que primero tiene que seguir la lógica y la estructura de la representación de la realidad del paciente, y luego inventar e introducir alguna cosa a medida de la lógica no ordinaria de éste, capaz de conseguir un cambio efectivo. Normalmente se requiere toda la primera sesión para poder hacer esta nueva representación, que se basa en la lógica del

paciente, más creíble, más artística y «auténtica» para el propio paciente. Las representaciones de la realidad, o los errores, de los pacientes con presunta psicosis siguen una lógica no ordinaria. Para poder alterar su equilibrio disfuncional, no podemos desatender los errores del paciente; sin embargo, al idear estrategias terapéuticas, necesitamos utilizar la lógica no ordinaria que subyace en estos errores específicos. En otras palabras, el terapeuta necesita seguir la, en apariencia, lógica demente que subyace en las ideas y acciones del paciente, sin mostrarle explícitamente que lo que está haciendo y pensando tiene sentido, interviniendo amablemente y sembrando semillas de duda en lo que el paciente siempre ha mantenido como absoluto. Esto debe hacerse con gran precaución para no disipar sus engaños²¹. Por el contrario, el terapeuta debería utilizar contra-engaños para introducir algunos aspectos diferentes que sirvieran para distraer el engaño hacia un nuevo y más funcional equilibrio pero sin expulsar las antiguas convicciones.

Además, necesitamos modificar las dinámicas dentro del sistema interactivo del paciente, con los demás y con el mundo. Esto se lleva a cabo con prescripciones como la conjura del silencio, el ritual familiar nocturno (ambas prescripciones ya se han descrito en las secciones anteriores) y otras, que ayudan a frustrar las ventajas secundarias que ofrecen los síntomas.

La tercera y la cuarta fase de la terapia son las mismas que los protocolos de tratamiento previamente descritos: guiar a la persona y a la familia a construir un equilibrio nuevo basado en la nueva realidad tras un cambio a menudo drástico. Para clarificarlo, utilizaremos ejemplos clínicos reales.

21. La definición clásica de engaño es una creencia personal, falsa, basada en inferencias incorrectas respecto a la realidad externa, que es firmemente sostenida por la persona a pesar de que todos los demás creen lo contrario.

Ricardo, un joven de veinte años, con barba y mal arreglado, fue traído a terapia por su padre a causa de su extraña actitud, que había sido diagnosticada como «conducta monomaniaca». Dos años antes había empezado a ir a la universidad, en donde se afilió al Partido Socialista Revolucionario, que se convirtió en su único y exclusivo interés y abarcó toda su existencia. Se fue de su casa, porque estaba convencido realmente de que la familia era una obligación social que asfixiaba el crecimiento personal y la autorrealización, para unirse con camaradas del partido en el campus de la universidad. Toda su existencia giraba alrededor de cuestiones políticas y debates. Se aislaba durante días para estudiar tratados y textos de política.

Sus conversaciones con la familia y con los compañeros de piso eran monotemáticas. Arengaba apasionadamente e intentaba convencer a los demás de su ideología política, mientras que se enfadaba cuando los demás le contradecían. Fue hospitalizado varias veces porque sufrió momentos críticos cuando perdió el control de su conducta. Su padre intentó hacer que entrara en razón, a la vez que sus compañeros de partido le evitaban, fastidiados por su extraño comportamiento y sus reiterados discursos. Vino a terapia deprimido pero no derrotado por sus intentos fallidos de que le dejaran entrar de nuevo en el partido.

Éste fue un aspecto fundamental que reconocimos como útil para poder desviar el engaño del paciente hacia un equilibrio más funcional. Éste fue el punto correcto que teníamos que explotar, ya que él quería, más que cualquier otra cosa en el mundo, ser aceptado de nuevo por el grupo. Sin embargo, el paciente estaba convencido de que para volver a ser aceptado por el grupo tenía que encontrar palabras más persuasivas. Por tanto, sus soluciones intentadas eran estudiar más sobre su ideología y luego predicar su conocimiento para mostrar su compromiso total con la revolución y con el partido. Ésta era su convicción, su engaño. Durante la primera sesión, quedó claro que el paciente iba a hacer cualquier cosa para ser aceptado de nuevo en su partido. Le mostramos que podía-

mos ayudarle. Y una vez más, siguiendo la lógica de su engaño, empezamos a sembrar dudas acerca de si encontrar palabras más persuasivas era en realidad el camino correcto para ser aceptado de nuevo en el grupo.

Terapeuta: ¿Así que el grupo ya no te quiere?

Paciente: No, no.

Terapeuta: OK, ¿qué estás haciendo para poder volver a tu grupo, para que puedas ser aceptado otra vez?

Paciente: Bah, de hecho, esto es lo que necesito comprender... Necesito comprender mejor lo que necesito hacer.

Terapeuta: Hmm, pero, ¿qué has estado haciendo hasta ahora para que ellos te vuelvan a aceptar?

Paciente: No, quiero decir, esto no es... continuando en este camino, por ejemplo, no lo sé, haciendo lo mejor que sé para difundir la ideología de izquierdas... en todos los colegios, aunque, dentro de los límites normales, como hacen los demás, dentro de la normalidad...

Terapeuta: Hmm [*asintiendo*], ¿y esto es todo lo que te interesa? ¿No hay nada más en tu vida?

Paciente: Ahora, no.

Terapeuta: Así, cuando no puedes reunirte con la gente, tienes tus libros, en los que estudias con gran profundidad para estar bien con ellos. ¿Hablas sobre tus libros con alguien más o te lo guardas para ti?

Paciente: Sí, lo hago, pero entonces la gente habla menos conmigo, se convierten en paredes de goma (una expresión italiana que significa que las palabras rebotan en la gente; la gente no las entiende). Me enfrento a paredes de goma.

Terapeuta: Así que tú intentas hablar con ellos, pero ellos te rechazan; cuanto más hablas más te rechazan.

Paciente: Es un lío muy grande.

Terapeuta: Entonces, corrígeme si me equivoco pero intentar convencerlos con palabras es la manera mejor de alejarlos más y más de ti.

Paciente: Sí, de hecho...

Terapeuta: Sin embargo, para ti, el deseo de profesar tu fe, tu ideología... es incontrolable... o si no has entendido que cuanto más hablas más te distancias de ellos... ¿Qué crees que es mejor ahora?

Paciente: Ahora es mejor calmarse un poquito.

Terapeuta: ¿Eres capaz de hacerlo?

Paciente: Sí, aunque no me las arreglo demasiado bien.

Terapeuta: Bien. Te ayudaré, ¿de acuerdo? [*Pausa.*] Bien, ¿cuando te apartaron, esto te provocó momentos depresivos, es decir, te supo mal que te ignoraran, o te enfadaste?

Paciente: Me enfadé y me enfrasqué en mis libros.

Terapeuta: Como diciendo «Ya que la gente es así... me aislaré y leeré, o...»

Paciente: Buscaré a los demás.

Terapeuta: ¿Los demás?

Paciente: Sí, los demás, que sabían lo que estaba ocurriendo en mi vida pero que vivían su propia vida tranquilamente...

Terapeuta: Sin embargo, esta gente te escuchaba durante cinco minutos y entonces te mandaban a paseo y te decían que te fueras al infierno.

Paciente: Sí, me saludaban «Hola, Ricardo». Y eso era todo.

Terapeuta: O quizás si te veían, intentaban evitarte.

Padre: Es monotemático.

Terapeuta: Monotemático. Sin embargo, tú puedes llegar a entender que mientras más vas detrás de ellos, más huyen.

Paciente: Más huyen...

Terapeuta: Has dicho que te gustaría hablar, exponer tu caso, pero ahora nadie está dispuesto a escucharte...

Paciente: Sí.

Terapeuta: ¿Si no, te escuchan durante cinco minutos y luego te dicen que te vayas al infierno? Por otro lado, cuando le hablas a tu padre, ¿tu padre discute contigo? Al cabo de un rato empezáis a pelear, ¿verdad?

Padre: No nos peleamos, discutimos.

Terapeuta: Ustedes empiezan a pelear porque usted [*hacia el padre*] no está muy de acuerdo con sus ideas. Entran en una especie de debate político... y chocan...

[*El padre asiente.*]

Terapeuta: Bien. Nos gustaría que hicieran caso de nuestras indicaciones al pie de la letra, o sea, vamos a permitirte un espacio de tiempo preciso para tus discursos. Nos gustaría que cada día hicieras un discurso mientras usted [*hablando al padre*] y su esposa están presentes. Por lo tanto, lo que queremos que hagan durante las próximas dos semanas, cada noche, es que se junten en su sala de estar, usted y su mujer sentados en silencio absoluto, y tú [*señalando al paciente*] de pie. Preparas un despertador para que suene media hora más tarde, porque tu discurso tiene que desarrollarse en un periodo adecuado de tiempo, y durante media hora harás tu discurso sobre un tema seleccionado de tu ideología, y durante media hora tendrás que estar allí y lanzar tu discurso —hablar y hablar—. Usted y su mujer [*refiriéndose al padre*] tendrán que permanecer toda la media hora en absoluto silencio. Cuando suene la alarma, *stop*, se acabó todo... Hasta la noche siguiente han de evitar hablar acerca de su ideología y sus estudios... Tienen que mantener lo que llamamos conjura del silencio: usted [*al padre*] tiene que evitarle realmente si ocurre que él empieza a hablar. Dígale: «Cuéntanoslo esta noche durante la media hora». Pospóngalo. Ricardo, esto vale para todo el mundo. Quiero decir que, durante las dos próximas semanas, quiero que restrinjas tu necesidad de hablar sobre estas cosas importantes a la media hora. Por lo tanto, nos gustaría que evitaras hablar de ello con nadie —después de todo, realmente nadie te escucha, te evitan—. Cuando sientas la necesidad de expresar tu fe, tus creencias... has de hacerlo con ellos [*señalando a los padres*]; por ahora limitémonos por lo menos a educarlos a ellos. Empecemos con este primer paso para que podamos movernos por el resto, ¿de acuerdo?

Paciente: Sí, sí.

En la siguiente sesión Ricardo informó de que siguió la prescripción y que cada noche, durante media hora, se las arregló para desarrollar su discurso. También declaró que, excepto en el discurso de media hora, no intentó persuadir al mundo de la revolución. Dijo que mantuvo lo que dijimos en la sesión anterior. Es decir, al reunirse con sus amigos, especialmente las chicas, evitó hablar acerca de su ideología revolucionaria y se dio cuenta de que la gente empezó a estar más con él.

La prescripción también cambió la dinámica de la familia. Ricardo y su padre dijeron que habían tenido unos días más tranquilos, habían hablado de deportes, de cine, de la universidad y de otros tópicos que hasta ahora siempre habían sido dejados de lado para dejar espacio a sus habituales debates políticos. Al final de la segunda sesión, invitamos a Ricardo a que continuara haciendo sus discursos durante la media hora una vez al día, con finalidad fundamentalmente didáctica, a la vez que guardaba silencio a lo largo del resto del día exactamente como se las había arreglado para hacer hasta entonces. Además, le pedimos que llevara a cabo un experimento. Le dijimos: «A una hora concreta del día, que eres libre de escoger, queremos que te preguntes “¿que haría con mi tiempo si ya no estuviera interesado en mi proyecto de la revolución?, ¿cómo utilizaría el tiempo de manera diferente a lo que hago ahora, si ya no estuviera interesado en la revolución?”. Y durante una hora cada día, no más de una hora, lo haces. Veamos lo que escogerías para hacer durante una hora al día, exactamente una hora, no más, como si ya no estuvieras interesado en la revolución».

El paciente llegó a la tercera sesión detallando con mucho gusto todas las cosas nuevas que se las había arreglado para hacer durante las dos semanas transcurridas. Confesó que incluso salió con una chica que le gustaba y pasaron una tarde agradable hablando sobre cosas románticas. Además, durante la última semana, sintió la necesidad de empezar a leer otros libros, como las novelas.

Aunque la prescripción del «como si» estaba limitada a una hora al día, provocó lo que Thom (1990) llamaba el «efecto mariposa» (del que hablamos anteriormente) a lo largo de toda la rutina diaria del paciente. Al final de la sesión afirmó que, aunque aún era fiel a sus ideales, pensaba que uno, de vez en cuando, debe quitarse algunas cosas de su cabeza.

Paciente: Bien, al observar las actividades diarias de otra gente, aunque no estuvieran tomando grandes decisiones de su vida —sin embargo, ellos han escogido su vida— cada uno de ellos tiene una ocupación o algo más... pero intentan desconectar haciendo otras cosas. Para mí la vida era únicamente obligación hacia mis ideales. Entonces he intentado comprender lo que hace la otra gente en su tiempo libre, ir al cine, leer novelas y revistas...

Terapeuta: Por lo tanto, lo que estás diciendo es que lo que previamente considerabas como miserias antirrevolucionarias... ahora lo ves de manera diferente.

Paciente: Así es, no como antirrevolucionario sino como una forma de distraerme, actitudes desinteresadas... Ahora estoy intentando interesarme más por el arte, hay muchas cosas bonitas aquí en la Toscana, también en Arezzo, Piero della Francesca...

Terapeuta: No solamente éste, Poliziano y otros.

Paciente: Lo sé. De hecho esto me hace recordar... también ligando esto a la obligación de ciertos líderes históricos como Trotsky y Lenin, cuando visitaron Londres. Lenin dijo: «Mira Westminster, es maravilloso». Sin embargo, Trotsky no mostró interés: «No, quiero mirar hacia Rusia... déjame». No quiso ver...

Terapeuta: No quiso ver más allá de su ideología. Por lo tanto, ¿significa esto que tus límites se han vuelto elásticos, más flexibles?

Paciente: Sí, un poco, sí.

Durante las siguientes sesiones Ricardo informó de que había vuelto a la universidad, que salía con otras chicas y que ya no

necesitaba el podio de la media hora. En casa por fin tenía conversaciones agradables. Cada vez, reconocíamos el buen trabajo de Ricardo, aunque le sugeríamos que continuara con las prescripciones, aumentando cada vez el tiempo de la sesión «como si» en una hora. Esto fue fundamental en esta fase, en la que no necesitábamos dejarnos deslumbrar por los resultados sino trabajar para consolidar los resultados obtenidos.

En la quinta sesión, le pedimos que continuara observando a los demás, exactamente como hacen los antropólogos, para que pudiera conocer más acerca de ellos, especialmente acerca del mundo femenino, para que pudiera entender mejor lo que había que hacer para aumentar su capacidad práctica. Empezamos también a trabajar en su aspecto, que todavía tenía algo de «revolucionario» y le daba algunos problemas cuando se acercaba a los demás. Más bien le engañamos con la máxima de Oscar Wilde que afirma que solamente es la gente superficial la que no juzga por el aspecto. Un «nuevo» Ricardo llegó a la sesión siguiente: se había afeitado la barba, cortado el pelo, y llevaba una camiseta limpia y unos tejanos; se lo veía y se comportaba como un joven agradable de veinte años.

Otro caso ejemplar es el de otro joven de veinte años (al que llamaremos Roberto) que llegó a nuestro centro con sus padres después de haber visitado a varios especialistas, que tenían opiniones y diagnósticos divergentes de su «estado mental». Durante más de cinco años, Roberto se había segregado en una parte de la mansión de sus padres, porque tenía miedo de algunas personas como los minusválidos, los ancianos y también de que su propio hermano pudiera sacarle su «energía positiva». Así, evitaba todo tipo de contacto con el mundo exterior y las pocas veces que finalmente salía realizaba una especie de «ritual preventivo» antes de salir de casa y después un «ritual de reparación» a su regreso para bloquear el «proceso de absorción». Sin embargo, puesto que su hermano aún vivía en casa con ellos, para Roberto el peligro también estaba dentro de casa, así que la familia —aunque al principio intentaron convencerle de lo mucho que su herma-

no le quería y de que no tenía que tenerle miedo — cedió finalmente y dividió la casa para prevenir que los dos hermanos se vieran.

Sin embargo, el aspecto curioso de este caso fue que la terapia empezó *antes de* nuestro primer encuentro. Antes de acudir a nosotros, Roberto había leído varios libros sobre nuestro enfoque y tratamiento, así que en el tiempo transcurrido entre su llamada para fijar una cita y nuestro encuentro real, intentó enfrentarse a su miedo y abrazó a su hermano, pero esto aún le asustó más, así que decidió no volver a hacerlo.

Una vez más, nuestra intervención fue primero hacer caso de la en apariencia «lógica demente» del paciente, entrar en su engaño utilizando su mismo lenguaje, identificar las soluciones intentadas puestas en práctica por el paciente y también por la familia que mantenían y empeoraban la situación, y después procedimos a bloquear las soluciones intentadas sembrando una semilla de duda en las convicciones del paciente, y continuamos hallando un camino creativo, pero creíble, para que la lógica se volviera contra sí misma.

Terapeuta: ¿Y a pesar de todo hiciste algo que antes te daba miedo hacer: tocaste y abrazaste a tu hermano y él no te vació toda tu energía positiva? ¿Cómo te explicas esto?

Paciente: No lo sé.

Terapeuta: Por lo tanto, hasta ahora has tenido una idea equivocada. Hasta ahora, te habías protegido de él. Ni tan siquiera podías verle, pensando en que si le tocabas te absorbería tu energía benéfica. Ahora le has tocado y no ha sucedido nada... de lo contrario no podrías volver a hacerlo, ¿cierto? Deja que te explique una cosa. En situaciones como ésta, cuando sientes que una especie de ósmosis tiene lugar, en la que la energía positiva pasa de ti a tu hermano —¿de acuerdo?—, lo que uno tiende a hacer racionalmente es pensar «he de defenderme evitando estas situaciones; por lo tanto, he de evitarlas; evitaré tocarle,

incluso mirarle». O, mejor aún, tienes que llegar a practicar la evitación total.

Paciente: ¿Qué?

Terapeuta: Has llegado a un punto en que ya has construido la evasión extrema... ni siquiera podías verle. Por desgracia, esta reacción racional no funciona. Porque en caso de influjo de energía, cuanto más huyes, más energía pierdes... Así que si quieres aprender cómo mantener tu energía positiva, necesitas empezar gradualmente a hacer lo contrario... Cuanto más evitas la situación que te da miedo —o sea, cuanto más evites a tu hermano, temeroso de que pueda absorber tu energía—, más energía se perderá por sí misma y le pasará a él. De hecho, cuando abrazaste a tu hermano, no perdiste toda tu energía positiva, ¿verdad?

Paciente: No, no perdí toda mi energía.

Terapeuta: OK.

Paciente: Sin embargo, después decidí no volverle a abrazar porque... cuando estaba en el coche viniendo hacia aquí, pensé en mi hermano y se me escapó la energía...

Terapeuta: ¡Ten cuidado! Escapó sin que él estuviese presente. Te lo has imaginado. Una vez más has hecho algo por ti mismo. Piensa solamente que durante los años pasados, en realidad, te has construido tu propia trampa, te has metido dentro y ahora no puedes salir. ¿De qué manera? Evitando enfrentarte a algo que podría haberte permitido mantener tu energía positiva. En cambio, huyendo te has debilitado cada vez más, tanto que la energía se pierde por sí misma. Ahora para fortalecerte... estamos muy contentos de poder empezar a hacer esto contigo a partir de hoy, porque tú ya has puesto en marcha un gran cambio mientras estabas esperando venir aquí. Has encontrado espontáneamente tu salida. Ahora vamos a continuar sin tener miedo y sin volver a caer en la trampa. En estos días, tienes que acostumbrarte a contener dentro de ti tu energía positiva, entrando gradualmente en contacto con tu hermano. Desde ahora hasta la próxima vez que

nos veamos, nos gustaría que tú, cada mañana, despertaras y abrazaras a tu hermano antes de que se vaya a trabajar, ¿de acuerdo? Cuando regrese, abrázalo otra vez y después antes de que se vaya a la cama. Has de tener en mente que éste es el primer paso, que has descubierto espontáneamente, para empezar a retener tu energía.

Paciente: ¿Pero, tengo que darle mi energía?

Terapeuta: No, has de mantenerla dentro de ti. Esto te ayudará a mantenerla para ti y no dársela a él. Antes, al huir, al esconderte, al evitar el contacto, te hacías cada vez más y más débil, y la energía le pasaba a él. Está bien que quieras mantener tu energía y la atención de tus padres hacia ti. Él tiene la suya, tiene otras cosas... y vale lo mismo para el mundo exterior... haz lo mismo, ¿de acuerdo? A excepción de este ritual, ustedes [*dirigiéndose a los padres*] han de evitar —desde ahora hasta cuando nos volvamos a ver— hablar o preguntarle acerca de sus miedos. Cuanto más hablan de ello, cuanto más trabajan juntos para superarlos, más débil se vuelve Roberto. Por lo tanto, a lo largo del día, han de mantener lo que llamamos conjura del silencio. Han de evitar hablar acerca de su miedo y de sus dificultades, si no, aumentarán aún más, ¿de acuerdo? Le harán más débil y la energía positiva se perderá. Sin embargo, por las noches, después de cenar, se junta toda la familia en el salón, ponen un despertador para que suene al cabo de media hora, durante la cual ustedes [*a los padres*] permanecerán sentados en silencio absoluto, y tú, Roberto, de pie. Les contarás todo sobre los miedos que has sentido a lo largo del día, todas tus preocupaciones, todas aquellas cosas que te molestan. Ustedes [*refiriéndose a los padres*] escucharán en silencio absoluto. Cuando suene la alarma, *stop*, se acabó todo. Hasta la noche siguiente eviten hablar de ello.

Madre: ¿Ha de estar su hermano también?

Terapeuta: Preferiría que su hermano también estuviera presente... ya que, de este modo, tú te fortaleces aún más...

¿de acuerdo? Y, ¿por qué no? De esta manera le enviamos a él un poco de energía negativa, el otro tipo... ¿no? [*Todos se echan a reír.*] Pero, no se lo digas, ¿de acuerdo? No se lo contaremos.

Paciente: De acuerdo, no se lo diremos. [*Riendo.*]

La familia llegó a la siguiente sesión abrumada por el cambio «milagroso» que había tenido lugar. Dijeron que Roberto llevó a cabo el (contra-) ritual tres veces al día a lo largo de las dos semanas, sin temer a su hermano; al contrario, Roberto empezó a desear que su hermano llegara del trabajo, porque pasaban el tiempo charlando, viendo la televisión, jugando con videojuegos, etcétera. Además, desde la siguiente sesión, vimos a Roberto solo en terapia y nos dijo que había empezado a salir, a ir al gimnasio (con su madre), a ir a misa y estaba ansioso por volver al colegio al siguiente año académico. En una de sus salidas, se encontró con un niño discapacitado con el que se abrazó cariñosamente y, en terapia, explicó que no podía comprender por qué había tenido miedo de la gente discapacitada —eran muy desafortunados y, sin embargo, muy compasivos—. El resto de la terapia se concentró en establecer un nuevo equilibrio más funcional para Roberto y para toda su familia. Es necesario consolidar los éxitos que se han conseguido, de modo que, al final de las diez sesiones, empezamos a trabajar con el paciente para que desarrollara destrezas sociales.

Estos ejemplos clínicos muestran que también estos trastornos graves pueden ser tratados en corto tiempo, sin recurrir a la terapia tradicional. Nosotros no «eliminamos el engaño», sino que lo dirigimos hacia su autodestrucción. El principio que forma la base de nuestro tratamiento de la presunta psicosis es «añadir para reducir». Nuestra intervención apunta a burlar la resistencia del paciente (tipo 4 de resistencia: el paciente es incapaz de colaborar) y llevarle a que cambie su percepción de la realidad. Utilizamos su propia lógica y su modo de representación de la realidad, y lo llevamos a

través de una serie de experiencias emocionales «correctivas», hasta que empiece a dudar de sus inflexibles convicciones previas.

Como Goethe escribió, las cosas son en realidad más sencillas de lo que uno puede pensar, pero mucho más complicadas de lo que uno puede comprender.

CAPÍTULO 7

INTEGRAR LA CIENCIA EN LA PRÁCTICA

*A no ser que intentes hacer algo
más allá de lo que ya dominas
nunca crecerás.*

RALPH WALDO EMERSON

CIENCIA Y PRÁCTICA:

LA INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO CLÍNICO

El propósito de este capítulo es resumir y proporcionar una evaluación incisiva de los esfuerzos llevados a cabo en el estudio de la psicoterapia, mientras anticipamos posibles alternativas para el estudio de una terapia eficaz y efectiva. Naturalmente ningún trabajo singular se atreve a dirigir cada aportación hecha en este campo de estudio y este capítulo no es una excepción. Finalmente, expondremos el método de investigación-intervención utilizado en el Centro de Terapia Estratégica (CTS), que está en continua evolución.

En la década pasada, la integración de práctica y ciencia se ha convertido en la mayor preocupación y la obligación dominante de la mayoría de los científicos clínicos. Este movimiento fue provocado por la cada vez mayor inversión en el sector de la salud, que solicitaba mayores responsabilidades y mejoras en la práctica clínica.

Desde su fundación, el CTS siempre ha promocionado la importancia de dar igual valor a la ciencia que a la práctica. Aunque siempre hemos considerado la investigación como un medio esencial para hacer nuestro trabajo clínico más efectivo, nunca formaremos parte de este grupo de científicos que

juran la fe científica, a la vez que olvidan que primero y principalmente somos médicos, cuya primera responsabilidad es ayudar a los que reclaman nuestra asistencia.

Western, Novotny y Thompson-Brenner (2004a) opinan que «la idea de crear una lista de tratamientos psicosociales reforzados empíricamente era una obligación, en parte estimulada por preocupaciones acerca de otras directrices prácticas ampliamente diseminadas que daban prioridad a la farmacoterapia por encima de la psicoterapia en ausencia de evidencias que apoyaran esta prioridad» (p. 632). Esta creciente preocupación exigía una investigación efectiva que fuera más allá de describir lo que hacen los clínicos en su práctica diaria, y que desarrollara medios «medibles» que pudieran ayudar a obtener tratamientos más útiles.

El primer enfoque de investigación que fue promovido internacionalmente con el fin de reducir el hueco entre investigación y práctica fue la práctica clínica²² basada en la evidencia (Chambless y Hollon, 1998), que seguía el enfoque de la medicina basada en la evidencia. En los Estados Unidos, se formó un equipo de trabajo que salió con una lista de «tratamientos empíricamente reforzados» (APA, 1995). Esto provocó inquietud tanto entre los investigadores como entre los médicos (Elliot, 1998). La controversia procedía de los intentos de algunos científicos clínicos de dictar qué terapias podían ser consideradas como «aceptables» y cuáles no.

Los críticos argumentaron que el equipo de trabajo utilizó una definición muy limitada de investigación empírica (Taylor, 1998; Henry, 1998). La investigación cualitativa y los

22. Hay tratamientos que están verificados con pruebas clínicas controladas aleatoriamente (RCTs) (Herbert, 2003; Morrison, Bradley y Western, 2003). «Pruebas controladas aleatoriamente» son procedimientos metodológicos que comparan grupos de pacientes: grupos experimentales y grupos de placebo que reciben un tratamiento no activo, con el fin de establecer la utilidad del tratamiento examinado.

estudios de casos han sido desde hace mucho tiempo una parte valiosa de los fundamentos empíricos para la psicoterapia, aunque fueron rebajados o ignorados por muchos para los que «la validación empírica» equivale a «prueba clínica aleatoria (RCT)» (Koocher, 2003).

Starcevic (2003) estaba entre los que percibieron este método como muy inapropiado para el estudio de la eficiencia y la eficacia de los tratamientos psicológicos. La salud mental basada en la evidencia ha tratado las intervenciones psicológicas y farmacológicas de forma idéntica en su búsqueda por evidenciar mejor lo que funciona en el campo de la salud mental (Parry, 2000).

Estamos de acuerdo con Goldfried y Eubanks-Carter (2004), que afirman que la dependencia del campo en el modelo médico y las intervenciones que se basan en el manual han contribuido al hueco entre investigación y práctica clínica. En su artículo «La próxima generación de investigación en psicoterapia: respuesta a Ablon y Marci (2004), Goldfried y Eubanks-Carter (2004) y Haag (2004)», Western, Novotny y Thompson-Brenner (2004b) sostienen que, paradójicamente, la concentración en las terapias reforzadas empíricamente (ESTs) en la ciencia clínica ha ofrecido a los clínicos una visión limitada de lo que la ciencia tiene que ofrecer a la psicoterapia.

Varios investigadores expresan su preocupación sobre algunas de las limitaciones de los métodos RCT utilizados para establecer tratamientos como reforzados empíricamente, en particular, en relación con el equilibrio entre validez interna y externa (Borkovec y Costonguay, 1998; Goldfried y Wolfe, 1996; Seligman, 1995).

Entre las limitaciones técnicas más reconocidas del paradigma RCT están el desgaste diferencial, la imposibilidad de parangonar los grupos de comparación, problemas psicométricos con la medición de resultados, inconsistencia de los tratamientos aportados, contaminación por otros tratamientos en pruebas de terapia de larga duración y éxito deficiente en

predecir resultados en casos individuales de los datos resumidos de medios de grupos (Margison et al., 2000).

Además, una prueba clínica aleatoria requiere un manual de tratamiento para asegurar la fidelidad y la fiabilidad de la intervención; sin embargo, la práctica diaria requiere que el terapeuta modifique constantemente los enfoques para ver las necesidades idiosincrásicas del cliente. Si el médico tiene que estar esclavizado por el manual, esto le conducirá al fracaso en la empatía y a un pobre tratamiento en muchos pacientes (Levant, 2004). Sin embargo, los estudiantes están hoy en día entrenados para aferrarse al manual de diagnósticos que les da el procedimiento adecuado para tratar al paciente, muy a menudo utilizando terapia cognitivo-conductual (CBT) o psicoterapia interpersonal (IPT) a la vez que se les ha enseñado a que rehuyan los presentimientos clínicos y las predicciones. Por ejemplo, Wilson (1998) mantiene que el trabajo clínico basado en el manual refleja predicciones estadísticas, mientras que la divergencia con los manuales constituye predicciones clínicas, pero este último debería ser evitado. Western, Novotny y Thompson-Brenner (2004a) creen que los manuales son, a pesar de todo, un medio muy imperfecto de reflejar la predicción estadística, ya que muy pocos casos son atípicos en la práctica clínica y que es imposible controlar totalmente las condiciones de la psicoterapia.

Aunque la «práctica basada en la evidencia» fue un primer paso hacia la práctica informada y empíricamente estudiada, nosotros, en el CTS, nos hemos resistido a este enfoque, abogando por un enfoque más clínico y ecológicamente válido. La validación empírica de los modelos de tratamiento tiende a permanecer firmemente concentrada en los resultados y fallos del tratamiento para considerar la información importante respecto a lo que es eficaz sobre un tratamiento dado (Ablon y Marci, 2004; Goldfried y Eubanks-Carter, 2004). Arkowitz (1989) mantiene que «la investigación de la psicopatología básica sobre diferentes problemas clínicos puede revelar *lo que* necesita cambiarse, la investigación de los procesos de

terapia puede clarificar *cómo* ocurren los cambios y la investigación de los resultados puede especificar *si* el cambio ha tenido lugar» (citado en Goldfried y Eubanks-Carter, 2004, p. 669). Creemos que una investigación en psicoterapia debería comprender los tres aspectos.

Para hacer esto, la investigación debería, primero y principalmente, realizarse en la práctica diaria y no en marcos controlados artificialmente con pacientes atípicos (Ablon y Jones, 2002). Mientras que las RCTs utilizan el azar en la selección de personas, la práctica clínica no es en ningún modo aleatoria. El azar crea una situación artificial porque no tiene en cuenta el hecho de que los pacientes escogen activamente su propio tratamiento. Además, muchos pacientes utilizados en grupos de control son voluntarios y esto representa un prejuicio metodológico significativo (Rapaport et al., 1996).

El paradigma de investigación RCT, cuya intención es informar de la práctica clínica, asigna participantes a los tratamientos, basándose exclusivamente en los criterios definidos por el DSM, los cuales a su vez se basan en un modelo médico y no están empíricamente reforzados por la investigación de la psicoterapia (Wampold, 2001). Aunque los autores del DSM IV (APA, 1994) reconocen que el diagnóstico no informa necesariamente del tratamiento. Las EST todavía siguen estos criterios para definir el problema y evaluar la mejoría. Como vimos anteriormente, creemos que los terapeutas deberían utilizar *descripciones operativas* de los trastornos, deducidas de la investigación empírica basada en la práctica diaria. Esto permite también ajustes flexibles en casos de comorbilidad.²³ Nuestra experiencia clínica nos enseña que los pacientes que acuden a terapia no son tan homogéneos desde el punto de vista del diagnóstico como los pacientes uti-

23. Utilizamos el término «comorbilidad» para referenciar co-ocurrencia de más de un trastorno.

lizados en las RCT. Meichenbaum (2003) revela que menos del veinte por ciento de los pacientes mentales tiene solamente un diagnóstico claramente definible como Eje I. Por lo tanto, la inmensa mayoría de los casos vistos por médicos no reúne los criterios exactos utilizados en las RCT. Diversos estudios sugieren que uno de cada tres pacientes que buscan tratamiento psicoterapéutico no puede ser diagnosticado de acuerdo a los criterios del DSM, porque sus problemas ni siquiera encajan o cruzan el umbral de cualquier categoría existente (Howard et al., 1996; Messer, 2001; Western, Novotny y Thompson-Brenner, 2004a, 2004b).

Invitamos al lector a que recuerde que las pruebas clínicas controladas estaban inicialmente diseñadas por la ciencia médica para estudiar la efectividad de las medicaciones sometidas a test. Una ciencia médica administraría una medicación específica y compararía los resultados con una condición de placebo o de cuidados estándar. A diferencia del campo de la medicina, en psicoterapia no existe una contrapartida al placebo. La psicoterapia no puede ser administrada en una forma pura y su observancia es mucho más difícil de medir (Ablon y Marci, 2004). Además, los tratamientos psicológicos no específicos administrados a pacientes en grupos de control no son «neutros» como en la medicina es el placebo y producen efectos psicológicos sin tener en cuenta si son clínicamente significativos. En psicoterapia, la naturaleza social de la interacción es una variable importante que las RCT dejan de considerar. Reconocemos que el enfoque EST no dio la importancia adecuada a los factores extraterapéuticos tales como la esperanza de los pacientes, credibilidad del tratamiento, efectos de las listas de espera y otros que son inevitables y no son constantes. Ablon y Marci (2004) destacan que el resultado del tratamiento no puede predecirse solamente por lo que hace el terapeuta o, además, por lo que dice el manual que debería hacer el terapeuta, sino por las propiedades emergentes de la interacción paciente-terapia. Estamos totalmente de acuerdo con esta noción. Una analo-

gía sería la fusión de los dos gases, hidrógeno y oxígeno, cuyo producto final es una sustancia totalmente diferente, un líquido, el agua.

Creemos que un terapeuta debería responder con efectividad a las necesidades particulares y a las características del paciente particular y de su situación problemática, y que el modelo (que comprende las estrategias de intervención, la comunicación y la relación) que el terapeuta escoge seguir debería permitir esta flexibilidad y adaptabilidad.

Western, Novotny y Thompson-Brenner (2004a) argumentan que la psicoterapia debería volver al estudio de las estrategias de intervención y de los principios de cambio, los cuales consideran medios de análisis más útiles que los rígidos manuales de tratamiento que sostienen muchas decisiones *a priori* (duración de las intervenciones, *timing* de las intervenciones, etcétera). Una vez más, estamos de acuerdo con Western, Novotny y Thompson-Brenner (2004a), que destacan que los terapeutas que siguen intervenciones mecánicas al pie de la letra, como dictan los manuales, pueden poner en peligro la terapia. Nosotros compartimos su idea de que los terapeutas deberían mantener, más bien, directrices para ayudar a tener unos enfoques terapéuticos claros.

Las RCT hacen uso de un diseño de investigación de doble ciego. Este diseño no puede ser utilizado en la investigación de la psicoterapia, porque los pacientes no pueden estar ciegos (desconocer) sobre qué tratamiento psicológico están recibiendo ya que participan activamente en él; asimismo, los terapeutas no pueden mantenerse ciegos porque tienen que conocer el tratamiento que están administrando. Las RCT utilizan procedimientos de estandarización del tratamiento, así que los pacientes reciben el mismo tratamiento. Una vez más, esto es imposible de conseguir en la práctica psicoterapéutica diaria. Aunque diferentes terapeutas practican las mismas técnicas y procedimientos, los tratamientos y los resultados están altamente influenciados por la personalidad de cada terapeuta y el entrenamiento personal. Además, cada

encuentro entre terapeuta y paciente es un evento único, que no puede ser predicho o estandarizado por completo.

Otra limitación del enfoque de las EST es que se concentran en la «eficacia» (validez interna) más que en la «efectividad» (alta generalizabilidad). En la RCT hay un *trade off* entre rigor y generalizabilidad (Shapiro et al., 1995). Las muestras RCT están seleccionadas a fondo y las intervenciones están rigurosamente definidas. Esto hace el tratamiento menos aplicable a la práctica rutinaria (Margison et al., 2000).

La lista de «tratamientos bien establecidos» y «tratamientos probablemente eficaces» pone énfasis en los criterios que favorecen los enfoques conductuales a corto plazo y los cognitivo-conductuales (Levant, 2004). Esto generó grandes lamentaciones y furor en los médicos que tenían otros enfoques. Chwalisz (2001) hace a ésta responsable de las posteriores innovaciones clínicas inadecuadas, en psicoterapia práctica e investigación.

Duncan (2002), de acuerdo con Starcevic (2003), dice que «a diferencia de la RCT, en la actual práctica clínica, los manuales no se utilizan, las terapias ya no se practican de forma pura, los clientes son asignados al azar a los tratamientos y los clientes raramente entran en terapia por trastornos singulares definidos en el DSM o experimentan el éxito únicamente por la reducción de los síntomas del diagnóstico» (p. 47). Por lo tanto, Duncan aconseja que, en vez de asumir un modelo médico de psicoterapia, «se hace una llamada para una aplicación sistemática de los factores comunes que se basan en un modelo de relación de la competencia del cliente» (p. 32). Esto da lugar a la *perspectiva del factor común*, que sigue el «veredicto del pájaro Dodo»²⁴ (Luborsky

24. El veredicto del pájaro Dodo, basado en la novela de Lewis Carroll, *Alicia en el país de las maravillas*, en donde en un cierto momento se dice «Todo el mundo ha ganado y todos tendrán sus premios».

et al., 2002; Luborsky y Singer, 1975). Esto se ha convertido en la metáfora para representar el estado de la investigación de los resultados de la psicoterapia (Luborsky et al., 2002; Luborsky y Singer, 1975). La contribución más significativa sobre el enfoque del factor común ha sido hecha por Lambert (1992), quien, de sus diversos análisis de la investigación de resultados, identificó cuatro factores terapéuticos que obtenían mejora en psicoterapia: factores extraterapéuticos, factores comunes, esperanza o placebo, y técnicas. Lambert y Barley (2001) resumieron este material de investigación: la relación de terapia y los factores comunes a las diferentes terapias contaban el 30%; las cualidades del paciente y el cambio extraterapéutico contaban el 40%; la esperanza y el efecto placebo contaban el 15% restante; mientras que las técnicas específicas contaban no más del 15% de la variación en los resultados de la terapia.

En nuestra opinión, este estudio ha conseguido destacar las cuatro claves principales del trabajo práctico; sin embargo, compartimos una crítica a este enfoque que está relacionada con la limitada contribución atribuida a las técnicas en la explicación de las mejorías en psicoterapia (Castelnuovo et al., 2004).

Creemos que una técnica específica caracteriza e influencia profundamente a los otros tres factores (Castelnuovo et al., 2004) y que los cuatro factores están todos interrelacionados. Lambert y Barley (2001) muestran que muchos factores están relacionados con el paciente, su historia, su esperanza y sus recursos. Por lo tanto, la única cosa que puede hacerse para realzar la terapia o, mejor, la única manera en que los clínicos pueden contribuir a hacer su práctica más eficaz y eficiente es estudiar su trabajo para hallar medios innovadores que aumenten sus técnicas, de tal forma que hagan uso indirecto de la influencia, y, cuando sea posible, incrementar los otros tres factores.

Como se ha mostrado a lo largo del libro, creemos que un modelo riguroso aunque autocorrectivo con una técnica

de intervención «flexible» reforzará, en consecuencia, la posibilidad de establecer una alianza terapéutica adecuada, lo cual a su vez puede ayudar a mantener la esperanza del paciente en la terapia y en la capacidad de sugestión (Nardone et al., 2000). El diálogo o la técnica de interacción-comunicación utilizada durante la terapia, para que sea efectivo, debería tener en cuenta y estar hecho a la medida de los recursos y cualidades del paciente, las esperanzas, la motivación/resistencia, las soluciones intentadas y otros factores extraterapéuticos. Solamente en este sentido puede el terapeuta incidir emocionalmente y movilizar al paciente a moverse hacia el cambio (Nardone y Salvini, 2004). Jenkins (1996) señala que la terapia ayudaría haciendo que las capacidades de pensamiento dialéctico propias del cliente operaran de nuevo. Nuestra experiencia nos lleva a asumir que la terapia debería movilizar esencialmente al paciente a *sentir* la necesidad del cambio (Nardone y Salvini, 2004).

También las tareas o prescripciones dadas al final de la sesión deberían ser percibidas como una especie de descubrimiento conjunto hecho por el terapeuta y el paciente durante su conversación, y estas deberían tener en cuenta las cualidades del paciente (lenguaje, lógica subyacente, antecedentes, historial del trastorno y soluciones intentadas previamente, resistencia al cambio, etcétera) con el fin de incrementar la posibilidad de que sean llevadas a cabo.

Prochaska, di Clemente y Norcross (1992) han estudiado intensivamente cómo las personas superan sus problemas por ellas mismas. En apoyo de la tesis, afirman que, «de hecho, puede argumentarse que todo cambio es un autocambio y que la terapia es sencillamente un autocambio dirigido profesionalmente» (Prochaska, di Clemente y Norcross, 1994, p. 17). Estamos totalmente de acuerdo con esta tesis. Norcross y Aboyoun (1994) apuntan que las personas que van a terapia son aquellas que han fallado en sus intentos de autocambio. Una vez más, estamos en línea con esta idea. Creemos que los clínicos deberían estudiar las soluciones intentadas que han

fallado en el cliente y encontrar medios efectivos para desbloquear el «sistema obstruido» y, por tanto, poder utilizar la capacidad del paciente para generar cambio. Si el cambio empieza antes o durante el tratamiento, un paso crucial en la terapia es utilizar una técnica específica que realce lo más posible el efecto de la mayoría de los factores para ayudar a los pacientes a trabajar más efectivamente hacia el cambio, así como a mantenerlo en el tiempo. Los hallazgos de la investigación muestran que el cambio es más probable que perdure en clientes que atribuyen los cambios a sus propios esfuerzos (Lambert y Bergin, 1994) y los clínicos deberían hacer lo posible para otorgar esta percepción (Nardone y Salvini, 2004).

Respecto al placebo, nuestra tesis está en línea con el concepto de Weil (1995) del placebo activo en medicina. Los placebos activos producen cambios psicológicos y sensaciones, pero no producen la curación actual (Tallman y Bohart, 1999). La curación tiene lugar a través de la autocuración del paciente, activada por los cambios fisiológicos percibidos (Greenberg, 1999). De modo similar, diversas técnicas utilizadas en psicoterapia son conocidas por actuar como placebos activos (Tallman y Bohart, 1999). Parece que las técnicas psicoterapéuticas no son responsables de mediar directamente en el cambio, sino simplemente de activar la propensión a la curación natural de los clientes.

Tallman y Bohart dicen que cuanto más activa y específica es una técnica, «más creíble resulta para los clientes» y, por tanto, moviliza su esperanza intrínseca, su energía, su creatividad y su potencial autocurativo. Aseguran que «la actuación personal es despertada por la técnica» (p. 101). Más adelante afirman que el proceso del «placebo activo» puede ofrecer una explicación significativa de por qué las técnicas que evocan fuertes emociones pueden ser particularmente útiles, puesto que movilizan más efectivamente la implicación del cliente, el compromiso y la persistencia hacia el autocambio. Estamos de acuerdo con esta teoría y nuestros esfuerzos durante estos quince años de investigación y práctica se han

dedicado a hacer nuestras sesiones lo más «movilizadoras» posible. De hecho, una de nuestras técnicas más avanzadas es el diálogo estratégico (discutido en el capítulo 5), que apunta a que el paciente «sienta» la necesidad de implicarse a sí mismo, de obligarse a sí mismo y persistir en seguir las indicaciones dadas por el clínico, confiado de que éstas le conducirán al cambio (Nardone y Salvini, 2004).

Obviamente creemos que una «buena» relación terapéutica es el componente fundamental del cambio, que sirve como espacio para que florezca la actuación personal del cliente (Nardone, Milanese, Fiorenza, Mariotti, 2000). Los hallazgos clínicos (Horvath, 1995; Orlinsky et al., 1994) revelan que la percepción de la relación o alianza del cliente está altamente relacionada con el resultado terapéutico. Creemos que los clínicos deberían proporcionar las condiciones de relación ideales para cada paciente individual, tomando en consideración, una vez más, el tipo de problema, el historial del trastorno y de las soluciones intentadas, la motivación/resistencia, las expectativas, los recursos y otros componentes, que conjuntamente determinan el resultado de la terapia. Por tanto, el modelo seleccionado daría al paciente la idea de tener un rol principal en el proceso psicoterapéutico y el mérito de su mejora (Duncan, 2002; Duncan y Miller, 2000). Por desgracia, muy pocos enfoques de modelos terapéuticos se las arreglan para transmitir esta idea, principalmente porque tienen una epistemología determinista. En este caso el paciente se siente sujeto a factores externos, como drogas, «carisma» del gurú, experiencia del terapeuta y así sucesivamente (Castelnuovo et al., 2004).

Por tanto, aunque consideramos que la perspectiva del factor común nos ha dado un importante conocimiento sobre la terapia, creemos que los clínicos pueden tener un rol mucho más activo en el resultado terapéutico. Los médicos no dependen del «veredicto del Dodo», que afirma que todas las terapias son buenas, dado que un gran porcentaje del resultado terapéutico depende totalmente del paciente. Por tanto, esta

teoría puede llevar a uno a asumir que las intervenciones psicoterapéuticas o psicológicas pueden ayudar solamente a ciertos pacientes que tienen factores extraterapéuticos «favorables», altas expectativas y buenas técnicas de relación, y son altamente sugestionables. Creemos que es el terapeuta quien debería tener una «buena» técnica que puede ser aplicada a la medida del paciente específico y de la situación terapéutica para maximizar la posibilidad del cambio (Nardone y Watzlawick, 2004). Terapeutas o médicos no pueden depender de la noción de que es el «tipo» de paciente (factores extraterapéuticos, esperanza, motivación, sugestionabilidad/efecto placebo, etcétera) el que dicta si el resultado de su trabajo es positivo o no.

Nuestra investigación clínica y experiencia ha revelado que un gran porcentaje de los pacientes que acuden o están obligados a la terapia no pueden ser descritos como completamente colaboradores o motivados para el cambio. Como ya hemos dicho en el capítulo 4, podemos distinguir cuatro tipos de resistencia/motivación hacia el cambio (Watzlawick y Nardone, 1997; Nardone et al., 2000). Creemos que es la principal responsabilidad del terapeuta identificar el tipo de resistencia y utilizar las técnicas adecuadas para vencerla y, por tanto, ayudar al paciente hacia el cambio. La premisa de nuestro trabajo es que todos los pacientes pueden ser ayudados a cambiar; los límites están en la terapia y en el terapeuta. Creemos que los terapeutas han de experimentar un continuo entrenamiento con el fin de mejorar sus intervenciones terapéuticas.

Aunque nos reafirmamos en que tenemos las técnicas terapéuticas como factores esenciales que influyen profundamente en el logro funcional de otros factores comunes, reconocemos que éstos están lejos de ser los *únicos* factores que hacen efectiva la terapia. Con el fin de cambiar una situación disfuncional, el terapeuta debe poder establecer una «buena» relación terapéutica, utilizar una comunicación adecuada (lenguaje directo o indirecto, descubrir y seguir la lógica subyacente, uso de aforismos apropiados u otras formas de

reestructuración, posición *one-down* o *one-up*, etcétera) y hacer toda la terapia a la medida del paciente. Esto solamente puede alcanzarse si el terapeuta tiene un modelo riguroso pero no rígido. En nuestra opinión, un «buen» modelo terapéutico no equivale a un «paquete» de manual estandarizado, sino que requiere intervenciones adaptables, comunicación y técnicas de relación que también pueden ser moldeadas al estilo personal de cada terapeuta individual, permitiendo, por tanto, el crecimiento personal y la evolución, y la mejora de los procesos y las técnicas terapéuticas.

Además, los modelos de tratamiento y las técnicas necesitan evolucionar, porque los trastornos son fenómenos en continua transición y evolución. En esta disciplina, quizás más que en otras, puesto que trabajamos directamente con el cuidado y el bienestar humanos, uno no debería permitir que los propios logros se convirtieran en los propios límites. Creemos que un buen clínico debería ser lo bastante valiente para no sentarse en sus laureles, sino utilizar sus logros para mejorar el estado del arte. Como dice Leopardi en sus *Pensamientos* (ed. esp. 1998), «la manera más segura de ocultar a los demás los límites de nuestro conocimiento es no ir más allá de ellos».

Al principio de este capítulo, propusimos el prejuicio metodológico presente en los estudios EST, pero diversos estudios revelan que también la perspectiva de factores comunes tiene problemas metodológicos significativos. Uno de los principales métodos de investigación utilizados en la perspectiva de los factores comunes es el metanálisis. Chambless (2002) fue uno de los primeros en darse cuenta de un número de problemas significativo dentro del metanálisis de los efectos de los estudios de psicoterapia comparativa dirigidos por Luborsky et al. (2002). Chambless no está de acuerdo con la opinión de Luborsky et al. de que no hay una diferencia significativa en la eficacia de varias psicoterapias. Chambless basa su desacuerdo en los siguientes motivos: (a) parece que hay errores significativos en los análisis de datos; (b) la investigación excluye ciertos clientes como niños y adolescentes; (c)

se han hecho generalizaciones erróneas en la comparación entre terapias que nunca han sido llevadas a cabo; y (d) supuestos inválidos de que la diferencia de promedio entre todos los tipos de tratamientos para todas las clases de problemas puede ser asumida para representar la diferencia entre dos tipos de tratamiento cualquiera para un problema dado. Chambless más adelante mantiene que «... el interés por el bienestar de los clientes pide que los psicólogos sean muy cautelosos en aceptar el veredicto del pájaro Dodo». Además, hay varios estudios que critican el metanálisis, considerándolo una herramienta metodológica inapropiada en el estudio de la psicoterapia (Weiss y Weisz, 1990; Wilson y Lipsey, 2001). De acuerdo con Shadish et al. (2000), «la preocupación ha hecho surgir que el metanálisis sobrestimaba los efectos de los terapeutas psicológicos y que estas terapias no pueden funcionar en condiciones clínicamente representativas» (p. 512).

Además, la perspectiva de los factores comunes concentra sus estudios solamente en la eficacia y no da importancia a la eficiencia. Esta perspectiva pone todas las terapias al mismo nivel sin tener en cuenta el hecho de que algunas terapias tardan meses en solucionar un problema mientras que otras tardan años. Y, sin embargo, este aspecto tiene una gran importancia teórica y social. De hecho, hay una diferencia de coste bastante significativa entre solucionar un problema en tres meses o solucionarlo en tres años (Nardone y Watzlawick, 2004). La diferencia está en el coste y esto no sólo se limita al valor monetario sino, sobre todo, al hecho de que una persona va a poder desarrollar una vida mejor tan pronto como los problemas que le han llevado a terapia se hayan solucionado. Sin embargo, por extraño que parezca, como Garfield (1980) observa, lo que parece que debería ser una regla fundamental de ética profesional —la rápida solución de problemas y del sufrimiento— no ha sido muy tenida en cuenta por los psicoterapeutas. Garfield explica esta actitud aparentemente incomprensible con el hecho de que durante décadas el pensamiento psicoterapéutico ha sido dominado por la idea

de que, para ser efectiva, la terapia tenía que ser prolongada, profunda y compleja. Sin embargo, este punto de vista, típico de las teorías psicoterapéuticas tradicionales, ha sido decisivamente rechazado por las investigaciones sobre la eficacia comparativa de la psicoterapia. De hecho, diversos estudios demuestran claramente que no existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos en la terapia a largo plazo y los obtenidos en terapias más cortas (Avnet, 1965; Bloom, 1995; Muench, 1965; Schlien, 1957; Luborsky y Singer, 1975; Garfield, Prager y Bergin, 1971; Butcher y Koss, 1978; Harris, Kalis y Freeman, 1963, 1964; Phillips y Wiener, 1966; Gurman y Kniskern, 1978; Sirigatti, 1994). En algunos casos, la investigación incluso indicaba que la terapia a corto plazo era más efectiva (Bloom, 1995; Nardone, 1996). Esta posición es confirmada por Assay y Lambert en su reciente ensayo (1999):

... los efectos beneficiosos de la terapia pueden ser alcanzados en periodos cortos (5 a 10 sesiones) con al menos el 50% de los clientes vistos en la práctica clínica rutinaria. Para la mayoría de los clientes, la terapia será breve. Esto no significa que sea una recomendación de la terapia breve. Es sencillamente la declaración de un hecho. En consecuencia, los terapeutas necesitan organizar su trabajo para optimizar los resultados dentro de unas pocas sesiones. Los terapeutas también necesitan desarrollar y practicar métodos de intervención que asuman que los clientes estarán en terapia menos de 10 sesiones. Una considerable minoría de clientes (20 a 30%) requiere tratamientos que duren más de veinticinco sesiones.

Una consideración suficiente de eficiencia sería un factor importante en el análisis y la evaluación del poder de un modelo terapéutico. El tiempo empeñado en obtener resultados cualifica el resultado mismo; de hecho, la relación entre los costes de la terapia y los beneficios será más positiva si el tratamiento es menor (Nardone y Watzlawick, 2004). Sin embargo, la perspectiva de los factores comunes falla en tener esto en cuenta.

Una vez más, estamos de nuevo en el punto de partida, que es el papel crucial de la investigación para la práctica «verdaderamente» mejorada. Sin embargo, de nuevo el dilema permanece: ¿cuál es el camino más efectivo para unir investigación y práctica?

Una teoría reciente elaborada por Morrison y colaboradores (2003) indica con precisión dos posibilidades complementarias en las que la investigación clínica puede realizarse: primero, utilizando ensayos eficaces y, por tanto, probando tratamientos prometedores en los laboratorios mediante el uso de muestras más amplias; segundo, empezando a utilizar la práctica clínica diaria, con el fin de examinar patrones de covariación entre intervenciones específicas y muestras, para generar tratamientos prototípicos que puedan ser utilizados para guiar estudios experimentales futuros.

De hecho, métodos de medición contemporáneos parecen apoyar «la evidencia basada en la práctica», un paradigma complementario para mejorar la efectividad clínica en la práctica rutinaria por la infraestructura de redes de investigación de la práctica (Margison et al., 2000). Esto implica colección de datos de la práctica rutinaria, que permita a los médicos ejercitar la influencia clínica y un rol activo (*ibid.*). Este enfoque sugiere que la medición de resultados debería tomar en consideración la mejoría en el bienestar, los síntomas y la función de la vida en general, respectivamente.

En el Centro de Terapia Estratégica, la investigación ha sido una fuerza fundamental en la evolución de la terapia breve estratégica a lo largo de estos quince años desde su fundación, aunque nuestra metodología va más allá del modelo «reductivo» basado en la evidencia y de la «diplomática» perspectiva de los factores comunes (Castelnuovo et al., 2004). Aunque su diseño se remonta a más de una década, mantiene ciertos principios parecidos a la perspectiva contemporánea que apoya la «evidencia basada en la práctica», aunque hay algunas diferencias significativas.

NUESTRA METODOLOGÍA

El enfoque de la intervención acción-investigación

Estamos de acuerdo con la noción de que la investigación en psicoterapia debería llevarse a cabo en la práctica de cada día y debería utilizar solamente tratamientos activos, usando herramientas de evaluación que alteraran lo menos posible el contexto natural de la terapia. La metodología de investigación utilizada en nuestro centro, aunque no puede ser definida como experimental, satisface los criterios de un enfoque empírico (Meltzoff, 1998). La intención no es manipular sistemáticamente variables sino cuantificar los resultados del enfoque terapéutico.

Desde 1988, el CTS ha intentado realzar y desarrollar las técnicas y las intervenciones siguiendo el enfoque de la intervención acción-investigación.²⁵ Las metodologías de acción-investigación apuntan a integrar acción y reflexión, de modo que el conocimiento desarrollado en el proceso de búsqueda sea directamente pertinente a las cuestiones que están siendo estudiadas. La acción-investigación implica típicamente a grupos de participantes, co-investigadores y co-sujetos ocupados en ciclos de acción y reflexión crítica.

25. «Acción-investigación» (*action research*) es un término utilizado por Kurt Lewin (1951) y significa un análisis comparado de las condiciones y efectos de acciones sociales que promueven más acciones sociales. La acción-investigación tiene una larga historia, remontándose a los intentos de los científicos sociales para ayudar a resolver problemas prácticos en tiempos de guerra, tanto en Europa como en América. Durante los pasados diez años, ha resurgido el interés y muchos desarrollos en la teoría y en la práctica. Los nuevos enfoques en acción-investigación ponen énfasis en una total integración de la acción y la reflexión, y en aumentar la colaboración entre todos aquellos implicados en el proyecto de investigación.

Reason y Bradbury (2001) describen la acción-investigación como medios que buscan juntar acción y reflexión. Teoría y práctica, en participación con otros, a la búsqueda de soluciones prácticas a las cuestiones que más preocupan a la gente, y más generalmente al florecimiento de las personas y de sus comunidades.

Este método nos ha permitido desarrollar técnicas de práctica reflexiva y una cultura de investigación como parte de nuestra vida. En el CTS esta metodología nos ha ayudado simultáneamente a conocer una situación problemática, a la vez que introducíamos el cambio, es decir, a conocer a través del cambio.

Esto ha permitido la reducción significativa del número de sesiones necesarias para superar problemas o trastornos específicos como fobias, trastornos de alimentación, depresión y problemas de pareja. Esto ha dado lugar al modelo avanzado de terapia breve estratégica.

Nuestra investigación se basa en el estudio de las sesiones grabadas en vídeo y audio, que son estudiadas en detalle por los investigadores asociados y terapeutas que vienen de diferentes lugares de Italia y de otros países europeos con la coordinación del profesor Nardone. Nuestra investigación implica el estudio de estrategias relacionadas con la mejora de la técnica, la comunicación, y la relación/alianza terapéutica (Nardone, 1993; Nardone et al., 2000). Un examen detallado de la práctica de cada día nos lleva a una mejor comprensión de los trastornos estudiados y a identificar estrategias específicas relacionadas con la técnica terapéutica, la comunicación y la relación que conduce a resultados más eficientes y eficaces.

Nuestra tesis se fundamenta en la creencia de que un problema solamente puede ser comprendido y superado a través de resultados empíricos y experimentales, y no a través de la mera observación que produce hipótesis que se basan en un conocimiento *a priori*. La diferencia está en llegar a conocer un problema a través de la observación y llegar a conocer un

problema a través del cambio. Solamente de esta forma podemos encontrar técnicas eficientes y eficaces para proporcionar ayuda a aquellos que la necesitan.

Protocolos de intervención

Creemos que es importante explicar que en estos años nuestro intento nunca ha sido el de ofrecer un «paquete» de tratamiento rígido, sino realizar una investigación que pueda ayudar a revelar estrategias de intervención efectivas y eficaces para inducir el cambio. Anticipando lo sugerido por Western et al. (2004a), para una mejor investigación y práctica, nuestra premisa siempre ha sido la de identificar estrategias de tratamiento específico o protocolos más que completos manuales de terapia para cada trastorno o problema estudiado. Siempre hemos considerado esto como el único medio funcional que puede ayudar a los terapeutas a hacer que sus intervenciones sean a la medida del paciente particular y de su problema.

El método de intervención de acción-investigación nos ha ayudado a reunir una descripción de los trastornos más operativa, que nos ha llevado a desarrollar progresivamente protocolos estratégicos, rigurosos pero autocorrectivos, para cada trastorno específico estudiado. Los protocolos son simples directrices, que están lejos de ser rígidas y predestinadas de antemano. Los protocolos o las intervenciones estratégicas están diseñados de manera que permiten su autocorrección en cada punto de la terapia, puesto que somos conscientes de que la única manera de llegar a conocer realmente un problema particular es a través de su solución. Por tanto, nuestros protocolos han estado sujetos a diversas modificaciones y evoluciones durante los años; están también continuamente sometidos a modificaciones y ajustes adecuados con cada caso en particular.

Estos protocolos son altamente replicables, previsibles y autocorrectivos. A través de la acción-investigación hemos

podido descubrir reacciones posibles a las técnicas específicas (es decir, intervención, comunicación y relación) utilizadas y, por tanto, ahora podemos predecir los posibles resultados y entonces asignar tareas adecuadas. Los protocolos estratégicos son previsibles, porque están diseñados de manera que permiten una verificación continua de los resultados obtenidos. Por ejemplo, la acción-investigación nos ha llevado a predecir cuatro tipos de reacciones a la prescripción paradójica, la llamada peor fantasía (véase capítulo 6). Cada paso del protocolo está ajustado de acuerdo a la reacción del paciente a la técnica específica. Las técnicas utilizadas durante la sesión o prescritas al final de ésta movilizan el cambio pero también ayudan al terapeuta a confirmar o no confirmar la hipótesis efectuada en relación con el tipo de problema presentado.

Además, en los últimos diez años, alumnos de la escuela no solamente han «exportado» y utilizado estos protocolos en diversas regiones de Italia, sino también en otros países de Europa y en los Estados Unidos. Su contribución ha sido fundamental para reunir datos de gran calidad de la práctica diaria, que han ayudado a hacer que los protocolos y las técnicas terapéuticas sean cada vez más eficientes y efectivas. En los últimos diez años, esta colaboración se ha desarrollado en una especie de red de investigación práctica o comunidad de investigación, donde el intercambio de información y de datos se realiza periódicamente vía Internet y durante nuestras reuniones mensuales en Arezzo. Estamos de acuerdo con Parry (2000) con la visión prometedora de las redes de investigación práctica. Éstas pueden generar una gran oportunidad para reunir a clínicos que trabajan en campos diferentes y en estudios socioculturales para compartir datos relacionados con los resultados de la práctica, siguiendo el mismo juego de medidas con el fin de permitir el análisis de los grupos de datos nacionales o internacionales.

En el año 2003, tras la Primera Conferencia Europea de Terapia Breve Estratégica y Sistémica organizada en Arezzo, se estableció oficialmente una Red Europea para facilitar el

intercambio de datos, entrenamiento y comparaciones entre las diferentes terapias, y también entre los diferentes estilos personales de los terapeutas que siguen el mismo modelo. Aunque esta red todavía está en una fase de «recién nacida», ya se han producido diversas colaboraciones. Estos trabajos serán indudablemente la fuente de nuestro próximo proyecto de investigación-práctica.

Intervención y medición de resultados

Nuestro trabajo en el CTS se basa en nuestra convicción de que siempre existen medios mejorados que pueden ayudar más a nuestras intervenciones terapéuticas. Sin embargo, creemos fuertemente que esto solamente es posible a través de la investigación empírico-experimental en curso que comprenda una evaluación global y formativa.

La evaluación formativa es necesaria porque se realiza mientras el proceso que deseamos evaluar aún está en marcha. Su función es verificar los efectos internos y ver si éstos están dirigidos hacia el objetivo establecido. Por ejemplo, verificamos los efectos de las prescripciones a partir de los cambios que relatan los pacientes y que los terapeutas consolidan o interrumpen en consecuencia. Esto nos permite verificar la eficacia de las estrategias y nos ayuda a decidir si continuar en este sentido o realizar cambios finales. Esto garantiza la flexibilidad del modelo.

En conjunto, las evaluaciones tienen lugar una vez que el proceso se dirige hacia el final. Su función es verificar si se ha alcanzado el objetivo. En la última fase de la terapia, esto se realiza juntamente con el paciente, para evaluar los resultados obtenidos. Esto nos permite tener una imagen clara de lo que ha tenido lugar y así llevarnos a una posterior sistematización del modelo, favoreciendo su difusión. Creemos que los seguimientos periódicos (tres meses, seis meses y un año) son necesarios para verificar que el cambio de primer orden ha tenido lugar.

Sin embargo, con el fin de medir la mejoría de cada caso individual mientras el cliente aún está en terapia, encontramos de mucha utilidad la utilización de la llamada «técnica de la escala» (De Jong y Berg, 2001; Nardone, 1996; Nardone y Watzlawick, 1993, 2004) para detectar la satisfacción compartida por terapeuta y paciente sobre el resultado clínico. Esta técnica es muy sencilla de administrar y consiste en pedirle al paciente que enumere de 0 a 10 los resultados alcanzados. Le planteamos al paciente la siguiente cuestión:

Si usted tuviera que puntuar la mejoría alcanzada respecto a su problema, 0 la más baja, que correspondería a cuando vino aquí y nos pidió que le ayudáramos en su problema, y 10 la máxima —cuando sienta que nos puede decir «gracias, pero ya no necesito su ayuda»—, ¿dónde se situaría ahora?

Esto da al terapeuta un dato claro acerca de en qué estado se halla y una opinión de la psicoterapia desde el punto de vista del cliente (Nardone, 1996; Nardone y Watzlawick, 1993, 2004). Consideramos esta medición —aunque no es estadísticamente precisa y es altamente subjetiva, afectada por las expectativas del paciente, humor, escepticismo, entusiasmo, etcétera— como un medio funcional que nos ayuda a llegar a la total recuperación y resolución de un problema específico. Muy a menudo, los profesionales tienen una opinión diferente de la mejoría alcanzada; sin embargo, creemos que la total recuperación debería sentirse y ser expresada por el paciente y no declarada por el clínico. En nuestra opinión, el bienestar psicológico es un fenómeno subjetivo y no una medición científicamente precisa que persuade al paciente de que está mejor o se ha liberado del problema presentado, si él no experimenta este bienestar en la vida diaria. La «técnica de la escala» respeta la opinión y el paso del paciente, a la vez que da al terapeuta una indicación de cómo proceder.

De hecho, este instrumento se convierte en una extraordinaria estrategia terapéutica para que el paciente vaya más allá de sus limitaciones actuales. Cualquiera que sea la pun-

tuación que se dé el paciente, nosotros le invitamos a que lleve los pasos que le faltan para llegar al 10 —la resolución del problema presentado—. Este método evalúa concretamente lo que se necesita que ocurra para llegar al 10, porque éste es el objetivo compartido conocido, o sea, la resolución del problema. Entonces le pedimos «¿Qué ha de ocurrir para que se sienta en 9, qué ha de ocurrir para que se sienta en 8, en 7...?» y así sucesivamente. Esta técnica se inspira en los exploradores de montaña, que planifican su escalada de esta manera. En lugar de planificar su ruta desde la base hasta la cima de la montaña, construyen la ruta al revés, desde la cima hasta la base, porque esto les ayuda a evitar desviarse de la pista. Proceder a la inversa hace mucho más fácil el hecho de seleccionar la ruta adecuada, construir sus diversas fases, planificar las paradas intermedias y la posibilidad de cambiar la ruta si el escalador se encuentra con dificultades inesperadas (Nardone et al., 2000). Lo mismo ocurre en terapia. Pedimos a los pacientes que fraccionen el proceso restante en pequeños pasos, cada uno de ellos correspondiente a un subobjetivo específico.

La lógica que hay detrás de esta técnica es la de fragmentar algo complicado en pequeños objetivos con el fin de hacerlo más sencillo y manejable. Además, esto hace posible verificar la efectividad de la intervención en cada fase y corregirla si no se alcanzan los efectos deseados. En otras palabras, si una intervención no funciona, el terapeuta puede cambiar su técnica sin poner en peligro el resultado final. Además, subdividir los objetivos es una manera muy buena de superar la resistencia al cambio. De este modo la resistencia se mantiene en el mínimo y también la intervención misma debería ser mínima. La técnica de la escala puede ser utilizada junto con la técnica del «como si» para movilizar al paciente a que haga algo pequeño e insignificante, aunque suficiente para empezar una reacción en cadena capaz de subvertir el equilibrio de todo el sistema (Thom, 1990). Por tanto, a un cambio pequeño le sigue una sucesión de cambios pequeños que llevarán

gradualmente al gran cambio: la resolución del problema presentado.

Además, cuando el paciente se encuentra que tiene que llenar los pasos que le faltan para alcanzar el 10, se hace consciente sin ayuda de que su estado actual no dista mucho de su completa recuperación y de la resolución del problema y, de forma autónoma, empieza a corregir su índice en la escala.

Eficacia + eficiencia = efectividad

Como se ha mostrado a lo largo de este libro, el enfoque breve estratégico no está interesado en una teoría que pueda describir sucintamente los conceptos de normalidad y anormalidad, ni en una teoría que abarque toda la «naturaleza humana». Más bien, está ligado a la filosofía del conocimiento constructivista, que está interesada en los medios apropiados para hacer más funcional la relación individual con la «realidad». Desde esta perspectiva teórica, la *eficacia de la terapia* está representada por la *resolución del problema específico del paciente*.

El concepto de «recuperación» no implica una ausencia completa de problemas, sino más bien la superación de un problema específico experimentado por el paciente en un marco temporal y un contexto específico de su vida. Por lo tanto, la evaluación de los efectos de la terapia estratégica puede considerarse por supuesto que está de acuerdo con los criterios arriba mencionados, con la advertencia de que no puede definirse ninguna generalización absoluta, y que el éxito o su ausencia deberán averiguarse en relación con los objetivos terapéuticos iniciales. Por consiguiente, el éxito implicará la solución del problema presentado por el paciente y la consecución de los objetivos que se acordaron al comienzo de la terapia.

Consideramos que un caso se ha resuelto y que el tratamiento se ha completado con éxito solamente cuando la desaparición de los síntomas y problemas al final de la terapia se

mantienen en el tiempo, sin recaídas o sustitución por nuevos síntomas. Por tanto, a la terapia le siguen tres sesiones de seguimiento, dispuestas a los tres meses, seis meses y un año después del final del tratamiento. Las sesiones de seguimiento se llevan a cabo con entrevistas directas con el paciente y su familia o pareja. Como alternativa, algunos terapeutas consultan por teléfono (Talmon, 1990; De Shazer, 1986; Geyrhofer, Komori, 1997).

La eficacia de este tipo de tratamiento está claramente demostrada en su índice de alto éxito general. Los resultados positivos de tratamiento son el 87% de los casos tratados (Nardone y Watzlawick, 2004). Además, esta eficacia es incluso más evidente respecto a problemas específicos, como los trastornos fóbicos (agorafobia y ataques de pánico), en los que hay un índice de éxito del 95% (Nardone, 1993; Nardone y Watzlawick, 2004). Si comparamos estos datos con los resultados del material de investigación sobre la eficacia de los diferentes enfoques psicoterapéuticos (Andrews y Harvey, 1981; Bergin y Strupp, 1972; Garfield, 1981; Giles, 1983; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Sirigatti, 1988; Strupp y Hadley, 1979), que estiman los índices de éxito de varias terapias, de acuerdo a los diferentes enfoques y datos de investigación, entre el 50 y el 80%, es obvio que el enfoque estratégico tiene una eficacia superior a la de los otros enfoques. Ha pasado también la prueba de seguimiento un año después del fin de la terapia.

La eficacia del tratamiento del enfoque estratégico se mantiene en el tiempo. El porcentaje de recaídas es muy bajo y los resultados obtenidos al final de la terapia se mantienen en la mayoría de los casos a través del tercer seguimiento — un año después — haciendo que las futuras recaídas o la emergencia de síntomas sustitutivos sea poco probable. De acuerdo con Garfield (1980) y Assay y Lambert (1999), esto rebate la suposición, común en muchos terapeutas, de que las terapias cortas son superficiales y conducen inevitablemente a recaídas en el problema original o al desplazamiento del síntoma.

La eficiencia del tratamiento es la característica que, creemos, distingue los resultados de la terapia estratégica de los de otros enfoques.

Finalmente, si consideramos los resultados obtenidos por el modelo avanzado de terapia breve estratégica cuando se lo aplica específicamente a problemas particulares, como hemos hecho en la década pasada, no solamente en Italia sino también en varios países europeos y en los Estados Unidos, vemos que tanto la eficacia como la eficiencia de este enfoque han aumentado, en comparación con los ya satisfactorios resultados obtenidos por los modelos generales anteriores. El aumento en la eficacia ha sido alrededor del 10%: de un promedio de eficacia entre el 70 y el 75 % hasta mitad de los años ochenta (Weakland et al., 1974; Koss, Butcher y Strupp, 1986; Gustafson, 1986; Gurman y Kniskern, 1986) a uno del 80 al 86% en los últimos diez años (Monteczuma, 1996; Bloom, 1997; De Shazer et al., 1986; Geyerhofer y Komori, 1995; Nardone y Watzlawick, 1990; Nardone, 1996).

Con el modelo avanzado, en cuanto a eficiencia, el número de sesiones necesarias para obtener la solución de los problemas presentados por el paciente ha disminuido a un promedio de cinco o seis sesiones (Bloom, 1992; De Shazer, 1996; Geyerhofer y Komori, 1995; Nardone y Watzlawick, 1997; Nardone y Watzlawick, 2004; Nardone, Milanesse y Verbitz, 1999), con la movilización de síntomas de modo creciente durante las primeras cinco sesiones y a menudo después de la primera sesión (Talmon, 1990; Bloom, 1995; Nardone, 1998; Nardone y Watzlawick, 2001). Si comparamos estos resultados con otros de diferentes formas de psicoterapias evolucionadas (Sirigatti, 1988, 1994; Assay y Lambert, 1999), encontramos que los enfoques breves estratégicos son incuestionablemente mejores y más efectivos en alcanzar soluciones para la mayoría de los trastornos mentales y de comportamiento y a un coste menor, tanto financiera como existencialmente.

LAS PERSPECTIVAS DE LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA

Como el lector habrá podido ahora ya reconocer desde estas páginas, la terapia breve estratégica ha experimentado un continuo crecimiento y realce desde sus orígenes, hecho posible por la investigación en curso y la evaluación de los resultados obtenidos seguidos de las subsecuentes modificaciones.

Después de la fase inicial histórica, casi «artística», en el sentido de que se fundaba principalmente en las intuiciones geniales de unos pocos terapeutas, la terapia breve, por tanto, se ha convertido en un modelo riguroso, basado en avances técnicos continuos desarrollados desde la práctica clínica, la acción-investigación, y de las formulaciones epistemológicas y teóricas más avanzadas.

Nuestro esfuerzo constante es trabajar hacia el encuentro de medios mejores —en nuestras estrategias, comunicación y relación terapéutica— que nos llevan más allá de lo que ya se ha conseguido, y esto puede hacerse exclusivamente a través de la investigación sistémica en la práctica de cada día. Estamos de acuerdo con la idea de Abrahamson (2001) de que los médicos deberían ocuparse en una búsqueda continua de modelos evolucionados que dieran igual peso al rigor científico (es decir, a la eficacia del tratamiento) y a la utilidad clínica (es decir, la efectividad del tratamiento). Esta es nuestra «misión» de cada día.

Nuestra «misión» es ir más allá de nuestros límites actuales y somos conscientes de que esto ha de hacerse a través de una integración cada vez más apropiada entre investigación y práctica. Somos conscientes del hecho de que no deberíamos descansar en nuestros logros pasados, sino analizar continuamente y evaluar lo que se ha conseguido, mirar a un futuro mejor. Como dice Eugene Delacroix (1961), «Lo que mueve a los hombres de talento, o más bien lo que inspira su trabajo, no son las nuevas ideas, sino su obsesión con la

idea de que lo que ya ha sido dicho todavía no es suficiente».

ANEXO

BIBLIOGRAFÍA

- ABLON, J. S., y JONES, E. E. (2002), «Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program», *American Journal of Psychiatry*, pp. 159, 775-783.
- ABLON, J. S., y MARCI, C. (2004), «Psychotherapy Process: The Missing Link: Comment on Western, Novotny, and Thompson-Brenner», *Psychological Bulletin* 130 (4), pp. 664-668.
- ABRAHAMSON, D. J. (2001), «Treatment Efficacy and Clinical Utility: A Guidelines Model Applied to Psychotherapy Research», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (2), American Psychological Association.
- ACKERMAN, N. W. (1958), *The Psychodynamics of Family Life: Diagnosis and Treatment of Family Relationships* (Nueva York, NY: Basic Books).
- ADAMS, R., y VICTOR, M. (1992), *Principles of Neurology* (Nueva York, NY: McGraw-Hill).
- ALEXANDER, F., y FRENCH, T. M. (1946), *Psychoanalytic Therapy* (Nueva York, NY: Ronald Press).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1980), *Tardive Dyskinesia*, Task Force Report (Washington, DC: American Psychiatric Association).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1982), *Commission of Psychotherapies: Psychotherapy Research. Methodological and Efficacy Issues* (Washington, DC: American Psychiatric Association).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1987), *DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III)* (Washington, DC: American Psychiatric Association).

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1989), Task Force Report, *Treatments of Psychiatric Disorders* (4 vols.) (Washington, DC: American Psychiatric Association).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1990), Task Force Report, *Benzodiazepine Dependency, Toxicity, and Abuse* (Washington, DC: American Psychiatric Association).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1994), DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*) (Washington, DC: American Psychiatric Association).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) Division of Clinical Psychology (1995), «Training in and Dissemination of Empirically Validated Psychological Treatments: Report and Recommendations», *Clinical Psychologist*, 48, pp. 3-27.
- AMERIO, P. (1982), *Teorie in psicologia sociale* (Bologna: Il Mulino).
- ANDREWS, G., y HARVEY, R. (1981), «Does Psychotherapy Benefit Neurotic Patients? A Reanalysis of the Smith, Glass and Miller Data», *Archives of General Psychiatry*, 38, pp. 1203-1208.
- ANÓNIMO (1990), *I 36 Stratagemmi: L'arte cinese di vincere* (Nápoles: Guida Editori).
- ARCURI, L. (1994), «Giudizio e diagnosi clinics: analisi degli errori», *Scienze dell'Interazione*, 1 (1), pp. 107-16.
- ARKOWITZ, H. (1989), «The Role of Theory in Psychotherapy Integration», *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, pp. 8-16.
- ASHBY, W. R. (1954), *Design for a Brain* (Nueva York, NY: Wiley & Sons).
- ASHBY, W. R. (1956), *An Introduction to Cybernetics* (Londres: Methuen).
- ASSAY, T. P., y LAMBERT, M. J. (1999), «The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Qualitative Findings», en M. A. Hubble, B. L. Duncan, y S. D. Miller (eds.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (Washington, DC: American Psychological Association), pp. 33-56.
- AUSTIN, J. L. (1962), *How to Do Things with Words* (Cambridge, MA: Harvard University Press). Edición española: 1971, *Cómo hacer cosas con palabras* (Barcelona: Paidós).
- AVNET, H. H. (1965), «How Effective is Short-term Therapy?», en L. R. Wolberg (ed.), *Short-Term Psychotherapy* (Nueva York, NY: Grune and Stratton).

- BANDLER, R., y GRINDER, J. (1975), *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson M. D.* (Palo Alto, CA: Meta Publications).
- BATESON, G. (1967), «Cybernetic Explanation», *American Behavioral Scientist*, 10, pp. 29-32.
- BATESON, G. (1972), *Steps to an Ecology of Mind* (Nueva York, NY: Ballantine Books).
- BATESON, G. (1980), *Mind and Nature* (Nueva York, NY: Bantam Books).
- BATESON, G., et al. (1956), «Toward a Theory of Schizophrenia», *Behavioral Science*, 1, pp. 251-284.
- BELL-GADSBY, C., y SIEGENBERG, A. (1996), *Reclaiming History: Ericksonian Solution-Focused Therapy for Sexual Abuse* (Nueva York, NY: Brunner/Mazel Inc.).
- BERG, I. K., y DOLAN, Y. (2000), *Tales of Solution: A Collection of Hope-inspiring Stories* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.).
- BERG, I. K., y KELLY, S. (2000), *Building Solutions in Child Protection Services* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.).
- BERG, I. K., y MILLER, S. (1992), *Working with the Problematic Drinker: A Solution Focused Approach* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.).
- BERGIN, A. E., y LAMBERT, M. J. (1978), «The Evaluation of Therapeutic Outcomes», en S. L. Garfield, A. E. Bergin (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Nueva York, NY: Wiley & Sons).
- BERGIN, A. E., y STRUPP, H. H. (1972), *Changing Frontiers in the Science of Psychotherapy* (Chicago, IL: Aldine).
- BERTALANFFY, L. VON (1956), «General System Theory», *General Systems Yearbook*, 1, pp. 1-10.
- BERTALANFFY, L. VON (1962), «General System Theory — A Critical Review», *General Systems Yearbook*, 7, pp. 1-20.
- BIRDWISTHELL, R. (1952), *Introduction to Kinetics* (Louisville, KY: University of Louisville Press).
- BIRDWISTHELL, R. (1970), *Kinesics and Context* (Harmondsworth: Penguin).
- BLOOM, B. (1995), *Planned Short-Term Therapy* (Needham Heights, MA: Allyn & Bacon).
- BLOOM, B. (1997), *Planned Short-Term Psychotherapy: A Clinical Handbook*, 2ª ed. (Boston, MA: Allyn & Bacon).

- BORKOVEC, T. D., y COSTONGUAY, L. G. (1998), «What is the Scientific Meaning of Empirically Supported Therapy?», *Journal of Consulting and Critical Psychology*, 66 (1), pp. 136-142.
- BORKOVEC, T. D., et al. (2001), «The Pennsylvania Practice Research Network and Future Possibilities for Clinically Meaningful and Scientifically Rigorous Psychotherapy Effectiveness Research», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, pp. 155-167.
- BUTCHER, J. N., y KOSS, M. P. (1978), «M.M.P.I. Research on Brief and Crisis-Oriented Therapies», en S. L. Garfield, A. E. Bergin (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, 2ª ed. (Nueva York, NY: Wiley & Sons).
- CADE, B., y O'HANLON, W. (1993), *A Brief Guide to Brief Therapy* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.). Edición española: 1995, *Guía breve de la terapia breve* (Barcelona: Paidós).
- CASTELNUOVO, G., et al. (2004), «A Critical Review of Empirically Supported Treatments and Common Factors Perspective in Psychotherapy», *Brief Strategic and Systemic Therapy: European Review*, Issue 1.
- CHAMBLESS, D. L. (2002), «Beware the Dodo Bird: The Dangers of Overgeneralization», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1).
- CHAMBLESS, D., y HOLLON, S. (1998), «Defining Empirically Supported Therapies», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, pp. 7-18.
- CHWALISZ, K. (2001), «A Common Factors Revolution: Let's Not "Cut off Our Discipline's Nose to Spite its Face"», *Journal of Counseling Psychology*, 48 (3), pp. 262-267.
- CIALDINI, R. B. (1984), *Influence: How and Why People Agree to Things* (Nueva York, NY: Morrow).
- CIORAN, E. (1993), *Sillogismi dell'amarezza* (Milán: Adelphi).
- DA COSTA, N. (1989a), «On the Logic of Belief», *Philosophical and Phenomenological Research*, 2.
- DA COSTA, N. (1989b), «The Logic of Self-Deception», *American Philosophical Quarterly*, 1.
- DE JONG, P., y BERG, I. K. (2001), *Interviewing for Solutions* (Stanford, CA: Wadsworth Publishing).
- DELACROIX, E. (1961), *The Journal of Eugene Delacroix* (Nueva York, NY: Grove press).

- DEPOLO M., y SARCHIELLI, G. (1991), *Psicologia dell'organizzazione* (Bologna: Il Mulino).
- DE SHAZER, S. (1982), *Patterns of Brief Family Therapy* (Nueva York, NY: Guilford). Edición española: 1996, *Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistemático* (Barcelona: Paidós).
- DE SHAZER, S. (1985), *Keys to Solution in Brief Therapy* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.). Edición española: 1995, *Claves para la solución en terapia breve* (Barcelona: Paidós).
- DE SHAZER, S. (1988), *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.). Edición española: 1992, *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución* (Barcelona: Gedisa).
- DE SHAZER, S. (1991) *Putting Difference to Work* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.).
- DE SHAZER, S., et al. (1986), «Brief Therapy: Focused Solution Development», *Family Process*, 25, pp. 207-22.
- DI STEFANO, G. (1986), *Sistemi di gestione strategica aziendale*, 2ª ed., (Milán: Angeli).
- DOISE, W. (1973), «Relations et représentations d'intergroupes», en S. Moscovici (ed.), *Introduction à la psychologie sociale* (París: Larousse).
- DOISE, W. (1978), «Images, représentations, idéologies et expérimentation psychosociologique», *Social Science Information*, 17.
- DOLAN, Y. (1998), *One Small Step: Moving beyond Trauma and Therapy to a Life of Joy* (Watsonville, CA: Papier-Mache Press).
- DOYLE, A. C. (1995), *Gli aforismi di Sherlock Holmes* (Roma: Newton Compton).
- DUNCAN, B. L. (2002), «The Legacy of Saul Rosenzweig: The Profundity of the Dodo Bird», *Journal of Psychotherapy Integration*, 12 (1), pp. 32-57.
- DUNCAN, B. L., HUBBLE, M. A., y MILLER, S. D. (1997a), *Psychotherapy with «Impossible» Cases: The Efficient Treatment of Therapy Veterans* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.).
- DUNCAN, B. L., HUBBLE, M. A., y MILLER, S. D. (1997b), «Stepping off the Throne», *Family Therapy Networker*, 21 (4), pp. 22-31, 33.

- DUNCAN, B. L., y MILLER, S. D. (2000), *The Heroic Change: Doing Client-Directed Outcome-Informed Therapy* (San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.).
- EKMAN, P. (1985), *Telling Lies* (Nueva York, Londres: W. W. Norton & Co.).
- EKMAN, P., y FRIESEN, W. V. (1975), *Unmasking the Face* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall).
- ELLIOTT, R. (1998), «Editor's Introduction: A Guide to the Empirically Supported Treatments Controversy», *Psychotherapy Research*, 8, pp. 115-125.
- ELSTER, J. (1979), *Ulysses and the Sirens* (Cambridge, UK: Cambridge University Press).
- ELSTER, J. (ed.) (1985), *The Multiple Self* (Cambridge, UK: Cambridge University Press).
- ERICKSON, M. H., y ROSSI, E. L. (1979), *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook* (Nueva York, NY: Irvington).
- ERICKSON, M. H., y ROSSI, E. L. (eds.) (1980), *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis*, vols. I, II, III, IV (Nueva York, NY: Irvington). Edición española: 2001, *Escritos esenciales de Milton H. Erickson*, vols. 1, 2 (Barcelona: Paidós).
- FIORA, E., PEDRABISSI, L., y SALVINI, A. (1988), *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità* (Milán: Giuffrè).
- FIORINZA, A. (2000), *Bambini e ragazzi difficili: Figli che crescono: soluzioni a problemi che emergono. Terapia in tempi brevi* (Milán: Ponte alle Grazie). Edición española: 2003, *Niños y adolescentes difíciles* (Barcelona: RBA).
- FIORINZA, A., y NARDONE, G. (1995), *L'intervento strategico nei contesti educativi* (Milan: Giuffrè). Edición española: *La intervención estratégica en los contextos educativos* (Barcelona: Herder).
- FISCH, R., WEAKLAND, J. H., y SEGAL, L. (1982), *The Tactics of Change: Doing Therapy Briefly* (San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.). Edición española: 1984, *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia* (Barcelona: Herder).
- FOERSTER, H. VON (1973), «On Constructing a Reality», en W. F. E. Preiser (ed.), *Environmental Design Research*, vol. 2, (Stroudsburg: Dowden, Hutchinson & Ross), pp. 35-46.

- FOERSTER, H. VON (1987), *Sistemi che osservano* (Roma: Astrolabio).
- FRANK, J. D. (1973), *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press).
- FRANK, J. I. (1971), «Therapeutic Components of Psychotherapy. A 25 Year Progress Report of Research», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, pp. 307-313.
- GARFIELD, S. L. (1980), *Psychotherapy and the Eclectic Approach* (Nueva York, NY: Wiley & Sons).
- GARFIELD, S. L. (1981), «Psychotherapy. A 40 Year Appraisal», *American Psychologist*, 2, pp. 174-183.
- GARFIELD, S. L. (1989), *The Practice of Brief Psychotherapy* (Nueva York, NY: Pergamon Press).
- GARFIELD, S. L., y BERGIN, A. E. (1986), «Evaluation and Outcome in Psychotherapy», en S. L. Garfield, A. E. Bergin (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Nueva York, NY: Wiley & Sons).
- GARFIELD, S. L., PRAGER, R. A., y BERGIN, A. E. (1971), «Evaluation of Outcome in Psychotherapy», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37 (3) pp. 307-313.
- GEYERHOFER, S., y KOMORI, Y. (1997), «Integrazione di modelli poststrutturalisti di terapia breve», en P. Watzlawick, G. Nardone (eds.), *Terapia Breve Strategica* (Milán: Raffaello Cortina Editore).
- GILES, T. R. (1983), «Probable Superiority of Behavioral Interventions: I, Traditional Comparative Outcome», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14 (1), pp. 29-32.
- GLADWELL, M. (2000), *Il punto critico* (Milán: Rizzoli).
- GLASERSFELD, E. VON (1984), «An Introduction to Radical Constructivism», en P. Watzlawick (ed.), *The Invented Reality* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.).
- GLASERSFELD, E. VON (1995), *Radical Constructivism* (Londres: The Falmer Press).
- GÖDEL, K. (1931), «Über formal unentscheidbare Sätze der Principia Mathematica und verwandter Systeme», *Monatshefte für Mathematik und Physik*, 38, pp. 173-198.
- GOETHE, J. W. (1983), *Massime e riflessioni* (Roma: Theoria).
- GOLDFRIED, M. R., y EUBANKS-CARTER, C. (2004), «On the Need for a New Psychotherapy Research Paradigm: Comment

- on Western, Novotny and Thompson-Brenner», *Psychological Bulletin*, 130, pp. 669-673.
- GOLDFRIED, M. R., y WOLFE, B. E. (1996), «Psychotherapy Practice and Research: Repairing a Strained Alliance», *American Psychologist*, 51, pp. 1007-1016.
- GRANA, N. (1990), *Contraddizione e incompletezza* (Nápoles: Liguori).
- GREENBERG, L. S. (1999), «Common Psychosocial Factors in Psychiatric Drug Therapy», en M. A. Hubble, B. L. Duncan y S. C. Miller, *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*, pp. 91-131 (Washington, DC: American Psychological Association).
- GURMAN, A. S., y KNISKERN, D. P. (1986), «Research on Marital and Family Therapy», en S. L. Garfield, A. E. Bergin (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 2ª ed. (Nueva York, NY: Wiley & Sons).
- GUSTAFSON, J. P. (1986), *The Complex Secret of Brief Psychotherapy* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.).
- HALEY, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy* (Nueva York, NY: Grune & Stratton).
- HALEY, J. (1973), *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of M. Erickson, M.D.* (Nueva York, NY: W.W. Norton & Co.). Edición en castellano: 1980, *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson* (Buenos Aires: Amorrortu).
- HALEY, J. (1976), *Problem-Solving Therapy* (San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.).
- HALL, E. T. (1966), *The Hidden Dimension* (Nueva York, NY: Doubleday).
- HARRIS, M. R., KALIS, B., y FREEMAN, E. H. (1963), «Precipitating Stress: An Approach to Brief Therapy», *American Journal of Psychotherapy*, 17, pp. 465-71.
- HARRIS, M. R., KALIS, B., y FREEMAN, E. H. (1964), «An Approach to Short-Term Psychotherapy», *Mind*, 8, pp. 198-206.
- HEISENBERG, W. (1958), *Physics and Philosophy* (Nueva York, NY: Harper).
- HENRY, W. P. (1998), «Science, Politics and the Politics of Science: the Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research», *Psychotherapy Research*, 8, pp. 126-140.

- HERBERT, J. D. (2003), «The Science and Practice of Empirically Supported Treatments», *Behavior Modification*, 27 (3), pp. 412-430.
- HIPÓCRATES, (1991), *Sul riso e le follia*, ed. Y. HERSANT (Palermo: Sellerio Editore).
- HOBBS, T. (1969), *Behemoth, or the Long Parliament*, 2ª ed. (Londres: Cass).
- HOFFMAN, L. (1981), *Foundations of Family Therapy* (Nueva York, NY: Basic Books).
- HORVATH, A. O. (1995), «The Therapeutic Relationship: From Transference to Alliance», *Session*, 1, pp. 7-17.
- HOWARD, K. I., et al. (1996), «Evaluation of Psychotherapy: Efficacy, Effectiveness and Patient Progress», *American Psychologist*, 51, pp. 1059-1064.
- HUBBLE, M. A., DUNCAN, B. L., y MILLER S. C. (eds.) (1999), *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy* (Washington, DC: American Psychological Association).
- JENKINS, A. H. (1996), «Enhancing the Patient's Dialectical Abilities in Psychotherapy», trabajo presentado en el 104 simposio anual sobre «How Clients Create Change in Psychotherapy: Implications for Understanding Change», convención de la American Psychological Association, Toronto.
- JULLIEN, F. (1996), *Traité de l'efficacité* (París: Grasset & Fasquelle). Edición española: 1999, *Tratado de la eficacia* (Madrid: Siruela).
- KELLY, G. A. (1955), *The Psychology of Personal Constructs*, 2 vols. (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.).
- KOCHER, G. (2003), comunicación personal citada en R. F. Levant, «The Empirically Validated Treatments Movement: A Practitioner/Educator Perspective», *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 11, nº. 2.
- KOSS, M. P., BUTCHER, J. N., y STRUPP, H. H. (1986), «Brief Psychotherapy Methods in Clinical Research». *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 54 (1), pp. 60-67.
- LABORIT, H. (1982), *L'elogio della fuga* (Milán: Mondadori).
- LAMBERT, M. J. (1992), «Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration», en C. Norcross, M. R. Goldfried (eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (Nueva York, NY: Basic Books), pp. 94-129.

- LAMBERT, M. J., y BARLEY, D. E. (2001), «Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome», *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, pp. 357-361.
- LAMBERT, M. J., y BERGIN, A. E. (1994), «The Effectiveness of Psychotherapy», en A. E. Bergin, S. L. Bellack (eds.), *Issues in Psychotherapy Research* (Nueva York, NY: Plenum Press), pp. 313-359.
- LAZARUS, A. A. (1981), *The Practice of Multimodal Therapy* (Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press).
- LE BON, G. (1895), *La psychologie des foules* (París: PUF), nueva ed., 1963.
- LEOPARDI, G. (1995), *Pensieri*, ed. M. S. Salvatorezza (Milán: Biblioteca Italiana Tascabile). Edición española: 1998, *Pensamientos* (Valencia: Pre-Textos).
- LEVANT, R. F. (2004), «The Empirically Validated Treatments Movement: A Practitioner/Educator Perspective», *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 11, No. 2.
- LEWIN, K. (1951), *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*, ed. D. Cartwright (Nueva York, NY: Harper & Row).
- LEYENS, J. P. (1983), *Sommes-nous tous des psychologues?* (Bruselas: Pierre Mardaga).
- LICHTENBERG, C. G. (1978), *Das Lichtenberg-Trostbüchlein* (Múnich: Meyster Verlag).
- LUBORSKY, L., y SINGER, B. (1975), Comparative Studies of Psychotherapies. Is it True that «Everyone has One and All Must Have Prizes»? *Archives of General Psychiatry*, 32 (8), pp. 995-1008.
- LUBORSKY, L., et al. (2002), «The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well – Mostly», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), pp. 2-12.
- MADANES, C. (1990), *Behind the One-Way Mirror* (San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.).
- MADANES, C. (1995), *The Violence of Man* (San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.).
- MANDEL, G. (ed.) (1994), *Budda Breviario* (Milán: Rusconi).
- MARGISON, F. R., et al., (2000), «Measurement and Psychotherapy: Evidence-Based Practice and Practice-based Medicine», *British Journal of Psychiatry*, 177, pp. 123-130.

- MATURANA, H. R., y VARELA, F. J. (1980), *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living* (Dordrecht: Reidel).
- MEICHENBAUM, D. (2003), «Treating Individuals with Angry and Aggressive Behaviours: A life-span Cultural Perspective», escrito presentado en la reunión anual de la Georgia Psychological Association, Atlanta, GA.
- MELTZOFF, J. (1998), *Critical Thinking about Research* (Washington, DC: American Psychiatric Association).
- MESSER, S. (2001) «Empirically Supported Treatments: What's a Non-behaviourist to Do?», en B. D. Slife, R. N. Williams, y D. Barlow (eds.), *Critical Issues in Psychotherapy: Translating New Ideas into Practice* (Thousand Oaks, CA: Sage Publications), pp. 3-19.
- MONTECZUMA, C. (1996), Comunicación personal y presentación en la conferencia «Global Reach of Brief Strategic Therapy», Viena, junio, 1996.
- MORRIS, D. (1977), *Manwatching: A Field Guide to Human Behaviour* (Oxford: Equinox).
- MORRIS, D. (1995), *I gesti nel mondo* (Milán: Mondadori).
- MORRISON, K. H., BRADLEY, R., y WESTERN, D. (2003), «The External Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy for Depression and Anxiety: A Naturalistic Study», *Psychology and Psychotherapy*, 76 (Pt 2), pp. 109-132.
- MOSCOVICI, S. (1967), «Communication Processes and Properties of Language», en L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. III (Nueva York, NY: Academic Press), pp. 225-270.
- MOSCOVICI, S. (1972), *The Psychosociology of Language* (Chicago, IL: Markham).
- MOSCOVICI, S. (1976), *Social Influence and Social Change* (Nueva York, NY: Academic Press).
- MUENCH, G. A. (1965), «An Investigation of the Efficacy of Time-limited Psychotherapy», *Journal of Counselling Psychology*, 12, pp. 294-299.
- NARDONE, G. (ed.) (1988), *Modelli di psicoterapia a confronto* (Roma: Il Ventaglio).
- NARDONE, G. (1991), *Suggestione + Ristrutturazione = Cambiamento. L'approccio strategico e costruttivista alla psicoterapia breve* (Milán: Giuffrè).

- NARDONE, G. (1993), *Paura, panico, fobie* (Milán: Ponte alle Grazie) (Edición inglesa: 1996, *Brief Strategic Solution-Oriented Therapy of Phobic and Obsessive Disorders* (Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.). Edición francesa: 1996, *Peur, panique, phobies* (Bordeaux: L'Esprit du Temps). Edición española: 1995, *Miedo, pánico, fobias* (Barcelona: Herder). Edición alemana: 1997, *Systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien* (Bern: Verlag Hans Huber).
- NARDONE, G. (1994), «La prescrizione medica. Strategia di comunicazione ingiuntiva», en *Scienza dell'Interazione*, 1, pp. 81-90.
- NARDONE, G. (1994a), *Manuale di sopravvivenza per psicopazienti* (Firenze: Ponte alle Grazie).
- NARDONE, G. (1995a), «Brief Strategic Therapy of Phobic Disorders: A Model of Therapy and Evaluation Research», en J. H. Weakland, W. A. Ray (eds.), *Propagations: Thirty Years of Influence from the Mental Research Institute* (New York, NY: Haworth Press Inc.).
- NARDONE, G. (1995b), «Conoscere un problema mediante la sua soluzione: i sistemi percettivo-reattivi patogeni e la psicoterapia strategica», en G. Pagliaro, M. Cesa-Bianchi (a cura di), *Nuove prospettive in psicoterapia e modelli interattivo-cognitivi* (Milán: Angeli).
- NARDONE, G. (1996), *Brief Strategic Solution-Oriented Therapy of Phobic and Obsessive Disorders* (Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.).
- NARDONE, G. (1998), *Psicosoluzioni* (Milán: Rizzoli). Edición española: 2002, *Psicosoluciones* (Barcelona: Herder).
- NARDONE, G. (2000), *Oltre il limite della paura* (Milán: Rizzoli). Edición española: 2003, *Más allá del miedo* (Barcelona: Paidós).
- NARDONE, G. (2003), *Cavalcare la propria tigre: Gli stratagemmi nelle arti marziali ovvero come risolvere problemi difficili attraverso soluzioni templi* (Milán: Ponte alle Grazie). Edición española: 2004, *El arte de la estratagema* (Barcelona: RBA).
- NARDONE, G., et al. (2000), *La terapia dell'azienda malata: problem solving strategico per organizzazioni* (Milán: Ponte alle Grazie). Edición española: 2005, *Terapia estratégica para la empresa* (Barcelona: RBA).
- NARDONE, G., y PORTELLI, C. (2005), «When the Diagnosis Invents the Illness», *Kybernetes: The International Journal of*

- Systems & Cybernetics*, vol. 34, n° 3-4, pp. 365-372, Emerald Group Publishing Limited, Bradford.
- NARDONE, G., ROCCHI, R., y GIANNOTTI, E. (2001), *Modelli di famiglia. Conoscere e risolvere i problemi tra genitori e figli* (Milán: Ponte alle Grazie). Edición española: 2003, *Modelos de familia* (Barcelona: Herder).
- NARDONE, G., y SALVINI, A. (1997), «Logica matematica e logiche non ordinarie come guida per il *problem-solving* strategico», en P. Watzlawick, G. Nardone (eds.) *Terapia breve strategica* (Milán: Raffaello Cortina Editore), pp. 53-61.
- NARDONE, G., y SALVINI, A. (2004), *II Dialogo Strategico: Comunicare persuadendo: tecniche evolute per il cambiamento* (Milán: Ponte alle Grazie). Edición española: 2006, *El diálogo estratégico* (Barcelona: RBA).
- NARDONE, G., VERBITZ, T., y MILANESE, R. (1999), *Le prigioni del cibo. Vomiting, bulimia, anoressia: la terapia in tempi brevi* (Florencia: Ponte alle Grazie). Edición española: 2002, *Las prisiones de la comida* (Barcelona: Herder). Edición alemana: 2003, *Systemische Kurztherapie bei Essstörungen* (Berna: Verlag Hans Huber). Edición francesa: 2004, *Manger beaucoup, à la folie, pas du tout* (París: Éditions du Seuil). Edición inglesa: 2005, *The Prisons of Food: Strategic Solution-Oriented Research and Treatment of Eating Disorders* (Londres: Karnac Publishing).
- NARDONE, G., y WATZLAWICK, P. (1990), *L'Arte del Cambiamento: manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance* (Milán: Ponte alle Grazie). Edición inglesa: 1993, *The Art of Change: Strategic Therapy and Hypnotherapy Without Trance* (San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.). Edición española: 1992, *El arte del cambio* (Barcelona: Herder).
- NARDONE, G., y WATZLAWICK, P. (eds.) (2004), *Brief Strategic Therapy: Philosophy, Technique and Research* (Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Aronson Group).
- NEUMANN, J. VON, y MORGENSTERN, O. (1944), *Theory of Games and Economic Behaviour* (Princeton, NJ: Princeton University Press).
- NORCROSS, J. C., y ABOYOUN, D. C. (1994), «Self-Change Experiences of Psychotherapists», en T. M. Brinthaup, R. P. Lipka (eds.), *Changing the Self* (Albany, NY: State University of New York Press), pp. 253-278.

- OMER, H. (1992), «From the One Truth to the Infinity of Constructed Ones», *Psychotherapy*, 29, pp. 253-261.
- OMER, H. (1994), *Critical Interventions in Psychotherapy* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.).
- ORLINSKY, D. E., GRAWE, K., y PARKS, B. K. (1994), «Process and Outcome in Psychotherapy — Nocheinmal», en A. E. Bergin y S. L. Garfield (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4ª ed. (Nueva York, NY: John Wiley & Sons), pp. 270-378.
- ORSTEIN, R. (1986), *Multimind* (Boston, MA: Author Book).
- PAGUNI, R. (1991), *La ricerca in psicoterapia* (Roma: Armando).
- PARRY, G. (2000), «Evidence-Based Psychotherapy: Special Case or Special Pleading?», *Evidence-Based Mental Health*, 3, pp. 35-37.
- PASCAL, B. (2005), *Pensées* (París: Flammarion). Edición española: 1998, *Pensamientos* (Madrid: Cátedra).
- PATTERSON, M. L. (1982), «A Sequential Functional Model of Non Verbal Exchange», *Psychological Review*, 19 (3), pp. 231-249.
- PERA, M. (1991), *Scienza e retorica* (Bari: Laterza).
- PETERS, T. (1997), *Wow! Un successo da urlò* (Milán: Sperling & Kupfer).
- PHILIPS, E. L., y WEINER, D. N. (1966), *Short-Term Psychotherapy and Structural Behaviour Change* (Nueva York, NY: McGraw-Hill).
- PHILLIPS, D. (1972), *Metodologia della ricerca* (Bologna: Il Mulino).
- PHILLIPS, D. (1974), «The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect», *American Sociological Review*, 39, pp. 340-354.
- PHILLIPS, D. (1979), «Suicide, Motor Vehicle Fatalities, and the Mass Media: Evidence Toward a Theory of Suggestion», *American Journal of Sociology*, 84, pp. 1102-1114.
- PHILLIPS, D. (1980), «Airplane Accident, Murder and the Mass Media: Toward a Theory of Imitation and Suggestion», *Social Forces*, 58, pp. 1001-1024.
- PIAGLIARO, G. (1995), «Nuove prospettive», en M. Case Bianchi (ed.), *Psicoterapia e modelli interattivo-cognitivo* (Milán: Franco Angeli).
- POPPER, K. R. (1972), *Objective Knowledge* (Londres: Oxford University Press).

- POPPER, K. R. (1976), *Congetture e confutazioni* (Bologna: Il Mulino).
- POPPER, K. R. (1983), *Realism and the Aim of Science* (Londres: Hutchinson).
- POPPER, K. R. (1998), *Breviario* (Milán: Rusconi).
- PORTELLI, C. (2004), «Advanced Brief Strategic Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder», *Brief Strategic & Systemic Therapy: European Review*, Issue 1.
- PRICE, J. A. (1996), *Power & Compassion: Working with Difficult Adolescents & Abused Parents* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.).
- PROCHASKA, J. O., DI CLEMENTE, C. C., y NORCROSS, J. C., (1992), «In Search of How People Change: Application to Addictive Behaviours», *American Psychologists*, 47, pp. 1102-14.
- PROCHASKA, J. O., DI CLEMENTE, C. C., y NORCROSS, J. C., (1994) *Changing for Good* (Nueva York, NY: Morrow).
- RABKIN, R. (1977), *Strategic Psychotherapy* (Nueva York, NY: Basic Books).
- RAPAPORT, M. H., et al. (1996), «A Comparison of Descriptive Variables for Clinical Patients and Symptomatic Volunteers with Depressive Disorders», *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16 (3), pp. 242-246.
- REASON, P., y BRADBURY, H. (2001), *Handbook of Action Research* (Thousand Oaks, CA: Sage Publications).
- RICCI BITTI, P. E., y ZANI, B. (1983), *La comunicazione come processo sociale* (Bologna: Il Mulino).
- ROMANO, D. F., y FELICOLI, R. P. (1992), *Comunicazione interna e processo organizzativo* (Milán: Raffaello Cortina Editore).
- ROSENHAN, D. (1990), «Essere sari in posti insani», en P. Watzlawick (ed.), *La realtà inventata* (Milán: Feltrinelli).
- ROSENTHAL, R., y JACOBSON, L. (1968), *Pygmalion in the Classroom: Teacher Expectation and Pupil's Intellectual Development* (Nueva York, NY: Rinehart & Winston, Holt).
- SALVINI, A. (1988), «Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo: assunti metateorici in psicologia della personalità», en E. Fiora, I. Pedrabissi, y A. Salvini, *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità* (Milán: Giuffrè).
- SALVINI, A. (1995), «Gli schemi di tipizzazione della personalità in psicologia clinica e psicoterapia», en G. Pagliaro, M. Cesa-

- Bianchi (al cuidado de), *Nuove prospettive in psicoterapia e modelli interattivo-cognitivi* (Milán: Angeli).
- SANDERSON, W. C. (2003), «Why Empirically Supported Psychological Treatments are Important», *Behavior Modification*, 27 (3), pp. 290-299.
- SCHLEIN, E. H. (1987), *Process Consultation* (Boston: Addison-Wesley Publishing Company Inc.).
- SCHLIEN, J. M. (1957), «Time-limited Psychotherapy: An Experimental Investigation of Practical Values and Theoretical Implications», *Journal of Counselling Psychology*, 4, pp. 318-329.
- SCHRODINGER, E. (1958), *Mind and Matter* (Cambridge, UK: Cambridge University Press).
- SELIGMAN, M. E. P. (1995), «The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Survey», *American Psychologist*, 50, 965-974.
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1963), *L'Anoressia mentale* (Milán: Feltrinelli).
- SELVINI PALAZZOLI, M., et al. (1975), *Paradosso e controparadosso* (Milán: Feltrinelli). Edición española: 1988, *Paradoja y contraparadoja* (Barcelona: Paidós).
- SELVINI PALAZZOLI, M., et al. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia* (Milán: Raffaello Cortina Editore).
- SHADISH, W. R., et al. (2000), «The Effects of Psychological Therapies under Clinically Representative Conditions: A Meta-analysis», *Psychological Bulletin*, 126 (4), pp. 512-529.
- SHAPIRO, D. A., et al. (1995), «Decisions, Decisions: Determining the Effect of Treatment Method and Duration on the Outcome of Psychotherapy for Depression», en M. Avelline, D. A. Shapiro (eds.), *Research Foundations for Psychotherapy Practice* (Chichester: Wiley & Sons), pp. 151-174.
- SIRIGATTI, S. (1975), «Behaviour Therapy and Therapist Variables: A-B Distinction in the Treatment of Monophobias», *Bollettino di psicologia applicata*, pp. 127-129.
- SIRIGATTI, S. (1988), «La ricerca valutativa in psicoterapia: modelli e prospettive», en G. Nardone (ed.), *Modelli di psicoterapia a confronto* (Roma: Il Ventaglio).
- SIRIGATTI, S. (1994), «La ricerca sui processi e i risultati della psicoterapia», *Scienze dell'interazione* 1 (Firencia: Pontecorvoli).

- SKORJANEC, B. (2000), *Il linguaggio della terapia breve* (Firenze: Ponte alle Grazie).
- SLUZKI, C. E., y RANSOM, D. C. (1976), *Double Bind* (Nueva York, NY: Grune & Stratton).
- SLUZKI, C. E., y RANSOM, D. C. (1979), *Double Bind: The Foundation of the Communicational Approach to the Family* (Nueva York, NY: Grune & Stratton).
- STARCEVIC, V. (2003), «Psychotherapy in the Era of Evidence-Based Medicine», *Australian Psychiatry*, 11 (3), pp. 278-281.
- STOLZENBERG, G. (1978), «Can an Inquiry into the Foundations of Mathematics tell us Anything Interesting about Mind?», en G. A. Miller, E. Lenneberg (eds.), *Psychology and Biology of Language and Thought* (Nueva York, NY: Academic Press).
- STONICH, P. J. (1985), *Strategia in azione* (Turín: ISEDI).
- STRUPP, H. H., y HADLEY, S. W. (1979), «Specific vs. Nonspecific Factors in Psychotherapy: A Controlled Study of Outcome», *Archives of General Psychiatry*, 36, pp. 1125-1136.
- TALLMAN, K., y BOHART, A. C. (1999), «The Client as a Common Factor: Clients as Self-Healers», en M. A. Hubble, B. L. Duncan, y S. D. Miller (eds.), *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy* (Washington, DC: American Psychological Association), pp. 91-131.
- TALMON, M. (1990), *Single Session Therapy* (San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.).
- TARDE, G. (1901), *L'opinion et la foule* (París: Alcan).
- TAYLOR, D. (1998), «Critical Review of Psychotherapy Services in England», *Psychoanalytic Psychotherapy*, 12, pp. 111-118.
- TAYLOR, S. E., WAYMENT, H. A., y COLLINS, M. A. (1993), «Positive Illusions and Affect Regulations», en D. M. Wegner y J. W. Pennebaker (eds.), *Handbook of Mental Control* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall), pp. 325-343.
- THOM, R. (1990), *Parabole e catastrofi* (Milán: Il Saggiatore).
- VARELA, F. J. (1975), «A Calculus for Self-Reference», *International Journal of General Systems*, 2, pp. 5-24.
- VARELA, F. J. (1979), *Principles of Biological Autonomy* (Nueva York, NY: North Holland).
- VARELA, F. J. (1988), «Il circolo creativo: abbozzo di una storia naturale della circolarità», en P. Watzlawick, *La realtà inventata* (Milán: Feltrinelli).

- WAMPOLD, B. E. (2001), *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings* (Mahwah, NJ: Erlbaum).
- WATZLAWICK, P. (1976), *How Real is Real?* (Nueva York, NY: Random House). Edición española: 2003, *¿Es real la realidad?* (Barcelona: Herder).
- WATZLAWICK, P. (1977), *Die Möglichkeit des Andersseins: zur Technik der therapeutischen Kommunikation* (Berna: Verlag Hans Huber).
- WATZLAWICK, P. (ed.) (1981), *Die erfundene Wirklichkeit* (Múnich: Piper and Co. Verlag).
- WATZLAWICK, P. (1990a), «Therapy Is What You Say It Is», en J. K. Zeig, S. G. Gilligan (eds.), *Brief therapy: Myths, Methods and Metaphors* (Nueva York, NY: Brunner/Mazel), pp. 55-61.
- WATZLAWICK, P. (1990b), *II codino del Barone di Münchhausen* (Milán: Feltrinelli). Edición española: 1992, *La coleta del barón de Münchhausen* (Barcelona: Herder).
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H., y JACKSON, DON D. (1967), *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.). Edición española: 1981, *Teoría de la comunicación humana* (Barcelona: Herder).
- WATZLAWICK, P., y NARDONE, G. (al cuidado de) (1997), *Terapia breve strategica* (Milán: Raffaello Cortina Editore).
- WATZLAWICK, P., y WEAKLAND, J. H. (1978), *La prospettiva relazionale* (Roma: Astrolabio).
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. H., y FISCH, R. (1974), *Change: Principles of Problem Formation and Problem Solution* (Nueva York, NY: W. W. Norton & Co.). Edición española: 1976, *Cambio: formación y solución de los problemas humanos* (Barcelona: Herder).
- WEAKLAND, J. H., et al. (1974), «Brief Therapy: Focused Problem Resolution», *Family Process*, XIII, pp. 141-168.
- WEAKLAND, J. H., y RAY, W. A. (eds.) (1995), *Propagations: Thirty Years of Influence from the Mental Research Institute* (Nueva York, NY: Haworth Press Inc.).
- WEIL, A. (1995), *Health and Healing* (Nueva York, NY: Houghton Mifflin).
- WEISS, B., y WEISZ, J. R. (1990), «The Impact of Methodological Factors on Child Psychotherapy Outcome Research: A Meta-

- analysis for Researchers», *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18 (6), pp. 639-670.
- WESTERN, D., NOVOTNY, C. M., y THOMPSON-BRENNER, H. (2004a), «The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumption, Findings and Reporting in Controlled Clinical Trials», *Psychological Bulletin*, 130 (4), pp. 631-663.
- WESTERN, D., NOVOTNY, C. M., y THOMPSON-BRENNER, H. (2004b), «The Next Generation of Psychotherapy Research: Reply to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004) and Haag (2004)», *Psychological Bulletin*, 130 (4), pp. 677-83.
- WHITEHEAD, A. N., y RUSSEL, B. (1910-1913), *Principia Mathematica* (Cambridge, UK: Cambridge University Press).
- WIENER, N. (1967), *The Human Use of Human Being: Cybernetics and Society*, 2ª ed. (Nueva York, NY: Avon).
- WIENER, N. (1975), *Cybernetics, or Control and Communication in the Animal and the Machine*, 2ª ed. (Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press).
- WILDE, O. (1986), *Aforismi* (Milán: Mondadori).
- WILSON, D. B., y LIPSEY, M. W. (2001), «The Role of Method in Treatment Effectiveness Research», *Canadian Journal of Psychiatry*, 41 (7), pp. 421-428.
- WILSON, G. (1998), «Manual-Based Treatment and Clinical Practice», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, pp. 363-375.
- WITTGENSTEIN, L. (1980), *Remarks on the Philosophy of Psychology* (Oxford, UK: Basil Blackwell).
- WOLPE, J. (1981) *Life Without Fear* (Oakland, CA: New Horlinger Publications).
- ZEIG, J. K. (1985), *Experiencing Erickson: An Introduction to the Man and his Work* (Nueva York, NY: Brunner Mazel).
- ZEIG, J. K. (1992), *The Evolution of Psychotherapy: The Second Conference* (Nueva York, NY: Brunner Mazel).
- ZEIG, J. K., y GILLIGAN, S. (eds.) (1990), *Brief Therapy: Myths, Methods & Metaphor* (Nueva York, NY: Brunner Mazel).
- ZIMBARDO, P. C. (1993), *Persuasion and Change* (Nueva York, NY: Guilford).

ÍNDICE

(Los números de páginas en cursiva se refieren a las ilustraciones y las «n» se refieren a las notas a pie de página).

- Ablon, J. S. 198
Aboyoun, D. C. 202
acción-investigación 210-212
agorafobia 29 n., 78-85
alternativas, ilusión de 61-62,
64, 68, 71, 73
anorexia nerviosa 123-131
 redacción nocturna de car-
 tas como terapia para 125-
 127
Antifontes 72 n.
Aristóteles 59
Arkowitz, H. 196
aspecto físico, *véase* dismorfo-
 fobia
Assay, T. P. 208
ataques de pánico 29 n., 63-69
 con agorafobia 78-85
atracones 137-149
 diálogos relativos a los
 138-139, 141-149
*aventuras de Alicia en el país de
 las maravillas, Las* (Car-
 roll) 200 n.
Barley, D. E. 201
Behemoth (Hobbes) 159
Bohart, A. C. 203
Bradbury, H. 211
budismo Zen 18
bulimia nerviosa (síndrome del
 vómito) 132-137
Carroll, Lewis 200 n.
Centro de Terapia Estratégica
 (CTS), Arezzo 26, 78, 86,
 176, 193, 210, 213
Chambless, D. 206-207
Chwalisz, K. 200
ciencia y práctica:
 autores de metodología
 210-219
 eficacia, eficiencia y efecti-
 vidad 217-219
 enfoque de la interven-
 ción de acción-investiga-
 ción 210-212
 intervención y medición de
 resultados 214-217
 investigación de campo
 193-209
 protocolos de intervención
 212-214
cirugía estética 93

- Clarke, A. C. 89
- comportamiento infantil 155-175
(véase también presunta psicosis)
- diálogos relativos al 161-163, 164-170
- enuresis (mojar la cama) 158-159
- etiquetamiento patológico 159-175
- mutismo selectivo 157-158
- provocativo y de oposición 156-157
- comportamiento infantil provocativo y de oposición 156-157
- Condillac, Abad de 35
- Da Vinci, Leonardo 13
- De Shazer, S. 25
- Delacroix, E. 220
- depresión 102-123
 diálogos relativos a la 106-122
- Di Clemente, C. C. 202
- diálogo estratégico 59-74
 cinco componentes principales del 74
 transcripción del 63, 65, 66, 67-68, 69, 71
- dismorfofobia 93-102
 diálogos relativos a la 96-101
- DSM, *véase Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales*
- Duncan, B. L. 200
- efecto Pygmalión 160
- Emerson, R. W. 193
- enfoque Haley-Madanes 25
- enuresis (mojar la cama) 158-159
- Erickson, M. 21, 31, 62, 77
- Eubanks-Carter, C. 195, 196
- Garfield, S. L. 207
- Gödel, K. 42
- Goldfried, M. R. 195, 196
- Gorgias 72 n.
- hablar en público 150-154
- hablar en público, miedo a, *véase* patologías del bloqueo de la actuación
- Haley, J. 25
- Heisenberg, W. 15
- Hobbes, T. 159
- Hubble, M. A. 51-52
- Hybarger, Chad 10
- Ibn Gabirol, Solomon 60
- ilusión de alternativas 61 n., 61-62, 64, 68, 71, 73
- Jenkins, A. H. 202
- Kant, I. 17
- Koocher, G. 195
- Kraus, K. 47
- Lambert, M. J. 201, 208
- Lewin, K. 30, 210 n.
- lógica:
 estratégica 13, 14, 36-39, 37-38
 no alética 42
 ordinaria 36, 42
 paracompleta 42
- lógica estratégica 13, 14, 36-39, 37-38
- lógica no alética 42
- lógica ordinaria 36, 42
- lógica paracompleta 42
- lógica paraconsistente 42

- Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* 30
- Marci, C. 198
- Medici (médicos) 96-101
- Meichenbaum, D. 198
- Mental Research Institute, Palo Alto 21
- miedo al escenario, *véase* patologías del bloqueo de la actuación
- miedo al examen, *véase* patologías del bloqueo de la actuación
- Miller, S. C. 51-52, 55, 67, 204
- modelo de terapia breve estratégica avanzada 26, 31, 35-44
Fase 1 de 49
Fase 2 de 50
Fase 3 de 50-51
Fase 4 de 51
- mojar la cama (enuresis) 158, 159
- Morrison, K. H. 209
- Mundos Perdidos del 2001, Los* (Clarke) 89
- mutismo selectivo 157-158
- Nardone, G. 26, 96
- Norcross, J. C. 202
- Novotny, C. M. 194, 195, 199
- Parry, G. 213
- Pascal, B. 72, 104
- patologías del bloqueo de la actuación 150-155
- Prochaska, J. O. 202
- «Proposiciones Indecidibles» (Gödel) 42
- Protágoras 72, 72 n.
- psicosis, presunta 175-189
diálogo relativo a la 179-181, 183, 185-188
véase también comportamiento infantil: etiquetamiento patológico
- Reason, P. 211
- reestructuración 61 n., 64-65, 79, 80
- resistencia al cambio, cuatro tipos de 52-54
- Schopenhauer, A. 15
- Shadish, W. R. 207
- síndrome del vómito (bulimia nerviosa) 132-137
- sofistas 21
- soluciones intentadas 39-40, 41
- Starcevic, V. 195
- Tallman, K. 203
- terapia breve estratégica 23, 24
fases del modelo avanzado 48-51
fases tradicionales de 48
genealogía de 21-32
modelo avanzado de 26, 31, 35-44
perspectivas 220
- terapia enfocada a la solución 23, 24
- terapia familiar estratégica 23, 24, 102
- Thompson-Brenner, H. 194, 195, 199
- trastornos de la alimentación 26, 123-149
anorexia nerviosa 123-131
atracones 137-149
síndrome del vómito (bulimia nerviosa) 132-137

- trastornos fóbico-obsesivos 26, 29 n.
 agorafobia 29 n., 78-85
 ataques de pánico 29 n., 63-39
 fijaciones compulsivas 29 n.
 hipocondría 29 n.
véase también trastornos fóbicos y de ansiedad
- trastornos fóbicos y de ansiedad 78-102
 ataques de pánico con agorafobia 78-85
 dismorfofobia 93-102
 trastornos obsesivo-compulsivos 86-93
- véase también* depresión; trastornos fóbico-obsesivos
- trastornos obsesivo-compulsivos 42, 86-93
véase también trastornos fóbicos y de ansiedad; trastornos fóbico-obsesivos
- «veredicto del Dodo» 200, 204
 Watzlawick, P. 26, 72, 175
 Weakland, J. 26
 Weil, A. 203
 Western, D. 195, 199, 212
 Wilde, O. 124
 Wittgenstein, L. 17

