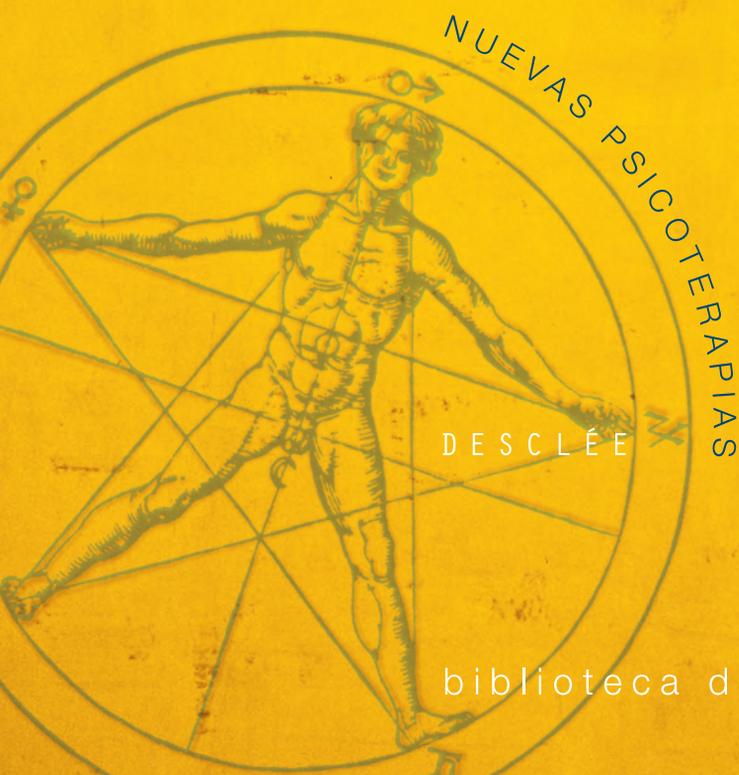


La práctica de la Psicoterapia

La construcción de narrativas terapéuticas

Alberto Fernández Liria
Beatriz Rodríguez Vega

2ª edición



biblioteca de psicología

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA
BEATRIZ RODRÍGUEZ VEGA

LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA
LA CONSTRUCCIÓN DE
NARRATIVAS TERAPÉUTICAS

2^a edición

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

Índice

Agradecimientos	17
Introducción	19
PARTE 1: CONCEPTOS GENERALES	23
Definiciones de psicoterapia	25
Constructivismo y narrativas. Un nivel diferente para la integración (Beatriz Rodríguez Vega)	29
La evolución de las ideas	29
El constructivismo y el construccionismo social	32
1. <i>Las realidades son construidas socialmente</i>	37
2. <i>Las realidades se constituyen a través del lenguaje</i>	39
3. <i>Las realidades se organizan y se mantienen a través de las historias</i> ..	40
4. <i>No hay verdades esenciales</i>	41
Las narrativas	42
Las narrativas: un nivel diferente para la integración	46
Una confluencia en las narrativas (Alberto Fernández Liria)	49
Postmodernidad, ciencia y pensamiento crítico	49
<i>Confluencias en las narrativas</i>	49
<i>Ni realismo ingenuo ni pensamiento postmoderno</i>	52
<i>Ciencia y tecnología</i>	53
<i>Pensamiento crítico</i>	54

Narrativas	56
Interpretaciones y comentario	61
El movimiento hacia la integración en psicoterapia	65
Breve historia de las ideas	65
Historia del movimiento hacia la integración	69
1. <i>Eclecticismo técnico</i>	71
2. <i>Integración teórica</i>	72
3. <i>Factores comunes</i>	74
4. <i>Las narrativas como marco para la integración</i>	77
 PARTE 2: EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO	 79
Indicación de una intervención psicoterapéutica	83
Fases iniciales	93
1. Objetivos	94
1. <i>Evaluación y formulación para la planificación</i>	94
2. <i>Construcción de la alianza de trabajo</i>	96
3. <i>Contrato</i>	99
2. Tareas	103
1. <i>Exploratorias</i>	103
2. <i>Explicación o interpretación de prueba</i>	104
3. <i>Definición de los roles de terapeuta y paciente</i>	105
3. Problemas	106
La formulación de casos para psicoterapia	113
El proceso de formulación	114
1. <i>¿Cuál es la queja?</i>	115
2. <i>¿Cómo se ha producido la consulta?</i>	116
3. <i>¿Cuál es el problema (o problemas)?</i>	118
4. <i>¿Cómo, cuándo y con quien se pone(n) de manifiesto?</i>	121
5. <i>¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica?</i>	123
6. <i>¿Por qué se perpetúan?</i>	126
7. <i>¿Cómo se originó históricamente?</i>	128
8. <i>¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento?</i>	130
9. <i>¿Qué puede facilitar el cambio?</i>	130
10. <i>¿Cuál es la actitud respecto al cambio del paciente?</i>	131
11. <i>¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta?</i>	132
12. <i>¿Cuáles son los objetivos planteables para la terapia?</i>	133
13. <i>¿Cuáles son los medios de que vamos a valernos para conseguir cada uno de ellos?</i>	134
14. <i>¿Qué curso de la terapia prevemos?</i>	134

15. <i>¿Qué dificultades prevemos?</i>	134
16. <i>¿Qué contrato proponemos?</i>	137
Fases intermedias	139
Construcción de pautas-problema	139
1. <i>¿Qué es una pauta-problema?</i>	139
2. <i>La pauta-problema se construye con el paciente</i>	142
Pautas construidas desde la historia biográfica personal	147
1. <i>¿Cuándo es preferible construir la pauta desde la historia biográfica personal?</i>	147
2. <i>¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta desde la historia biográfica personal?</i>	149
2.1. <i>El concepto de defensa</i>	149
2.2. <i>Transferencia y contratransferencia</i>	150
2.3. <i>Triángulos del conflicto y de las personas</i>	154
2.4. <i>Tema nuclear del conflicto relacional</i>	158
2.5. <i>Modelos de relación de roles</i>	162
2.6. <i>Diagramas deseo-temor. Configuración de modelos de relación de roles</i>	164
2.7. <i>Problemas interpersonales</i>	165
2.8. <i>Problemas existenciales</i>	166
2.9. <i>El concepto de resistencia</i>	167
2.10. <i>El concepto de interpretación</i>	171
2.11. <i>Desarrollo evolutivo</i>	172
2.12. <i>La emoción desde la óptica biográfica</i>	172
3. <i>¿Qué papel desempeña el terapeuta en la construcción de la pauta desde la historia biográfica personal?</i>	173
3.1. <i>Neutralidad vs abogacía</i>	173
3.2. <i>Facilitador de la experiencia emocional constructiva</i>	174
4. <i>¿Qué formato es preferible para trabajar con pautas definidas desde la historia biográfica personal?</i>	175
4.1. <i>Individual, familiar o grupal</i>	175
4.2. <i>Terapias breves/indefinidas</i>	177
4.3. <i>Uso de la manifestación de la pauta en la relación con el terapeuta</i>	177
Pautas construidas desde el pensamiento	179
1. <i>¿Cuándo es preferible construir la pauta problema desde el pensamiento?</i>	179
2. <i>¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta desde el pensamiento?</i>	182
2.1. <i>Esquemas, supuestos básicos, pensamientos automáticos, mecanismos defectuosos de procesamiento de la información</i>	182

2.2. <i>Uso de registros</i>	186
2.3. <i>El ABCDE de Albert Ellis</i>	188
2.4. <i>Autoinstrucciones</i>	189
2.5. <i>Inoculación del estrés</i>	190
3. ¿Qué papel desempeña el terapeuta en la construcción de estas pautas?	190
3.1. <i>El empirismo colaborador</i>	190
3.2. <i>La actitud socrática</i>	191
4. ¿Qué formato es preferible para trabajar con pautas definidas desde el pensamiento	192
4.1. <i>Individual/grupal</i>	192
4.2. <i>Autoayuda</i>	192
Pautas construidas desde la conducta	193
1. ¿Cuándo es preferible construir pauta-problema desde la conducta?	193
2. ¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta desde la conducta?	196
2.1. <i>Condicionamiento clásico</i>	196
2.1.1. <i>Exposición progresiva. Desensibilización sistemática</i>	197
2.1.2. <i>Exposición prolongada no progresiva: implosión, inmun-dación, exposición in vivo con prevención de respuesta</i>	198
2.2. <i>Condicionamiento operante</i>	199
2.2.1. <i>Técnicas para el establecimiento de conductas nuevas</i>	200
2.2.1.1. <i>Modelamiento</i>	200
2.2.1.2. <i>Encadenamiento</i>	200
2.2.2. <i>Técnicas para incrementar nuevas conductas</i>	201
2.2.2.1. <i>Reforzamiento positivo</i>	201
2.2.2.2. <i>Control estimular (control de contingencias)</i>	201
2.2.3. <i>Técnicas para reducir conductas inadecuadas</i>	201
2.2.3.1. <i>Castigo positivo</i>	201
2.2.3.2. <i>Coste de respuesta</i>	201
2.2.3.3. <i>Extinción (retirada de atención)</i>	202
2.2.3.4. <i>Tiempo fuera</i>	202
2.2.3.5. <i>Sobrecorrección</i>	202
2.3. <i>Entrenamiento en habilidades sociales</i>	202
3. ¿Qué papel desempeña el terapeuta en la construcción de pautas definidas desde la conducta?	203
4. ¿Qué formato de terapia es preferible para trabajar con pautas definidas desde la conducta?	203

Construcción de pautas-problema desde el sistema de relaciones y creencias	205
1. ¿Cuándo es preferible construir la pauta-problema desde el sistema de relaciones y creencias?	205
2. ¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta desde el sistema de relaciones?	207
2.1. <i>La circularidad</i>	207
2.2. <i>Las preguntas y la forma de preguntar</i>	208
2.3. <i>Localización de secuencias interactivas</i>	208
2.4. <i>La historia familiar</i>	210
2.5. <i>El crecimiento relacional. El equilibrio entre la diferenciación y la conexión. Los límites</i>	216
2.6. <i>Cuestiones de poder y de estatus. La jerarquía en la familia</i>	218
2.7. <i>La reformulación, la construcción de metáforas y la prescripción de rituales</i>	220
2.8. <i>Acuerdo de objetivos</i>	221
3. ¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir las pautas desde el sistema de creencias?	221
3.1. <i>Género</i>	222
3.2. <i>Cultura</i>	225
4. ¿Qué formato de terapia es más útil en la construcción de la pauta desde el sistema de relaciones y creencias?	229
El rol del terapeuta	235
1. Relación igualitaria	235
2. Relación no directiva	236
3. Relación exploratoria	237
Proceso de transformación de pautas problema.	
Estrategias del cambio	241
1. ¿Qué es el cambio?	241
2. El cambio se produce a través de la conversación terapéutica	243
3. Estrategias generales: Factores comunes	247
4. Estrategias integradoras de acompañamiento y guía de la narrativa del paciente	248
5. Estadios del cambio	251
6. Tipos de cambio, niveles, organización y contexto significativo de definición del problema	253
6.1. <i>Tipos de cambio</i>	253
6.2. <i>Niveles, organización y contexto de definición del problema</i>	256

Técnicas transformativas	261
1. Técnicas de acompañamiento verbales y no verbales	262
<i>Utilización de un lenguaje sensorial</i>	262
<i>Utilización de un lenguaje vago</i>	263
<i>Articulación experiencial</i>	264
<i>Utilización de técnicas de bio-rapport</i>	264
<i>Metacomunicación</i>	264
2. Técnicas transformativas verbales	265
<i>Entrevista interventiva</i>	266
<i>Microprácticas transformativas</i>	267
<i>Metáforas</i>	274
<i>Distancia/intromisión en el ciclo vital</i>	276
3. Técnicas transformativas no verbales	276
<i>Transformaciones en el espacio</i>	277
<i>Transformaciones en el tiempo</i>	278
<i>Transformaciones en aspectos concretos de la trama de la historia: causa-</i> <i>lidad, interacción, valores, emociones</i>	279
<i>Transformaciones en la manera de contar la historia</i>	280
<i>Instrumentalización del terapeuta</i>	281
<i>Rituales</i>	282
Fase de terminación	285
Objetivos, tareas, estrategias y técnicas	286
Dificultades	290
Salvar las dificultades. La resistencia	293
Combinación de psicofármacos y psicoterapia	299
Estudios de investigación en tratamientos combinados.	
El ejemplo de la depresión	303
Indicación del tratamiento psicofarmacológico y terapéutico combinado	308
Significado y secuencia de las intervenciones	313
 PARTE 3: LA FORMACIÓN DEL TERAPEUTA	
INTEGRADOR	317
La formación en psicoterapia	318
Planteamientos generales	325
Primer nivel o básico	327
Segundo nivel o nivel de especialización	330
La persona del terapeuta	331
La supervisión	332

La cuestión de la terapia personal	334
Cuestiones éticas	335
Evaluación	335
Predicciones de futuro	336
Bibliografía	339
Índice de figuras	365

Introducción

Este libro surge como consecuencia de la reflexión que nuestros alumnos y nuestros pacientes nos han impulsado a hacer con sus preguntas y sus problemas en la clínica. Los autores de este libro, hemos compartido durante los últimos diez años una labor docente que nos ha animado al desarrollo conjunto de las ideas que exponemos aquí de un modo sistemático.

Como en nuestros cursos y seminarios, lo que pretendemos en este libro es mostrar la forma en la que trabajamos con nuestros pacientes, las razones por las que lo hacemos así y el procedimiento por el que creemos que quien quiera trabajar de la misma o parecida forma puede llegar a hacerlo.

Consideramos que nuestro trabajo se sitúa dentro del actual movimiento hacia la integración de las diferentes escuelas psicoterapéuticas. A ambos nos costó siempre demasiado esfuerzo restringir nuestra curiosidad a los textos, los hechos y las formas de explicación que seleccionaban para sus discípulos los líderes de las diferentes escuelas a las que, en algún momento, nos aproximamos. A ambos nos ha costado siempre rechazar una buena explicación sólo porque quien la hubiera propuesto no se contara entre “los nuestros” (ni siquiera hemos estado nunca muy seguros de ser “de los nuestros”). Siempre nos ha costado pensar que los argumentos en los que se sustentan cualquiera de las prácticas que han demostrado en la clínica su eficacia sean tan torpes como para que no podamos aprender nada de ellos. También estuvimos siempre convencidos que, si una teoría era mejor que otra, sería porque era capaz de expli-

car un mayor número de fenómenos; lo que en el caso de la práctica psicoterapéutica significa tanto como decir: porque sea capaz, no sólo de explicar por qué funcionan los procedimientos diseñados en aplicación de sus principios teóricos, sino de aquellos otros procedimientos que, diseñados en aplicación de otros principios, también funcionan. Por eso la locución *perspectiva integradora* ha aparecido desde hace años como subtítulo y como reto.

En alguna ocasión (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 1997) hemos intentado exponer ordenadamente las fuentes que nos han ayudado a hacer el recorrido que nos ha llevado desde la perplejidad con la que recibimos la rebeldía de la clínica a ceñirse a los moldes estrechos de las escuelas, hasta nuestra actual forma de trabajar. Existen, además, otras buenas revisiones de esto en nuestro idioma (Feixas y Miró, 1997) y no vamos a realizar aquí una más. Nos limitaremos a dar cuenta de nuestro particular modo de trabajar y de enseñar. Haremos referencia a los autores que lo han inspirado allí donde hacerlo sea clarificador o no hacerlo, injusto. Pero el propósito del texto no es explicar la obra de estos autores, sino nuestro modo de trabajar. El esquema general de la obra está conformado por esta intención.

La **parte primera** pretende acotar nuestro objeto de trabajo –con la *definición de psicoterapia* y los *conceptos generales*– y hacer explícita nuestra posición epistemológica y teórica de partida. Como ya el propio título de la obra indica entendemos la práctica de la psicoterapia –el trabajo que realizamos conjuntamente con nuestros pacientes para mejorar su salud mental– como una actividad narrativa. Este modo de ver las cosas, que está siendo adoptado cada vez por más psicoterapeutas procedentes de las más diversas orientaciones teóricas nos proporciona un nuevo marco, podríamos decir que un nuevo *nivel*, para la integración de los hallazgos de psicoterapeutas de distinta afiliación teórica y para pensar y aprender de nuestra práctica clínica. De hecho, aunque los dos autores compartimos una visión ajustada al detalle del modelo que vamos a exponer, nuestros propios puntos de partida y los caminos que nos han llevado a cada uno de nosotros a confluír en esta propuesta, tampoco son los mismos, y de ello se hace eco esta parte introductoria, en la que cada uno de los autores firmamos, por separado, una relación de su recorrido. La **breve historia de la integración en psicoterapia** que sigue a la introducción tiene como objeto más proporcionar un mapa que permita encuadrar la trayectoria de la que el libro es producto, que suplir, y menos añadir nada nuevo, a ninguna de las buenas revisiones ya publicadas.

El grueso del libro lo constituye la parte titulada **el proceso terapéutico**. En ella intentamos exponer ordenadamente nuestras concepciones sobre el mismo y nuestros modos de trabajar. Hemos optado por hacerlo, como en nuestros cursos, suponiendo que este proceso puede considerarse constituido

por una serie de fases cuya estructura puede definirse de un modo coherente. Consideraremos en primer lugar una **fase de indicación** cuyo objetivo es determinar si procede iniciar la intervención psicoterapéutica; no solamente saber si una intervención psicoterapéutica podría ser útil, sino si es la intervención preferible o una de las que es preferible combinar para afrontar un determinado problema que podría, casi con seguridad, ser manejado de distintas formas. El proceso psicoterapéutico propiamente dicho comienza con las **fases iniciales**. A ellas se dedica un capítulo que pretende ser minucioso, en el que se abordan temas tan importantes como la construcción de la alianza terapéutica y el contrato y del que, por motivos de orden y de extensión, se ha desglosado el capítulo dedicado a la **formulación de casos para psicoterapia** que le sigue. En él se expone una sistemática que pretende servir para guiar el interjuego entre el terapeuta novel y su paciente para llegar a una idea capaz de guiar el trabajo terapéutico.

El capítulo sobre **fases intermedias** es, como lo son éstas, particularmente largo y complejo. En principio se divide en dos partes: la *construcción de pautas problema* y *el cambio*. Una de las dificultades que nos han planteado reiteradamente los alumnos que se han formado con nosotros en una óptica integradora ha sido la de escoger el marco de referencia en el que definir la pauta problema con la que trabajar con cada paciente concreto. Adoptando un esquema que pretende responder a esa pregunta hemos distinguido pautas problema construidas predominantemente 1) desde la historia biográfica personal, 2) desde el pensamiento, 3) desde la conducta, 4) desde el sistema de relaciones y 5) desde el sistema de creencias. Sobre cada una de ellas intentamos responder a las siguientes preguntas a) ¿Cuándo es preferible construir desde esa perspectiva la pauta problema?, b) ¿Qué conceptos y habilidades son más útiles para construir la pauta problema desde ella?, c) ¿Qué papel desempeña el terapeuta en la construcción de una pauta así definida? y d) ¿Qué formato –individual, familiar, grupal...– es preferible para trabajar con ellas? Más allá de las definiciones, que nos permiten contemplar el cambio en psicoterapia como resultado de una conversación terapéutica, el capítulo de *el cambio* se estructura a través, primero, de la consideración de las estrategias que pueden conducir a él. En este apartado se desarrollan algunos conceptos originales que pretenden insertar la reflexión sobre este tema en la óptica general de las narrativas, como son los de *acompañamiento* y *guía* de la narrativa del paciente. Se exponen a continuación las *técnicas* merced a las cuales se llevan a cabo tales estrategias. Distinguimos técnicas de acompañamiento verbales y no verbales, técnicas transformativas verbales y técnicas transformativas no verbales. Se dedica también un apartado a las dificultades para el cambio o resistencia en psicoterapia.

Como en todas las propuestas en las que se ha dedicado una atención especial al problema de la duración del proceso, consideramos que los aspectos referentes a la **fase de terminación** son de especial importancia. El capítulo correspondiente intenta centrarse en los aspectos prácticos de este momento cruciales del proceso psicoterapéutico.

No hemos querido dejar sin un tratamiento específico dos aspectos comprometidos y, a menudo olvidados en los manuales de psicoterapia. El primero es el de la **combinación de psicofármacos y psicoterapia** que, probablemente, no será la excepción, sino la norma al menos en el tratamiento de una buena parte de los trastornos mentales y problemas de salud mental. El segundo es el de la **formación en psicoterapia**, un campo muy frecuentemente plagado de mitos y de distorsiones debidas a intereses corporativos.

De las diversas opciones con las que hubiéramos podido intentar evitar un sesgo de género en el lenguaje empleado para expresarnos hemos optado por alternar aleatoriamente expresiones como *el y la* terapeuta o *el y la* paciente.

El comentario final de esta breve introducción se refiere al objetivo del libro. Este texto está escrito para ser de utilidad al psicoterapeuta clínico. Con ello esperamos que terapeutas de distintas orientaciones y grados de experiencia, puedan encontrar entre sus páginas motivos de reflexión o algunos aprendizajes a extraer desde una visión diferente a la suya. Pero, sin duda, la idea de elaborar este libro se la ha de reclamar el futuro lector a nuestros alumnos, aquellos profesionales que inician el camino para convertirse en psicoterapeutas. Ellos y nuestros pacientes son los responsables y los destinatarios últimos de este trabajo que, en definitiva, no pretende enseñar lo que hay que hacer, sino realizar una labor crítica para poder, como señalaba Goolishian, saber lo que no hay que hacer, y así permitir que se despliegue el abanico de posibilidades a desarrollar con nuestros pacientes.

Parte 1 - Conceptos generales

En esta parte se define con mayor precisión a qué nos referiremos con el término psicoterapia y situaremos nuestra propuesta en el contexto de las distintas concepciones sobre el tema.

Este libro ha sido elaborado conjuntamente por los dos autores y, aunque en unos u otros fragmentos sea más fácilmente reconocible la mano de una u otro, ambos nos reconocemos en cada uno de ellos. Nos gusta considerar que las ideas aquí expuestas resultan de un trabajo que hemos realizado conjuntamente durante años. La firma colectiva responde a este reconocimiento.

Sin embargo a la hora de dar cuenta de las trayectorias (incluidas las intelectuales, pero no sólo) que nos han llevado a confluir en una misma postura que sitúa a la psicoterapia en el terreno de las actividades narrativas, hemos preferido exponerlas por separado. Esta parte del libro, incluye dos trabajos que firmamos por separado. Creemos que este mismo hecho refleja, de algún modo, el espíritu que preside el libro entero.

Definiciones de psicoterapia

Es relativamente poco frecuente que quienes piensan o escriben sobre psicoterapia se preocupen por proponer una definición general de la misma. No es tan extraño. Pocos libros de medicina o de biología proponen ni siquiera una definición de enfermedad o de ser vivo. El problema en nuestro caso es que el término *psicoterapia* se aplica actualmente a prácticas muy diferentes, llevadas a cabo por agentes distintos y con propósitos diversos. Por ello revisaremos algunas definiciones (la mayor parte de ellas seleccionadas por Mahoney (1995) de las propuestas por 81 expertos (Zeig y Munion, 1990) antes de intentar delimitar con la nuestra el campo al que vamos a referirnos en este trabajo.

Las definiciones lo suficientemente extensas como para incluir la gama completa de intervenciones que reclaman el nombre de psicoterapia tienen el inconveniente, de ser poco específicas y de extenderse sobre el terreno poco claro del *crecimiento personal* o la búsqueda de experiencias. Un excelente ejemplo de este tipo de definición es la propuesta por Judd Marmor

Psicoterapia es un proceso en el cual una persona que desea cambiar síntomas o problemas en su vida, o que busca el crecimiento personal, entra en un contrato implícito o explícito, para interactuar verbal o no verbalmente, en una forma prescrita con una persona o personas que se presentan a sí mismos como agentes de salud (Mahoney 1995).

La definición propuesta por el propio Mahoney tiene el mismo inconveniente (además de una carga ideológica mucho mayor).

Psicoterapia es una relación cultural especial entre un profesional de ayuda y un grupo o individuo como clientes. Trabajando desde un racional teórico que incluye asunciones básicas acerca de la naturaleza humana y el proceso del desarrollo psicológico, el psicoterapeuta trabaja con el cliente para crear una alianza segura, estable y de cuidado en la que y desde la que el cliente pueda explorar, con frecuencia vía técnicas ritualizadas, pasado, presente y posibles vías de experimentar el self, el mundo y su relación dinámica (Mahoney 1995).

La carga ideológica es también el inconveniente de definiciones, como la de Pierre Bernard Schneider que reservan el término psicoterapia para las terapias (término aplicable para las otras) que se basan en determinado modelo psicopatológico (aunque es una definición rigurosa e interesante, entre otras cosas, porque sitúa la psicoterapia en el terreno de la práctica médica).

La psicoterapia es un método médico de tratamiento de los trastornos físicos y psíquicos debidos a conflictos intrapsíquicos conscientes e inconscientes sin resolver, que exige por una parte del paciente un compromiso voluntario, una colaboración y el deseo y la posibilidad de entablar con el psicoterapeuta una relación interpersonal subjetiva muy particular a la que se llama relación psicoterapéutica, que permite que se establezca un proceso psicoterapéutico en el cual el lenguaje interviene como modo preferente de comunicación. El fin ideal de la psicoterapia es permitir al paciente resolver por sí mismo los conflictos intrapsíquicos teniendo en cuenta su ideología y, en ningún modo la del psicoterapeuta (Schneider 1976).

Otras, más que descripciones, son definiciones normativas que apuntan más a un *deber ser* que a un dar cuenta de la práctica realmente existente. Así Emelkamp (Mahoney 1995) exige una metodología científica de base que, en realidad, ha sido la excepción en la historia real de las psicoterapias

Psicoterapia es la aplicación de procedimientos científicamente evaluados que capacitan a las personas para cambiar sus comportamientos, emociones o conductas maladaptativos, por ellos mismos (Mahoney 1995).

En ocasiones el carácter normativo no nos refiere a pretensión de cientificidad sino a un determinado criterio ético o moral. Albert Ellis es paradigmático en este sentido

La psicoterapia consiste en ayudar a la gente a ver y cuestionar seriamente sus imperativos conscientes e inconscientes utilizando un repertorio de métodos cognitivos, emotivos y conductuales y, de este modo, hacerlos menos perturbados y menos perturbables (Mahoney 1995).

O, en la misma línea, Whitaker, que tiene, además, el problema de suponer que uno puede ser más o menos uno mismo.

Psicoterapia es una paternidad adoptiva profesional con la función deliberada de facilitar el intento del paciente de ser más él mismo (Mahoney 1995).

Para Thomas Szasz esto no es de extrañar ya que:

La pregunta sobre “¿Qué es la psicoterapia?” presupone que la psicoterapia existe. Yo creo que no es así. Como la enfermedad mental la psicoterapia es una metáfora y, como metáfora extensa, un mito... El término psicoterapia denota varios principios y prácticas de éticas seculares. Cada método o escuela de psicoterapia es, por consiguiente, un sistema de ética aplicada volcado en el idioma del tratamiento; cada uno refleja la personalidad, valores y aspiraciones de su fundador y sus practicantes (Mahoney 1995).

Intentos más descriptivos y pretendidamente más neutros serían aplicables a muchas otras prácticas que nadie consideraría psicoterapia. Así sucede por ejemplo con la definición de Paul Watzlawick

Psicoterapia intenta cambiar las asunciones de las personas acerca de la naturaleza de la realidad, asunciones que ellos consideran son verdad, objetivos o aspectos platónicos del mundo “real” (Mahoney 1995).

Lo mismo sucede con la propuesta de Mahoney de definir sencillamente la psicoterapia como *un intercambio existencial (Mahoney 1995)*.

Existen definiciones eclécticas bien construidas como la de Sol Garfield que no tiene más inconveniente que la de la vaguedad del término *problema* y la gratuidad de la suposición de que lo que diferencia al terapeuta del paciente es su grado de salud mental (y no su posición en la tarea común).

Psicoterapia es un proceso interpersonal planificado en el cual la persona menos trastornada, el terapeuta, intenta ayudar a la más trastornada, el paciente, a superar su problema (Mahoney 1995).

La definición elaborada por la Danish Psychiatry Society, adoptada por el grupo de trabajo de la Unión Europea de Médicos Especialistas presupone una *base científica* e incluye (en un matizado y/o) objetivos como *la mejor función emocional o social*.

La psicoterapia es un método psicológico de tratamiento con base científica. A menudo se aplica para aliviar el sufrimiento psiquiátrico. La realiza una o varias personas, calificadas por su formación. Establecen un contrato con uno o varios pacientes con el objetivo de aliviar el dolor por síntomas y/o modificación de rasgos de personalidad y/o mejor función emocional o social y de liberar potencialidades sanas de desarrollo.

Nuestro grupo de trabajo (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse, 1997) utilizó como definición de psicoterapia la siguiente:

Un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo.

Esta definición pretende circunscribirse a aquellas prácticas de las que reclaman el nombre de psicoterapias en las que se pretende actuar sobre *pro-*

blemas de salud mental (a punto estuvimos de utilizar el término *trastornos mentales*) excluyendo las que persiguen objetivos como el autoconocimiento, el desarrollo personal o el acceso a experiencias más o menos interesantes (que nos parecían irrelevantes para una reflexión planteada desde la psiquiatría pública).

Se matizó esta definición con algunas aclaraciones que citamos textualmente

Esta definición **excluye** otra serie de prácticas que pudieran, en alguna medida, ser consideradas afines, como son:

- * **Otras relaciones de ayuda** (amigos...) en los que el que la da no es un profesional experto.
- * **Consejo médico o psicológico** en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental¹.
- * **Manejo clínico** de un tratamiento medicamentoso, en el que el objetivo es *garantizar las condiciones (de información confianza en el médico, expectativas, adherencia al tratamiento) que permiten optimizar el efecto e la medicación prescrita.*

Como nota adicional convinimos que la psicoterapia supone la **posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo.**

Si nuestro objetivo no hubiera sido construir por consenso una definición a partir de una reflexión conjunta sobre nuestra práctica hubiéramos podido adoptar la impecable definición de Jorge Luis Tizón (1992).

La psicoterapia consiste en la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, los trastornos mentales o el sufrimiento humano (no sólo psicológico).

1. *Es consejo si se dice algo como “debe dejar de fumar porque en su caso –bronquitis crónica– fumar entraña tales y cuales riesgos”. Hay psicoterapia si se inicia una intervención para resolver el problema de que el cliente **no puede dejar de fumar aunque conozca los peligros y quiera hacerlo.** Lo mismo será aplicable en el caso de un consejero matrimonial.*

Constructivismo y narrativas: un nivel diferente para la integración

Beatriz Rodríguez Vega

La evolución de las ideas

La evolución de las ideas en psicoterapia corre en paralelo a la evolución de las ideas en el mundo del pensamiento y se deja influir por él. Es por ello que la “forma de entender” el proceso psicoterapéutico ha sido el reflejo de la “forma de entender” el mundo que se discutía en los foros de Filosofía, Física, Química, Matemáticas, Cibernética y una larga lista de otras disciplinas empeñadas también en ofrecer una visión global sobre el Universo.

La psicoterapia, como forma de tratamiento ha cumplido cien años y, aunque de modo somero, se revisa en otro capítulo su historia, en este se pretende señalar la influencia que las ideas prevalentes en el campo de la Filosofía de la Ciencia han tenido sobre el desarrollo de la Psicoterapia. Nos detendremos especialmente en transmitir las ideas constructivistas fundamentales y en cómo estas han influido en la evolución de las ideas hacia la integración y en la forma de hacer clínica.

A principios de siglo, en los albores del tratamiento psicoterapéutico, la ciencia seguía empeñada en desarrollar teorías que reflejasen una correspondencia perfectamente ajustada con el mundo de fuera, lo que el mundo “realmente es”.

Los científicos estaban comprometidos en la tarea de “descubrir” principios y teorías válidas que, si todavía no habían sido capaces de explicar a completa satisfacción, el mundo, era sin duda, por una falta de desarrollo de

instrumentos. Se progresaba de forma lineal en el conocimiento, de modo que se mantenía la ilusión de que si se iban descubriendo y teniendo en cuenta la multitud de variables que intervenían en un proceso dado, sería posible describir con exactitud ese proceso y, por tanto, controlarlo. El conocimiento avanzaba por aposición, es decir, añadiendo más variables que iban siendo descubiertas y, por tanto, mejorando las metodologías de los diseños experimentales. Era posible, pues, el conocimiento de un mundo, que estaba fuera del investigador, esperando a ser descubierto.

De esa forma, las imágenes que dominaron en el mundo de la psicoterapia, reflejaban esa pretensión. A principios de siglo, con el auge psicoanalítico, la metáfora que dominaba era la de la energía, proveniente del campo de la Física. El ser humano (el hombre, el varón, era su modelo) se explicaba como producto de una dinámica de fuerzas, que luchaban por la expresión de los impulsos frente a la represión de los mismos. La energía instintiva pugnaba por descargarse, frente a las barreras impuestas por la censura superyoica.

A mediados de siglo, la aparición de la cibernética, como la ciencia de la comunicación y del control en máquinas y seres vivos, permitió la utilización de otro tipo de metáforas. En esta ocasión era la información, desplazándose por los circuitos mentales, la que dio lugar a la analogía cognitivista del cerebro como un ordenador. Pero en todos los casos el terapeuta perseguía una descripción del mundo, del sujeto y de su entorno que se situaba como algo ajeno a él o ella y sobre el que podía intervenir armado de su pericia.

En el modelo sistémico, las primeras metáforas fueron las del sistema y las de la cibernética. En la primera imagen, la de sistema, y siguiendo las ideas de von Bertalanffy (1968), se pretendía una teoría general que diera cuenta del funcionamiento de los sistemas humanos, lo mismo que era capaz de explicar otros sistemas biológicos o químicos. Se describió a la familia como un sistema y se trajeron analogías del campo de la Física o de la Química o de la Cibernética. La familia era descrita con una “estructura” determinada, que era posible modificar por un terapeuta suficientemente entrenado en el uso de unas determinadas técnicas.

Es decir, del uso de estas metáforas se desprende que el terapeuta es capaz de “descubrir” lo que está mal en el sujeto o en la familia y entrar en una relación en la que pone en práctica una serie de técnicas, a través de las cuales “arregla” lo previamente disfuncional. Este terapeuta está más cercano a la imagen de un carpintero o un mecánico, o en cualquier caso, de un técnico.

Pero como señala David Paré (1995) el cambio de los modelos psicoterapéuticos sigue las ideas propuestas por Khun (1962) para explicar las revoluciones científicas. La ciencia, para Kuhn, atraviesa por una serie de estadios. En el primero de ellos, un estadio preparadigmático, las distintas escuelas

luchan por difundir sus ideas y conseguir la mayor influencia explicativa. Una de ellas, es la que se impone a las demás, de modo que la ciencia entra en un estadio de “ciencia normal”, donde los acontecimientos se describen de acuerdo a los presupuestos de un paradigma determinado. Paralelo a ello, los científicos van acumulando datos de fenómenos que ocurren y cuya explicación es difícil dentro del marco del paradigma imperante. Esos fenómenos son suficientemente importantes para la coherencia de la teoría, como para tener que ser convenientemente explicados. Sin embargo, antes de que se produzca un cambio de paradigma, el mundo científico atraviesa por un periodo de transición que Kuhn denominó “periodo de inseguridad profesional pronunciada”. Durante este periodo, se suceden las voces críticas al paradigma que sigue siendo aún dominante, pero incapaz de ofrecer una explicación satisfactoria de los fenómenos en cuestión. A partir de esta situación, todavía puede ocurrir que se encuentre una explicación adecuada que se incluya dentro del marco racional del viejo paradigma. Si eso sucede así, el periodo de ciencia normal, en el que continúan siendo válidas las ideas anteriores, se prolongará, hasta que vuelva a aparecer algún otro fenómeno inexplicable. Pero si no se encuentra esa explicación razonable dentro del paradigma imperante, cada vez se irá acumulando más malestar con ese marco teórico que no es capaz de dar cuenta de fenómenos importantes. Es entonces cuando el terreno está abonado para que se produzca una revolución científica.

Las ideas de Kuhn han servido para que algunos autores describan la evolución de las ideas psicoterapéuticas hacia un modelo postmoderno, constructivista que, tal como nosotros lo entendemos, señala en la dirección de la integración de las psicoterapias.

En el pensamiento tradicional, las distintas imágenes filosóficas del mundo, científicas, sociales o individuales, tienen en común el supuesto de que no solo existe una “realidad real”, sino que esa realidad se corresponde más claramente con ciertas teorías y no con otras. Los distintos modelos dan por sentado y admiten que existe una realidad independiente del observador.

Ese paradigma fue el imperante en el mundo de la psicoterapia, como en el de la Física o las matemáticas.

El malestar acumulado proveniente de hechos que no podían ser explicados desde la posición de un observador independiente del suceso observado, es lo que facilitó la difusión de las ideas constructivistas. Esos fenómenos o experiencias inexplicables surgían desde distintas disciplinas y con argumentos muy diferentes. Una buena revisión de las ideas en el campo es la realizada por Feixas y Villegas (1998).

En el mundo de la Física fueron enunciados como el del principio de incertidumbre o de indeterminación de Heisenberg, los que hicieron tambalearse los cimientos de la Física clásica. Hasta entonces, la Física, como otras

disciplinas en el marco de las ciencias “duras”, pretendió explicar los fenómenos observables, en base a las teorías newtonianas, capaces de dar cuenta del funcionamiento de entidades macroscópicas, pero que chocaron con su incapacidad para explicar el funcionamiento a nivel subatómico.

A este nivel, el principio de incertidumbre o de indeterminación de Heisenberg postulaba que no era posible conocer con fiabilidad y precisión, el lugar exacto de una partícula subatómica en un momento determinado. Es decir, no se podía medir simultáneamente la posición y el momento de una partícula. Para hacerlo, el observador ha de proyectar luz sobre una partícula subatómica, pero cuando lo hace, su curso puede quedar modificado por el impacto del fotón emitido. Se puede concluir que el observador, por el mero hecho de su observación, altera lo que es observado, de modo que se hace imposible conocer espacio y tiempo simultáneamente.

Así es que, si no es posible una observación sin influir en lo observado, se cuestiona la existencia de una realidad exterior objetiva y única.

En el mundo de la psicoterapia, en particular dentro del modelo sistémico la crítica desde la clínica de la terapia familiar llevó a la insatisfacción con las metáforas sistémicas y a la búsqueda de otros marcos teóricos que encajaran mejor con la experiencia actual (Rodríguez Vega, 1997).

La llegada al campo de la terapia familiar de las ideas constructivistas, marca una nueva ola evolutiva en el movimiento (Paré, 1995). Hasta entonces, la familia había sido vista a través de las lentes de la teoría general de sistemas o de la cibernética. Las imágenes que se habían utilizado, provenientes de estos campos, eran las de un sistema interinfluyente, donde se perdía el individuo y su mundo de significados. Las voces que empezaron a expresar malestar con este tipo de analogías que conllevaban una forma de hacer terapia, fueron las de autoras feministas y las provenientes de otros grupos culturales. En el campo de la terapia sistémica, lo que no encajaba tenía que ver con las cuestiones de género o la forma de tratar el poder o la visión tan cúltrou céntrica que la terapia familiar había mantenido desde sus comienzos.

Pero para entender más claramente lo que supusieron las ideas constructivistas y como influyeron en la terapia, vamos a empezar por revisar los postulados más importantes del posmodernismo.

El constructivismo y el construccionismo social

El pensamiento posmoderno se puso de manifiesto sobre todo en las ciencias sociales. Habitualmente se citan los trabajos de Von Foester en el campo de la cibernética, o los de Gadamer en la filosofía hermenéutica, o los de

Geertz en la Antropología, los de Hare-Mustin en el feminismo, Derrida y Lyotard en la crítica literaria y Gergen en la psicología social (Lax, 1992). Esta visión del mundo puso en cuestión muchas de las verdades establecidas, también en el campo de la psicoterapia.

Durante la década de los 80 algunos influyentes terapeutas de familia se acercaron a las ideas constructivistas. Aparecieron las publicaciones de Paul Watzlawick, Paul Dell y Bradford Keeney, como principales responsables de la difusión de estas ideas. Su entusiasmo se basaba en gran parte en los trabajos del biólogo Humberto Maturana, el científico cognitivo Francisco Varela, el ciberneta Heinz Von Foerster y el lingüista Ernst von Glasersfeld.

Se les ha llamado años de transición porque coinciden con lo que Kuhn describió como un “periodo de inseguridad profesional pronunciada”, previo al cambio en un paradigma científico (Paré, 1995). Es posible que ocurriese algo así en estos años en los que la crítica desde la clínica de la terapia familiar llevó a la insatisfacción con las metáforas sistémicas y a la búsqueda de otros marcos teóricos que encajaran mejor con la experiencia actual.

La llegada al campo de la terapia familiar de las ideas constructivistas, marca una nueva ola evolutiva en el movimiento. En otro lugar, hemos revisado lo que supuso el constructivismo para la evolución del modelo sistémico en particular (Rodríguez Vega, 1997).

El constructivismo arranca desde filosofías de la Antigüedad, como el solipsismo, que defendía que no existe una realidad exterior, sino que todas las percepciones y vivencias humanas, el mundo, el cielo y el infierno están solo en la cabeza y que solamente yo (ego solus ipse) existo. Recorre un camino histórico que incluye nombres como Gianbattista Vico, para algunos el primer constructivista, Kant, Dilthey, Husserl, Piaget, Kelly, etc.

En el pensamiento tradicional, las distintas imágenes filosóficas del mundo, científicas sociales o individuales, tienen en común el supuesto de que no solo existe una realidad real, sino que esa realidad se corresponde más claramente con ciertas teorías y no otras. Los distintos modelos dan por sentado y admiten que existe una realidad independiente del observador. El constructivismo radical se opone a ello y se pregunta “¿cómo sabemos lo que creemos saber?”. El qué sabemos se refiere a los resultados de nuestra indagación de la realidad, pero el cómo sabemos es más complejo porque para contestarlo, el entendimiento ha de estudiarse a sí mismo, “salirse de sí mismo y observar como trabaja”. Si el qué del conocimiento está condicionado por el propio proceso de cognición (el cómo), nuestra imagen de la realidad no depende de lo que es exterior a nosotros, sino que inevitablemente depende de cómo concebimos ese qué. Toda realidad es la construcción de quienes creen que descubren e investigan la realidad. La realidad, supuestamente descubierta, es una

realidad inventada y su inventor no tiene conciencia del acto de su invención, sino que cree que esa realidad es algo independiente de él y que puede ser descubierta (Segal, 1986, Von Foerster, 1981, Von Glaserferd, 1981).

Nuestro conocimiento ha de interpretarse, no como imagen del mundo real, sino tan solo como una llave que nos abre caminos posibles. Mientras la concepción tradicional de la teoría del conocimiento considera la relación entre saber y realidad como un acuerdo o correspondencia gráfica, el constructivismo radical ve esa relación como una adaptación o ajuste en el sentido funcional (Von Foerster, 1981, Von Glaserferd, 1981).

Es como la llave del ejemplo clásico que cuando abre la cerradura es porque encaja con ella. Pero que ésto ocurra no excluye la existencia de otras muchas llaves que abran la misma cerradura. Cuando una llave no abre podemos decir que esa no encaja, pero no decimos nada acerca de todas las que encajan. Como dijo McCulloch: “haber demostrado que una hipótesis es falsa es haber llegado al punto culminante del saber” (Von Glaserferd, 1981).

Las metáforas sistémicas subrayaban la importancia de los procesos de circularidad, las curvas de feedback, la conexión entre niveles, etc., pero seguían preocupadas acerca de cómo el mundo *es* realmente. Al desplazarse la atención desde el sistema observado al sistema observante el constructivismo introdujo un nuevo nivel de complejidad a la cibernética y nació la “cibernética de segundo orden o cibernética de la cibernética”, borrando la clara distinción entre observador y observado.

Fue von Foerster (Von Foerster, 1981) quien propuso una cibernética de segundo orden, en la que los sistemas vivos no se veían como objetos que podían ser programados desde el exterior, sino como entidades autocreadas e independientes, no determinadas por la historia y que no siguen un camino predecible.

En una cibernética de primer orden es posible ver a las familias e influir en ellas utilizando la técnica y “programándolas”. En la cibernética de segundo orden el terapeuta se incluye como parte de lo que ha de cambiar, no está fuera. El observador se sitúa en aquello que es observado”.

En la clínica, con la llegada de las ideas constructivistas se abandonó la búsqueda de una “descripción real” de lo que le ocurría a la familia para sustituirla por el concepto de realidades interpretadas alumbradas por el sistema observante. Se decía que en una sala de terapia había tantas familias como observadores. Porque se pasó de la búsqueda del Universo objetivo a la del Multiverso, donde muchas versiones de distintos observadores convivían. Se empezó a dar más importancia a la parte de la curva de feedback que incluía al terapeuta. El terapeuta, entonces, cocrea la realidad terapéutica con la familia.