TERAPIA FAMILIAR BREVE (TFB).

Una herramienta de uso en Atención Primaria

La Real Academia de la Lengua define el término *"familia"* como *"grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas"*. Se trata del grupo social en el que cualquier individuo se desarrolla y comparte relación estrecha con otras personas a lo largo de su vida. Es clara la influencia que puede ejercer la enfermedad, tanto física como psíquica, de alguno de los miembros de la familia en el funcionamiento familiar y el médico de familia se encuentra a diario con que se le plantean motivos de consulta puramente biológicos, problemas de índole emocional y aquellos derivados de las relaciones entre las personas. Es frecuente, además, que los pacientes y/o familias que presentan estos dos últimos tipos de problemas acudan reiteradamente si no los consiguen resolver -se calcula que la prevalencia de los problemas de este tipo en la población que consulta en Atención Primaria se sitúa en torno al 30%-. Por ello, si el médico de familia no está suficientemente entrenado para cooperar con ellos y ofrecer soluciones -como sucedería, por cierto, con cualquier otro problema biológico- no les ayudará a recuperar la salud y esta clase de quejas ocupará gran parte del tiempo de su consulta. Es necesario, por tanto, que el médico de familia conozca y utilice procedimientos eficaces para abordar problemas de esta naturaleza que no le lleven mucho tiempo -y le *"atasquen"* la consulta- y que, a la vez, obtengan unos buenos resultados.

La TFB nace del tronco común de la Psicoterapia Sistémica que, entiende y considera a la familia como un sistema y su único calificativo -breve- alude a la pretensión de quienes la ponen en práctica, de alcanzar los objetivos terapéuticos por el camino más corto y sencillo, para acortar en lo posible los tratamientos. Al servicio de esta meta se estructuran con coherencia un conjunto de supuestos teóricos, una serie de criterios pragmáticos y una colección de técnicas, provenientes estas últimas de autores y fuentes terapéuticas dispares, que el clínico pone a disposición de los objetivos y necesidades de los pacientes y sus familias.

En la mayoría de las ocasiones la capacidad familiar para resolver los problemas y ser fuente rica de soluciones se pone de manifiesto sin la ayuda de alguien externo a ella -el médico, el psicólogo, el psiquiatra, el sacerdote, el amigo...-. Y sólo cuando los problemas no se consiguen solucionar puede ocurrir que uno de sus miembros pase por la consulta del médico y tenga éste la ocasión de prestarle ayuda, si así se lo permite.

El entrenamiento en el abordaje psico-social queda reducido, en general, a la escucha y comprensión de lo que cuenta el paciente sobre este tipo de problemas -que no es poco- y del intento de convencer al paciente para que haga algo de lo que el propio médico haría si se encontrara en su caso -que no suele ser suficiente-.

La TFB no cree en que la persistencia de una actitud inadecuada frente a las dificultades implique necesariamente la existencia de defectos fundamentales en la organización familiar o un déficit mental en los protagonistas individuales. Cree más bien que las personas persisten, sin advertirlo, en actividades que mantienen vivos los problemas, y que a menudo lo hacen con la mejor de las intenciones. Entiende que las personas pueden verse aprisionadas por esta conducta repetitiva incluso cuando son conscientes

de que lo que están haciendo no sirve para nada. Por eso el objetivo del profesional, desde este punto de vista, no es recoger datos para comprender el sistema familiar y explicar el lugar que en él ocupa el problema, sino recoger la información necesaria para generar y ampliar cambios en la dirección marcada por el objetivo del paciente y/o su familia.

Hacer más de lo que ya funciona: para el diseño de estas tareas se interesa por los recursos de las personas, más que por sus carencias; en sus fuerzas, más que en sus debilidades; en sus posibilidades, más que en sus limitaciones; y hace hincapié en la búsqueda de las soluciones que ya funcionan para la persona, la pareja o la familia concreta que acude a consulta.

Hacer lo contrario de lo que no funciona: para el diseño de estas tareas identifica cuáles están siendo los intentos ineficaces que los pacientes/familiares ponen en práctica para intentar resolver sus problemas y que no consiguen sino mantenerlos.

La TFB entiende que el objetivo primordial del profesional tampoco tiene por qué ser acompañar al paciente y su familia hasta el final de la solución de sus problemas, sino iniciar un proceso de cambio de sentido, estimulando para que se inicie éste y el paciente y su familia complete el resto**.** Esto significa también que, incluso los problemas graves, complejos y crónicos, se hallan potencialmente abiertos a una solución efectiva mediante un tratamiento breve y limitado en el tiempo.

La reducción de tiempo se logra por una doble vía:

- La primera es **confiar en el relato de los pacientes**, a quienes se considera cualificados para informar sobre lo que al profesional le interesa saber; se considera que *"disponer de más información no es necesariamente mejor"* y se emplean una serie de técnicas precisas y bien regladas en su utilización para conseguir y manejar esta información.
- La segunda es, a partir de esta información, **formular una intervención** -generalmente una propuesta de acción para llevar a cabo fuera de la consulta-, que favorezca los cambios deseados para resolver la queja y alcanzar su objetivo.

La idea de que la familia es un sistema ofrece una concepción teórica que permite al médico elegir *"la puerta"* a través de la que puede entrar e intervenir en la persona-sistema, superando el debate estéril entre sí lo principal es tratar la causa o los síntomas y entre si la terapia es "superficial" o "profunda" -debate que tiene tan poco sentido como discutir si la terapia es "de izquierdas" o "de derechas" (Haley J, 1997)-.

El resultado final es independiente de las condiciones iniciales, o, dicho de otra manera, **se puede llegar a un mismo resultado por vías diferentes**. Su aplicación práctica viene a ser que no es necesario investigar cuál fue el punto de partida, sino más bien cómo hay que hacer para ponerse en camino para llegar al resultado final deseado.

El Constructivismo Radical es una concepción filosófica que asume que lo que las personas pueden decir de la realidad está condicionado por el punto de vista desde el que se sitúan para percibirla, de manera que, la objetividad no es posible en la medida en que resulta imposible distinguir qué pertenece al propio punto de vista y qué a la supuesta realidad que se describe, si es que ésta pudiera tener una existencia independiente de quien la observa. Lo único

que se puede decir sobre la realidad es lo que se percibe desde la perspectiva en que cada observador se coloque; y obtiene una visión diferente de ésta, según se coloque en un punto de vista u otro.

Se entiende, por tanto, que la realidad *"no es"*, sino que *"se construye"*. No existe una única, verdadera y absoluta forma de ver la realidad. Cada punto de vista diferente es, por tanto, una *"construcción de la realidad".* Y la manera en la que cada uno construye la realidad influye a su vez en su comportamiento, en que se hagan las cosas de una manera o de otra.

Cuando dos o más personas no consiguen ponerse de acuerdo, por lo común están firmemente convencidos de que sólo hay una forma, generalmente no cuestionada, de ver las cosas -sólo hay una realidad, las cosas *"son como son"*, es decir, como yo las veo- y que cualquier visión que difiera de la propia tiene que deberse a insensatez, irracionalidad o mala fe. Esta forma de proceder hace que dichas partes en disputa se encuentren con más dificultades para solucionar por sí mismos los problemas derivados de sus diferencias de parecer.

Muy a menudo en las consultas de Atención Primaria los médicos vemos las cosas sólo de una manera -la del médico, que es *"la buena"*, claro; o la del especialista que ya ha valorado al paciente y le lleva viendo durante varios años sin mejoría porque *"lo suyo es crónico, no tiene solución"*...- y eso impide tener más puntos de vista acerca de qué prescripciones se pueden hacer a la hora de intentar solucionar el problema que se nos consulta.

Debe aclararse que no es que esta forma de pensamiento entienda que es malo tener firmes convicciones. Lo que sucede es que la posibilidad de considerar que no hay una única forma *"verdadera"* de contemplar las cosas es muy ventajosa, porque algunos puntos de vista parecen más útiles que otros para conseguir los objetivos terapéuticos; de igual manera que unos puntos de vista de un edificio proporcionan mayores probabilidades que otros de encontrar una puerta para entrar a la casa.

La TFB entiende que es esencial conocer el o los objetivos del paciente y de sus familiares cuando vienen a consulta para que la intervención terapéutica tenga éxito, porque no saber qué es lo que quieren cambiar conduce a que no se les pueda ayudar a lograrlo.

En otras palabras, el paciente/familia decide qué quiere y el profesional cómo lo puede conseguir.

Si, por el contrario, el profesional invade el territorio de los pacientes -aconsejándoles lo que estos tienen que proponerse y conseguir como objetivo- o si los pacientes pretenden ocupar, por ejemplo, la posición del médico -señalándole qué es lo que éste tiene que prescribirle- surgen problemas, malentendidos y la conversación clínica se convierte en un debate y una *"lucha"* por recuperar y defender el propio terreno. Este tipo de intercambios comunicativos genera malestar y desgaste en el profesional, así como desconfianza en el paciente.

Cuando el profesional que utiliza la TFB investiga los objetivos utiliza tiempos y formas verbales futuros: *"¿qué será diferente cuando ya estés bien?", "¿en qué van a notar los que viven contigo que estás mejorando?"*… Este tipo de lenguaje presuposicional -en el que se da por hecho que el paciente va a ser capaz de conseguir lo que quiere- facilita explorar este futuro más o menos cercano en el que la queja ya es una realidad resuelta.

La Pregunta del Milagro

Una forma particular de investigar los objetivos -diseñada por Steve de Shazer y su grupo- que explora no sólo qué quiere conseguir el paciente, sino que da información también de qué tiene que hacer para conseguirlo, porque contribuye a que los pacientes se imaginen una solución potencial *"hecha a medida"* de su problema como *"realidad ya lograda".*

"*Tengo una pregunta curiosa, quizá inusual, una pregunta que requiere algo de imaginación… Supón… que esta noche estás durmiendo,* ***sucede un milagro****…Y, los problemas que te traen aquí se resuelven, ¡simplemente así! Y consigues lo que te propones… (lo que te preocupa ya lo has resuelto, el malestar que tienes ya ha desaparecido)*".

"Pero esto ocurre mientras estas durmiendo así que no puedes saber lo que ha pasado… Una vez que te despiertes por la mañana… ¿Cómo descubrirías según pasa el día que ese milagro te ha ocurrido?; ¿qué cosas diferentes podrás hacer?; ¿cuáles te harán darte cuenta de que ha sucedido el milagro?; ¿en qué notarán los demás que ha ocurrido el milagro?".

Otra opción: "*Supón… que han pasado unos días y estamos ahora en la próxima visita. Tú ya has conseguido resolver todos los problemas que te traen ahora aquí*". *"Cuéntame cómo son las cosas cuando todo ya está resuelto":*

- *¿Qué cosas diferentes puedes hacer?*
- *¿Cómo, o en qué, notan los demás que ya todo se ha arreglado?*
- *¿Cómo reaccionan los demás?*

Una vez hecha ésta, resulta conveniente esperar la respuesta, pues suele suceder que el paciente quede bastante *"descolocado".* El profesional no debe ser el que interrumpa el silencio; es el turno de hablar del paciente, para responder a la pregunta. De hecho, cuando la respuesta del paciente es *"no-razonable"* -según el punto de vista del profesional- la respuesta más útil del mismo es continuar con su silencio, el cual meterá al paciente en el aprieto de tener que fijar su respuesta, para hacerla más razonable.

Hasta conseguir la mejor descripción posible del milagro en términos observables (por ejemplo, *"haré mis tareas e iré a trabajar",* en vez *de "tendré más confianza en mi misma"*); positivos (por ejemplo, *"dormiré mejor"*, en lugar de *"no me despertaré tantas veces por la noche"*); y en los que esté implicado el propio paciente (por ejemplo, *"sabré qué hacer para que mi hijo me obedezca"*, en vez de *"mi hijo cumplirá las normas"*).

Steve de Shazer y su equipo en el Brief Family Therapy Center (BFTC.) de Milwaukee dirigieron su atención hacia los recursos que los pacientes traen a consulta y de esta manera cayeron en la cuenta de que muchas veces los pacientes consiguen soluciones adecuadas y eficaces para resolver las situaciones que les preocupan.

El equipo del BFTC llamó *"excepciones"* a estas acciones y circunstancias en las que la presencia de la queja se atenúa o, sencillamente, no ocurre.

Investigar las "excepciones" consiste, por tanto, en interesarse por los comportamientos que el paciente y/o sus familiares hacen o ya hicieron en alguna ocasión y que logran o lograron resolver el problema -o, al menos,

encaminar la situación hacia un abordaje más eficaz del problema- y las situaciones en las que éste disminuye o desaparece. Por ejemplo: en ciertos momentos, una persona deprimida se siente menos triste, un tímido puede mostrarse más sociable, un ansioso se relaja, una bulímica logra refrenar el impulso al atracón, una pareja que continuamente discute, resuelve un conflicto en lugar de empeorarlo, unos padres consiguen que su hijo adolescente les haga más caso, un bebedor excesivo pone un límite razonable a su consumo de alcohol, una persona que siempre cede dice no... etc.

Excepciones deliberadas: para que una excepción se considere deliberada hace falta que esté bajo control voluntario o intencional del paciente o familiar, que haya garantías de que el comportamiento o situación en cuestión provoca la excepción a la queja y que pueda repetirse a voluntad.

Excepciones aleatorias o espontáneas: se considera que una excepción es aleatoria cuando no cumple alguno de los requisitos para calificarla como deliberada, es decir, no está bajo control del paciente, no puede repetirse a voluntad o su presencia no garantiza la ausencia de la queja.

Al investigar las excepciones, conviene que el profesional sea empático y muestre al paciente y/o su familia que comprende la gravedad del problema**,** pero que resulta muy conveniente -y, a la vez, de gran utilidad- explorar este tipo de situaciones. Por ejemplo: *"por lo que me dices, creo que yo mismo me habría deprimido... ¿Cómo conseguiste seguir con lo que estabas haciendo? "*

Una buena alternativa para indagar excepciones es utilizar la información que se obtiene de la pregunta del milagro. Muchas de las cosas que describen como que ocurrirán el día del milagro son cosas que el paciente y/o sus familiares ya hacen o hicieron en alguna ocasión y que logran o lograron resolver el problema.

EXPLORACIÓN DE LAS EXCEPCIONES A LA QUEJA

¿Has tenido esta queja otras veces? ¿Cómo fuiste capaz de resolverla entonces?

¿Qué sucede en los momentos en los que te das cuenta de que te encuentras mejor?

- *¿qué haces?*
- *¿con qué coincide?*
- *¿qué es diferente?*
- *¿cómo lo notan los demás?*
- *¿Qué tiene que pasar para que esto suceda más a menudo?*

Para saber si son deliberadas, se pregunta:

Entonces... *¿siempre que sucede…, estás seguro de que no pasa...?*

Una forma particular de investigar excepciones es la **pregunta del *"cambio pre-tratamiento"***. Weiner-Davis M, de Shazer S, y Gingerich WJ (1989) hicieron un estudio exploratorio planteando a todos los pacientes que acudían por primera vez al BFTC lo siguiente:

"Muchas veces las personas advierten en el tiempo que transcurre entre que conciertan la consulta y la primera sesión que las cosas parecen diferentes. ¿Qué ha notado en su situación?". Si contestan *"sí",* continúan:

"... ¿Tienen relación estos cambios con la razón por la que vino a consulta?" "¿Es éste el tipo de cambios que le gustaría que siguieran produciéndose?"

Estos autores informan que dos terceras partes de los pacientes fueron capaces de describir cambios previos al inicio del tratamiento.

La ventaja de este planteamiento es que cuando los pacientes informan de un cambio pre-tratamiento, las soluciones empiezan a construirse a partir de él, y el trabajo del profesional consiste en ayudar a que el cambio continúe; tarea mucho más fácil que hacer algo partiendo de cero -resulta más fácil conseguir que algo continúe rodando, que hacer el primer esfuerzo para que empiece a rodar-.

Probablemente, una de las aportaciones con mayor transcendencia del Brief Center Therapy of Mental Research Institute (MRI) of Palo Alto (California) -para la psicoterapia en general y para la Terapia Familiar en particular- sea la sustitución del foco de la atención sobre las quejas por el **análisis de los intentos infructuosos** que se llevan a cabo para pretender solucionarlas. Los autores del MRI, de variada procedencia disciplinar, se dedicaron a estudiar situaciones -históricas, sociales, políticas y también personales- sin salida aparente, cuyos protagonistas acabaron resolviendo con éxito. Encontraron una regularidad en todas ellas: lo que ellos percibieron como la clave del éxito era que alguno de los protagonistas de la historia había puesto en práctica una solución, aparentemente, contraria al sentido común.

Cuando una persona quiere cambiar algo indeseable para ella o aspira a conseguir un determinado objetivo, pone en marcha procedimientos -intentos de solución- que considera, desde su forma de pensar, los más apropiados, lógicos y correctos para satisfacer sus pretensiones. Cuando así ocurre -y logra conseguir lo que quiere- la solución ha sido eficaz, no llega a definirse *"un problema",* y la vida continúa planteando nuevas metas a lo que la persona responde con las soluciones oportunas, según sea el caso. Pero cuando la solución intentada no consigue su propósito, es frecuente que la persona piense que lo que ha fallado no es la "solución" que ha puesto en práctica, sino que considere que no la ha aplicado en una dosis suficientemente elevada y vuelva a probar utilizarla -ya que desde su punto de vista continúa siendo correcta-. Si así actúa y consigue, en esta segunda ocasión que todo funcione, logra resolver su problema. Pero si -de nuevo- no consigue su propósito es muy posible que vuelva a repetir el mismo patrón de comportamiento infructuoso una tercera, cuarta... vigésima vez... y así sucesivamente, redoblando sus esfuerzos en cada nuevo intento -aumentando la intensidad, fuerza o duración de la misma *"solución"* que no funciona-. A esta *"pauta redundante de intentos de solución ineficaces"* es a lo que estos autores han llamado el ***"más de lo mismo"*** -que, según ellos, está en la base los problemas humanos- y constituye la definición de problema que utiliza la TFB

Según este punto de vista, al profesional le interesa cualquier solución infructuosa que se esté aplicando ante una queja, con independencia de quién sea el que aporta la solución: el propio paciente, algún familiar, o algún allegado. Efectivamente, el ansioso puede hacer denodados esfuerzos por tranquilizarse; pero también es posible que su esposa insista en que se relaje; o que el resto de la familia le evite para tratar de no irritarle; o que un amigo le diga que deje de pensar en lo que le preocupa; o que un compañero de trabajo le indique tomar una infusión que le ayude a calmar los nervios; o que su jefe le llame por teléfono a diario para saber si ya está bien; o que... etcétera. Todos estos intentos de solución, si resultan fallidos, se registran como soluciones intentadas.

Todas estas soluciones tienen que ser necesariamente ineficaces o, al menos, insuficientes; de otro modo el paciente no estaría en la consulta expresando su malestar o queja.

¿CÓMO EXPLORAR LAS "SOLUCIONES INTENTADAS"?

¿Qué haces cuando te sucede… (la queja)?

¿Y, a continuación, como reaccionas?

¿Qué más haces para intentar resolver… (la queja)?

¿Qué otras cosas haces para conseguir lo que te propones?

Después de cada respuesta se pregunta:

¿Cuál es el resultado de lo que haces?

¿Tu acción consigue su propósito?

¿Qué más cosas has intentado?

¿De qué manera te ayudan tus familiares -o las personas que te rodean-?

Después de cada respuesta se pregunta*:*

¿De qué manera esto que hace –tal persona-… supone para ti una ayuda?

Se les pregunta hasta conseguir que respondan qué es lo que hacen, en lugar de lo que sienten.

DENOMINADORES COMUNES DE LAS SOLUCIONES INTENTADAS INEFICACES

Para disminuir aún más la complejidad del tema, el siguiente paso que proponen los autores del MRI consiste en buscar el denominador común de los intentos de solución que ponen las personas que están involucradas en la queja.

MRI reduce a cinco las posibles *"maneras de meterse en líos"* -cinco denominadores comunes de las soluciones intentadas ineficaces-

1. *"El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea".*
2. *"El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo".*
3. *"El intento de llegar a un acuerdo mediante oposición" .*
4. *"El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación".*
5. *"Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa".*

MRI afirma que el mayor cambio en la queja del paciente se consigue proponiéndole una solución que se oponga lo más posible al denominador común de las soluciones intentadas.

"El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea"*.*

- Casi todos los comportamientos fisiológicos -como pueden ser la ansiedad, el insomnio, la respuesta sexual, el dolor, el apetito...- en los que las soluciones intentadas ineficaces son del tipo: *"me esfuerzo en intentar... relajarme, dormir, tener una erección, sentir placer, lograr un orgasmo, que no me duela, que no tenga hambre... y cuanto más lo hago, menos lo consigo"*.
- La mayor parte de los sentimientos -como pueden ser la tristeza, el ánimo, el amor, la irritación, las ganas de...- en los que las soluciones intentadas ineficaces son del tipo: *"me esfuerzo en procurar... estar contento, animarme, dejar de amar, no explotar, tener o no tener ganas de... y por más que lo intento no lo consigo, incluso empeoro".*

- Las ideas y los pensamientos no deseados o *"parásitos",* en los que las soluciones intentadas ineficaces son del tipo: *"me esfuerzo en tratar de... olvidar, dejar de pensar en…. y me desespero, porque cuanto menos quiero pensar en ello la idea aparece con más fuerza"*.

"El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo".

Hay ocasiones en las que la forma habitual de enfrentar una situación conflictiva es la huida, dejarla para más tarde, posponerla. En estos casos la persona no se considera suficientemente cualificada para abordar el problema y decide esperar para prepararse mejor; o piensa que el resultado no va a ser el que ella desea y por eso espera; pero… Esta no es una buena forma de resolver. Frecuentemente, al actuar así, el problema va tomando cada vez más cuerpo, se va acumulando, enconando; y cada vez resulta más difícil hacerle frente, y cada vez la persona va teniendo más motivos para no sentirse preparada o para temer abordarlo, y cada vez encuentra más justificado posponer el tema.

Funcionan así la mayor parte de las quejas que encajan en la definición de fobia -agorafobia, fobia social, fobia específica- que ofrece el DSM-IV, que incluye este comportamiento de evitación como uno de los criterios diagnósticos. También se abordan con este tipo de soluciones aquellas situaciones en las que la persona no está dispuesta a arriesgarse a un fracaso y retrasa la solución hasta conseguir la certeza de que tendrá éxito al *"cien por cien".*

"El intento de llegar a un acuerdo mediante oposición".

Resulta una experiencia común que las personas discutan para llegar a acuerdos. Sorprendentemente, también es común que, tras una discusión, los interlocutores se encuentren en posiciones más distantes entre sí que al principio. Es como si la discusión contribuyera más a que cada uno encuentre nuevos argumentos para sostener su propia postura, que para comprender el punto de vista de su interlocutor.

A pesar de ello, discutir sigue siendo la primera opción para llegar a acuerdos. Es cierto que, a veces, se consigue que el interlocutor acepte los propios argumentos y ceda. Cuando así ocurre, la respuesta más frecuente es un acercamiento de posturas para llegar a un acuerdo en posiciones más o menos centrales, entre los extremos de las posturas debatida

. Pero si estas posturas más o menos intermedias no dejan igualmente satisfechas a ambas partes en conflicto, es muy posible que éstas comiencen de nuevo a discutir, produciéndose una escalada simétrica

Este tipo de *"soluciones intentadas*" puede observarse en cualquier relación familiar -entre marido y mujer, padres/hijos, entre hermanos, con los abuelos, la familia política…-, laboral -jefe/subalterno, compañeros de trabajo, profesor/alumno-, o social -amistad, compañerismo, deporte, juego-. En ocasiones acude a la consulta del profesional una sola de las personas involucradas en el proceso interpersonal y su queja puede presentar muy diferentes formas iniciales -depresión, ansiedad, dificultades para concentrarse...

"El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación"

Hay circunstancias en las que una persona espera que otros se comporten según sus deseos, pero no puede pedírselo, porque si se lo pide ya no le satisface lo que hagan, porque no ha sido por iniciativa de ellos, no ha *"salido"* de ellos. A veces esta persona calla y espera en vano, que los demás cumplan unas pretensiones que desconocen; otras, lanzas indirectas; otras, harta y frustrada de tanta espera, expone su deseo, pero, incluso si ve cumplida su aspiración, no se queda satisfecha porque *"era demasiado tarde", "no ha tomado la iniciativa", "no lo ha hecho por voluntad propia", "libremente"*. Es frecuente que la persona que realiza este tipo de proceder atribuya maldad o mala intención a la falta de acción de los demás, o que piense que *"no es que no se enteren; es que no se quieren enterar".*

"Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa"

Explicación no pedida, acusación manifiesta. Las excusas rara vez tranquilizan al acusador; bien al contrario, suponen una confirmación de sus sospechas. El problema en este tipo de procesos es que cuanto más inocente es el acusado, más énfasis va a poner en su defensa y más va a confirmar las sospechas de su acusador.

Este tipo de procesos interpersonales puede describirse en muchos casos de consumo y abuso de sustancias -drogas, alcohol-; celos y otras relaciones basadas en la desconfianza; y en aquellos casos que encajan con la definición de hipocondría que ofrece el DSM-IV. En estos últimos, los reiterados intentos del médico para tranquilizar al paciente en el sentido de no objetivarse ningún trastorno sólo consiguen confirmar más aún sus sospechas de enfermedad: *"si no tuviera realmente algo grave, mi médico no me pediría tantas y tan costosas pruebas".*

TAREAS ORIENTADAS A HACER "MÁS DE LO QUE YA FUNCIONA"

No siempre es posible obtener una información clara sobre el objetivo, soluciones intentadas y excepciones, bien porque la situación sea vaga o sencillamente porque no haya tiempo para más -por ejemplo, porque el paciente haya acudido según el sistema de cita previa en el que sólo se dispone de unos minutos-.

En estos casos resulta útil la prescripción de *"fórmula",* genérica o comodín.

PRESCRIPCIÓN DE "FÓRMULA"

"Desde ahora y hasta la próxima consulta me gustaría que observaras, para poder contármelas cuando vuelvas, las cosas que te pasan en tu (vida, familia, relación...) que quieres que te sigan pasando".

"Desde ahora hasta que vuelvas me gustaría que observaras que es diferente en los ratos en que te encuentras un poco mejor, para que puedas contármelo en la próxima visita".

Si el paciente ha especificado cuál es su objetivo -incluso si lo ha hecho de forma vaga- esta prescripción se puede adaptar al mismo: *"Fíjate en lo que haces en esta semana... que te hace tener más control sobre tu nerviosismo...*

que te hace sentirte más a gusto... que te hace estar bien... que te hace llevarte mejor con tu pareja...".

Favorece que en la próxima visita el objetivo sea también más concreto. La siguiente consulta se puede comenzar preguntando:

"Desde la última vez que nos vimos... ¿qué cosas te han ocurrido que quieres que te sigan sucediendo?".

PRESCRIPCIONES DESDE EL OBJETIVO

"Elige un día a la semana para hacer como si el milagro se hubiera producido"

Una vez que se haya visto capaz de comportarse como si el milagro hubiera sucedido un día, no encontrará razones para no repetir otros días y mejorar.

"Prueba a hacer alguna de estas cosas que dices que sucederán cuando ya hayas conseguido lo que te propones".

PRESCRIPCIÓN DESDE LAS EXCEPCIONES

Prescripción del tipo "Hazlo más":

Se invita al paciente a que haga más veces ese tipo de cosas que ya le resuelven el problema.

Se puede utilizar cuando las excepciones se consideran deliberadas.

"Tarea de predicción": *(en* excepciones aleatorias).

Consiste en pedir al paciente que *adivine* lo que va a ocurrir al día siguiente con su queja:

- Si va a encontrarse peor, igual o mejor.
- Si va a ocurrir o dejar de ocurrir su queja.

Al día siguiente tendrá que anotar si acertó y formular una nueva predicción.

El propósito es que el paciente encuentre alguna excepción deliberada, para poder pedirle que la haga más.

Prescripción del tipo "Haz algo diferente".

Indicar a los pacientes que cuando ocurra la queja actúen de una forma no habitual*, que prueben algo que no han hecho hasta el momento.*

"Tarea de la sorpresa*"*

"Cada uno de vosotros hará al menos una o dos cosas que sorprendan al otro (padres, hijo, pareja). Vuestra tarea consistirá también en adivinar cuál es la sorpresa que el otro os está haciendo. No vale decir cuál ha sido la sorpresa. Lo haremos aquí en la próxima visita".

En la siguiente visita no se comienza preguntando a cada uno cuál ha sido la sorpresa/s que le ha dado al otro, sino cuál/cuáles creen que han sido la/las sorpresas que les ha dado el otro. Por lo general se describen más de dos sorpresas, y alguno de los participantes puede considerar como sorpresa

algo que no ha sido tal, porque ya ocurría habitualmente y no se había fijado en ello.

Puede ser una tarea divertida que fomenta que cada miembro de la familia se fije en las cosas buenas que hace el otro - ¡incluso cuando no son la sorpresa! -.

TAREAS ORIENTADAS A HACER "LO CONTRARIO DE LO QUE NO FUNCIONA"

Prescripción del síntoma

Es la prescripción de elección cuando el denominador común de las soluciones intentadas es *"el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente"*

Si el paciente intenta obedecer la prescripción, le resultará imposible, mejorará y se acercará a su objetivo. Ello se debe a que el síntoma también es espontáneo -no depende de la voluntad- y, por tanto, cuanto más se fuerza menos se consigue.

Como prescribir síntoma es pedirle al paciente que haga justo lo contrario de lo que desea hacer, hay que *apoyar esta prescripción en un razonamiento lógico* desde la perspectiva del paciente.

Esta es la principal dificultad de esta técnica

"Enfrentarse y fracasar"

El denominador común de las soluciones intentadas es *"el intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo"*

Argumentos que pueden ayudar al paciente:

"*todo el mundo fracasa alguna vez",*

o "es necesario aprender a manejar la experiencia de fracaso para no ser tan vulnerable"

Otra estrategia es ir exponiendo al paciente a su objeto temido en condiciones controladas o a pequeñas dosis -desensibilización- con el fin de que, poco a poco, vaya considerándose más fuerte que lo que teme.

En ocasiones la persona no se enfrenta a la situación porque teme que los demás descubran un defecto que tiene:

La estrategia de intervención es similar: que se enfrente a lo que teme divulgando ese defecto.

"Adoptar una postura de sumisión "

El denominador común de las soluciones intentadas es *"el intento de llegar a un acuerdo mediante oposición"*

Consiste en pedir a uno de los *"contendientes"* que ceda, haga alguna concesión, realice una maniobra de sumisión o acepte, al menos parcialmente, las posiciones de su oponente.

Se le plantea esta concesión como una *"táctica de combate"* para conseguir su propósito final, que no es derrotar al *enemigo*, sino llegar a un acuerdo con él.

Se le debe transmitir la idea de que el cambio irá produciéndose poco a poco y que, para ello, el paciente debe ir haciendo pequeños ensayos que le permitan ir tomando práctica en esta nueva forma de proceder.

"Hacer peticiones claras y concretas" o "Aceptar la voluntad libre del otro"

Hay dos estrategias para los casos en que el denominador común es *"el intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación".*

Instruir a la persona que espera que el otro haga las cosas sin tener que decírselo para que haga peticiones directas. O bien: crear un cierto grado de incertidumbre acerca de por qué la otra persona no hace lo que él quiere que haga sin necesidad de pedírselo.

Instruir al paciente para que, si le compensa, respete las decisiones libremente tomadas por el otro, aunque estén en contra del propio criterio

Se trata de sustituir patrones relacionales basados en el autoritarismo y la permisividad por otros guiados por la autoridad y la tolerancia.

Las diferencias de matiz son importantes:

Se entiende que el autoritarismo es *el ejercicio de la autoridad sin tener en cuenta los criterios de los súbditos ni, por tanto, respetarlos.* Autoridad, sin embargo, se considera una *cualidad necesaria en relaciones complementarias* como, por ejemplo, padres/hijos.

La permisividad *se fundamenta en el miedo a imponer el propio criterio, la tolerancia,* por el contrario*, en el más profundo respeto por el criterio ajeno, compartido o no y,* en consecuencia*, por el criterio propio.*

"No defenderse: comportarse como si sucediera" e "Interferir la comunicación"

Es la tarea de elección para los casos en que el denominador común es *"la confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa"*

Explicar al acusado que no tiene que defenderse e instruirle para que dé una respuesta ambigua: "puede ser", o para que acepte y confirme la acusación.

¿CÓMO IMPARTIR TAREAS Y MOTIVAR A LOS PACIENTES A QUE LAS CUMPLAN?

PREGUNTA DEL COMPRADOR

Sirve para anticipar si el paciente, o su familia, van a realizar la tarea y cómo se debe cooperar con ellos al prescribirla.

Tiene la finalidad de hacer notar que la consecución de sus metas depende de algo que ellos hagan.

"*Para conseguir lo que tú quieres -ponerte bien..., ¿piensas que está en tu mano hacer cualquier cosa que te pueda indicar?"*

Si la respuesta es del tipo *"sí, lo que sea"* se considera que el paciente es comprador.

Para el comprador lo indicado es pedirle la tarea de forma directa: *"Haz esto...".*

Para el no-comprador lo indicado es prescribirle la tarea de forma indirecta*:* "*observa que sucede si haces esto*...". Una manera más indirecta

todavía *sería "me pregunto qué sucedería si hicieras esto..."*. Y una forma aún más indirecta sería *"me quedo con las ganas de decirte que hagas esto…".*

ELOGIO

Para facilitar y promover el cumplimiento de la tarea se antepone a la misma un mensaje con felicitaciones por las cosas eficaces y beneficiosas que el paciente esté haciendo, para alcanzar el objetivo

Se puede construir/redefinir algún elemento de la queja en forma de elogio.

EXPLICACIÓN Y MOTIVACIÓN PARA REALIZAR LA TAREA

Antes de plantear al paciente la prescripción, hay que ofrecerle alguna explicación que justifique por qué se le pide lo que se le pide.

Explicación terapéutica: El profesional construye otra explicación que permita actuar de manera diferente a como lo esta haciendo, para alcanzar una solución.

Estas construcciones de la realidad presentan a los pacientes la prescripción como algo más lógico, sensato, coherente con sus principios y atractivo desde su punto de vista y generan la necesidad de hacer la tarea

Las tareas orientadas a hacer *"más de lo que ya funciona"* precisan de pocas explicaciones

Puede haber alguna dificultad cuando se les pide una prescripción de fórmula y que digan que *"es imposible que vaya a haber momentos mejores"* o que al informar de cómo fue la tarea digan que *"no ha habido ningún momento mejor".*

Esta posible dificultad se suele superar de forma sencilla con una pregunta como... *"¿en los últimos días has/habéis tenido ratos peores?"*

Las tareas orientadas a hacer *"lo contrario de lo que no funciona"* pueden precisar alguna explicación más, sobre todo cuando lo que se prescribe es el síntoma.

Las metáforas suelen ser construcciones de la realidad útiles para este tipo de explicaciones. Quede dicho de antemano y bien claro que lo de menos es la construcción que se utilice: lo interesante es conseguir que el paciente realice la tarea cuando está indicada para que pueda conseguir su objetivo. A continuación, se muestran algunas de estas metáforas -nótese que, aunque se particularizan en el ejemplo a un tipo determinado de síntoma, son también útiles para el resto-:

A un paciente con ansiedad a quien se va a prescribir un síntoma que es pedirle que se ponga más ansioso y se le puede explicar que ...” *en ocasiones, para que alguien pueda prevenir algo tiene que entrenarse" antes en ello*. *Algo parecido a lo que sucede con el funcionamiento de las vacunas: para que alguien pueda prevenir la gripe, se inyecta esa misma enfermedad, pero de una manera controlada: con la gripe atontada. Para no tener la gripe uno se inyecta el propio virus de la gripe. Bien, pues lo que te voy a indicar que hagas es algo que funciona de la misma manera… vas a dedicar un cuarto de hora, tres veces al día, a ponerte nervioso a posta"*. “*Pronto comprobarás que no resulta fácil completar los quince minutos. Pero si cuando sólo lleves cinco, ves que no logras continuar nervioso, esto no te debe alegrar y hacer cantar victoria, sino que debes insistir y esforzarte en cumplir hasta el final".*

A un paciente con depresión a quien se le prescribe que el síntoma se le puede explicar que *"... cuando uno va a la peluquería, resulta curioso, pero, para ponerle guapo lo primero que le hacen a uno es ponerle feo ¿no? Y es imposible que uno salga guapo si antes no le han puesto feo. Pues esto que te voy a mandar funciona igual... "*

La técnica de la externalización (White M, Epston D, 1993) supone una construcción de la realidad en la que el síntoma actúa como una entidad ajena a la persona que tiene *"como vida propia*" y se introduce en la persona y la invade *"cuando le da la gana*" y sin pedir permiso. Se puede dejar que el paciente le ponga un nombre o se imagine cómo es. *…*

Maximizar-minimizar:

Se le puede presentar la tarea como *"un gran esfuerzo a realizar".*

Se le puede presentar la tarea como *"un pequeño paso para mejorar"*

Ilusión de alternativas:

Se da a elegir entre *"hacer la tarea" o "hacer la tarea"*

Se generan ganas de hacer algo prohibiéndolo.

Agarrarse a un "clavo ardiendo":

Hablar de las formas estériles en que hasta ahora ha venido intentando para resolver el problema.

Tras ello se presenta la tarea como *"probar algo distinto a lo que ya se ha hecho"*

Aprovechar lo que ya está haciendo

Hablar de las cosas que hace que ya le están dando buen resultado.

A continuación, se presenta la tarea como una forma más de *"continuar en la misma línea*" exitosa y eficaz.

Bibliografía recomendada

Watzlawick, P (1980). *El lenguaje del cambio.* Barcelona: Herder.

De Shazer, S. (1999). En un origen las palabras eran magia. Barcelona: Gedisa. A

"More than miracles" (de Shazer et al., 2007).

Beyebach, M. (2006) 24 ideas para una psicoterapia breve. Barcelona: Herder.

Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). 200 tareas en terapia breve individual, familiar y de pareja. Barcelona: Herder.

Watzlawick, R & Nardone, G. (2000). Terapia breve estratégica. Barcelona: Paidós.