



## ANUARIO

### Terapia Familiar Sistémica

*Andrés Cabero Álvarez  
Perdo A. Marina González*

### Constructivismos e psicoterapia

*Javier Manjón González*

### Aplicación do modelo parte sa / parte enferma á intervención psicosocial con adolescentes

*Roberto Antón Santiago*

### Investigación de resultados en contextos clínicos: descripción de metodoloxía no Hospital de Cee

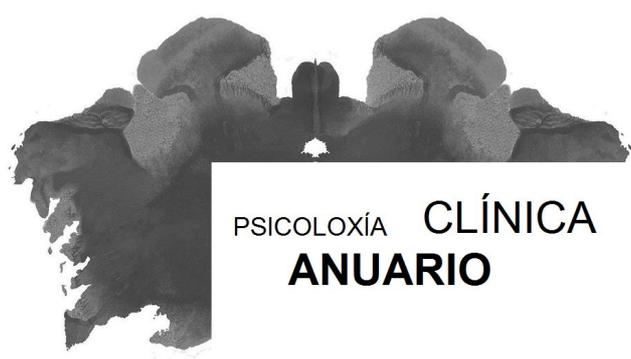
*Jorge Bajo Lema  
José Luis Rodríguez-Arias Palomo*

### A Síndrome de Alienación Parental: o sen-sentido dunha polémica

*Manuel Lopo Lago*

### Sobre a pretendida SAP e certas consecuencias

*Gonzalo Martínez Sande*



PSICOLOGÍA CLÍNICA  
**ANUARIO**

## PSICOLOXÍA CLÍNICA Nº 5 ANUARIO

### **Consello Editorial**

Xavier Sardiña Agra, *Presidente*  
Delia Guitián Rodríguez, *Vicepresidenta*  
Rosa Cerqueiro Landín, *Secretaria*  
Manuel Castro Bouzas, *Tesoureiro*  
*Vogais*  
Carlos Álvarez García  
Ignacio Dopico González  
Mercedes Fernández Cabana  
José Javier González Hermida  
Áurea Losada Quinteiros

### **Consello de Redacción**

Gonzalo Martínez Sande, *Director*  
Rosa Cerqueiro Landín  
Marisol Filgueira Bouza  
Delia Guitián Rodríguez  
Manuel Santiago Lopo Lago  
José Antonio Muñiz Torrado  
Rosa Rey Pousada  
José Luís Rodríguez-Arias Palomo  
Eduardo Varela Puga  
Roberto Varela Conde

### **Edita**

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia  
Espíñeira, 10 baixo - 15706 Santiago de Compostela  
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983  
www.copgalicia.es copgalicia@cop.es

### **Redacción e administración**

Eva Blanco Ferreira  
Mónica Figueira Rial  
Raquel Martínez Mosquera  
M<sup>a</sup> Teresa Santamónica Fernández

### **Tradución e supervisión lingüística**

María Gómez Díaz

ISSN: 1889-1187

Depósito Legal: C-2.634-2005

O Consello Editorial e o Consello de Redacción non se fan responsables das opinións vertidas nos artigos publicados. As opinións expresadas no Editorial son responsabilidade do Consello Editorial.

PSICOLOGÍA CLÍNICA



**ANUARIO**



## ANUARIO NÚMERO 5

	7
Presentación	
	9
Terapia Familiar Sistémica <i>Andrés Cabero Álvarez</i> <i>Perdo A. Marina González</i>	
	23
Constructivismos e psicoterapia <i>Javier Manjón González</i>	
	129
Aplicación do modelo parte sa / parte enferma á intervención psicosocial con adolescentes <i>Roberto Antón Santiago</i>	
	141
Investigación de resultados en contextos clínicos: descripción de metodoloxía no Hospital de Cee <i>Jorge Bajo Lema</i> <i>José Luis Rodríguez-Arias Palomo</i>	
	155
A Síndrome de Alienación Parental: o sen-sentido dunha polémica <i>Manuel Lopo Lago</i>	
	163
Sobre a pretendida SAP e certas consecuencias <i>Gonzalo Martínez Sande</i>	
	169
Versión castelán	



## PRESENTACIÓN



Outro anuario. Outro ano máis vellos.

Estrano efecto de “déja vu” hai unas semanas co anuncio enésimo de mobilizacións (e manifestación en Oviedo), esta vez en relación parece ser que a un máster de psicoloxía da saúde. Vendo na páxina do CGCOP as fotos da reunión dos anunciantes / convocantes...penso en Tom Waits e no paso do tempo.

Son os mesmos, co mesmo estilo e idéntica retórica, daquela da psicoloxía sanitaria de hai xa... tantos anos.

O mesmo ca nós máis vellos. O mesmo que todos parece que non moito máis sabios.

Pero pasemos ó importante, a comentar o contido de este número, que esperemos vos interese. Andrés Caber Alvarez, psicólogo clínico, e Pedro A. Marina González, psiquiatra, ámbolos dous do CSM de Teatinos (Oviedo) do Servizo de Saúde do Principado de Asturias, preséntannos un traballo excelente de introdución básica á terapia familiar. Visión de conxunto que tamén pode ser útil como recordatorio ou material de consulta.

Javier Manjón, psicólogo clínico asturiano, que estivo connosco na Interconsulta en A Coruña, cando estaba facendo o PIR, ofrécenos un monumental traballo sobre os construcionismos e os construtivismos na psicoterapia. No seu artigo fai una minuciosa revisión de moitos dos autores que son referencia actual das prácticas presentes en moitos ámbitos clínicos da psicoloxía no aquí e agora, propoñéndonos un amplo abano de elementos de crítica e reflexión, no conceptual, no metodolóxico e nas implicacións clínicas. É o traballo central de este número e espero que proporcione consistente

material para a reflexión e a revisión de prácticas e conceptualizacións. Da que pensar. O que, ó meu xuízo, é de agradecer nestes tempos de pensamento débil e construción “consensuada” de coñecemento no que se refire á clínica.

Roberto Antón Santiago móstranos no seu artigo os resultados obtidos polo Equipo Técnico de Fundación Meniños no desenvolvemento do Programa de Atención Familiar do Concello de Pontevedra ó longo dos últimos cinco anos. Establecendo a eficacia do enfoque parte sa / parte enferma na súa aplicación no contexto dos Servizos Sociais de atención primaria., para a intervención nos problemas de conduta en mozos.

Jorge Bajo Lema e José Luis Rodríguez-Arias analizan no seu artigo as alternativas metodolóxicas na investigación de resultados en psicoterapia, describindo o programa de investigación de resultados nun hospital comarcal.

Sobre a controvertida e mal empregada figura do síndrome de alienación parental escribe Manolo Lopo un excelente artigo.

Neste mesmo ámbito Gonzalo Martínez Sande fai una recensión do libro de Sonia Vaccaro e Consuelo Barea, “El pretendido síndrome de alienación parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia”.

Esperamos que vos resulten de interese.

De cara ó próximo anuario, contámosvos a proposta de estrutura, e solicitamos a colaboración do conxunto de membros da sección para que nos remitades ideas, artigos e suxestións.

Pretendemos que haxa un corpo ou dossier central con varios artigos sobre un tema ou tópico determinado.

Unha sección sobre casos clínicos que non debería faltar nunca nun anuario dunha sección de clínica. Eses papeis que escribistes e tedes por aí, nalgún caixón, facédenos chegar.

Outra sección estará centrada en temas profesionais.

Un último apartado estará adicado a libros, películas, música... que podan ter interese en relación ós temas que tratemos.

Insisto, necesitamos a colaboración de todos para manter esta idea de anuario e conseguir levala a cabo.

## TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA



**Andrés Cabero Álvarez**

Psicólogo clínico  
CSM Teatinos. Oviedo  
Servicio de Salud del Principado de Asturias

**Pedro A. Marina González**

Psiquiatra  
CSM Teatinos. Oviedo  
Servicio de Salud del Principado de Asturias

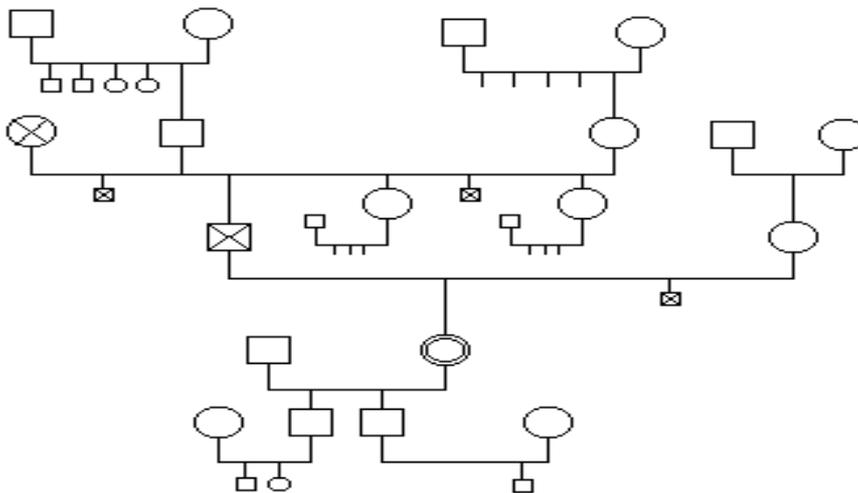
<b>CONCEPTOS ESENCIAIS</b>	
<i>Teoría xeral de sistemas</i>	<i>Teoría da realidade que a concibe como o produto dunha variedade de sistemas que operan de maneira simultánea</i>
<i>A familia como sistema</i>	<i>A familia é un sistema socio-cultural aberto cara o exterior e o interior (individuo), que está autorregulado e evoluciona no tempo en función dun fin: garantir a supervivencia dos membros e servir ás súas necesidades.</i> <i>Dinámica familiar: as familias oscilan no tempo entre estados de equilibrio e períodos de crise nos que as regras homeostáticas son quebradas. Sobre a presión da crise muda as regras. Cando estas son disfuncionais poden aparecer problemas.</i>
<i>Terapia familiar sistémica</i>	<i>Estuda o individuo no seu contexto relacional máis significativo, que acostuma ser a parella ou a familia de orixe. Outros contextos: clase social, etnia, xénero.</i> <i>Hipotetización: fórmulanse hipóteses acerca de como os problemas ou síntomas nun individuo (PI) teñen un significado, cumpren unha función no(s) sistema(s) de referencia.</i> <i>Circularidade - retroalimentación: non existe causa-efecto, as condutas enténdendense como ciclos autorreforzadores, que amplifican os problemas ou as solucións. As secuencias, pautas ou patróns relacionais son o obxecto de análise e da intervención.</i>

### 1.º- Non asustarse non é tan difícil como parece e é bastante práctico.

Os diferentes modelos de terapia familiar (estrutural, estratéxica, multixeneracional, experiencial, sistémico-cibernética, sistémico-construtivista, equipo reflexivo, comportamental, enfoque narrativo, orientado á solución e outras) ofrecen uns programas de tratamento para un variado espectro de problemas de saúde mental: na infancia e adolescencia, psicossomática, transtornos de alimentación, adiccións, fobias, obsesións compulsións, pánico, depresións, psicoses etc. O presente traballo é un intento, dentro das limitacións do formato, de orientar ao residente de psiquiatría no seu achegamento a este paradigma, rico en reflexións e en apostas prácticas para a clínica.

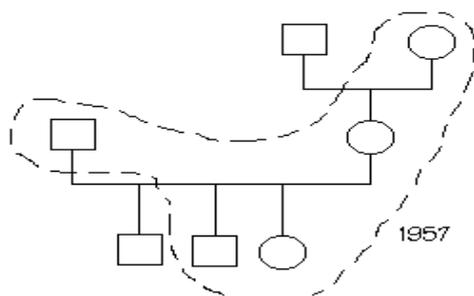
### 2.º- Comezar polo xenograma

O xenograma é o deseño dunha árbore ramificada que permite coñecer dunha forma gráfica a constelación familiar multixeneracional. Proporciona unha visión global do contexto relacional familiar da persoa que acode a unha consulta con problemas de saúde mental. O primeiro paso é o deseño gráfico da estrutura familiar: avós, pais, fillos, matrimonios, divorcios etc., habitualmente de tres xeracións. A seguinte figura é un exemplo, onde a paciente á a sinalada con duplo círculo:

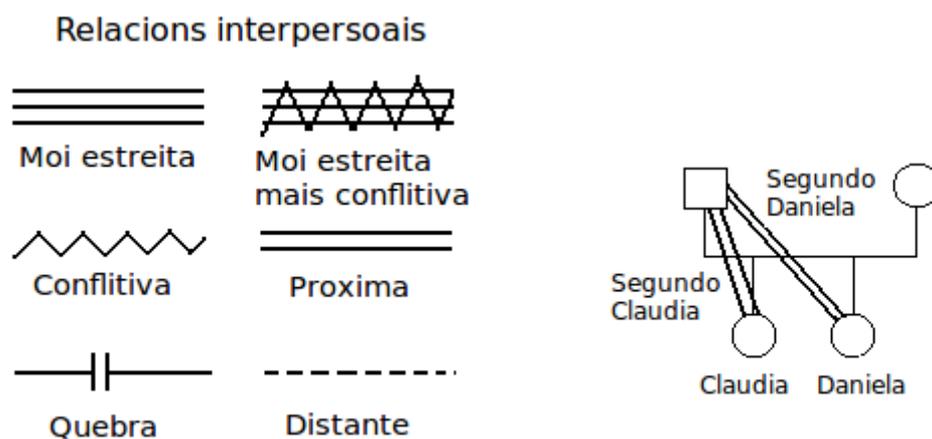


No momento seguinte compílase información sobre a familia: idades, datas de nacemento e morte, niveis educativos, información demográfica, ocupacións, estado de saúde, acontecementos familiares críticos (falecementos, nacementos, despidos etc.). Realízase unha cronoloxía dos eventos máis significativos da persoa protagonista e da familia, así como unha cronoloxía especial do período crítico (agudizacións dunha doenza, reaccións etc.). É importante delimitar os que viven baixo o mesmo teito e desde cando, así como as datas en que cada fillo

saíu da casa dos pais. A seguinte figura é un esbozo simple, o trazado sinala os que viven baixo o mesmo teito:



O último paso analiza os tipos de relacións interpersoais na familia, como se simboliza nas figuras seguintes:



### 3.º- Analiza as estruturas e procesos familiares. 📖📖

- ❖ Xerarquía. Poder e autoridade na familia. En xeral os pais teñen máis autoridade que os fillos.
- ❖ Límites. Os límites definen de forma funcional os subgrupos: subsistema fraternal, marital, avós etc. Son ríxidos, flexíbeis?
- ❖ Asignación de roles. Que funcións asumen os diversos membros da familia (o coidador, a persoa que se encarga da disciplina etc.). Ten a familia un chibo expiatorio?
- ❖ Parentalización. Nenos/as en funcións parentais.
- ❖ Alianzas. Relacións positivas entre dous membros dunha familia.
- ❖ Coalición e coalición interxeracional. Dúas persoas actúan en conivencia contra unha terceira (avo e neta enfréntanse á nai desta última).
- ❖ Aglutinación. Os límites entre os subsistemas son difusos, os seus membros son pouco autónomos e teñen unha alta reactividade emocional.
- ❖ Desligamento. Os membros destas familias están distantes emocionalmente.

- ❖ Triangulación. Dúas persoas en conflito acoden a unha terceira para diluílo.
- ❖ Patróns familiares redundantes. Secuencias ordenadas de interaccións que reflicten a dinámica familiar:

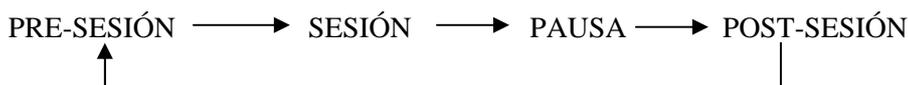
**Patróns comunicacionais:** 

- ❖ Patrón ou secuencia relacional. Concatenación de condutas dentro do cal aparece o síntoma. Por exemplo: chega tarde á casa un fillo adolescente; o pai enfréntase ao fillo por chegar tarde; a nai media entre ambos; o pai acusa a nai de branda e a nai ao pai de agresivo; o fillo, perante a falta de acordo entre os pais, continúa a chegar tarde. Outro exemplo: o terapeuta dá unha tarefa ou prescrición ao paciente ou á familia; esta non o cumpre; recibe a reprimenda do profesional que insiste na tarefa ou prescrición e a familia ou o paciente volve incumprir o prescrito, e así sucesivamente.

As secuencias seguen o seguinte esquema:



O mesmo esquema secuencial preséntase na estratexia de entrevista:



As secuencias relacionais podemos clasificalas da seguinte maneira: 

- ❖ Se son de colaboración denomínanse complementarias (Profesional: cónteme que lle pasa; Paciente: levo dous meses sen vontade de vivir).
- ❖ Se son de rivalidade ou competencia denomínanse simétricas (Profesional: Recomendolle unha temporada sen beber; Paciente: Mais se case non proba o alcol!).
- ❖ Escalada simétrica. Cada participante na secuencia enrócase na súa perspectiva ou puntuación da secuencia: “bebo porque me rexeitas”; “rexéitote porque bebes”. Son as típicas reprimendas ou discusións repetitivas.

- ❖ **Desconfirmación.** A nivel relacional, cando nos comunicamos, as persoas propomos unha definición da relación. Así esta pode ser:
  - Confirmada, “estou de acordo”
  - Rexeitada, “estás equivocado/a”
  - Desconfirmada (evítase a definición da relación): “ti non existes”
  - A confirmación/desconfirmación teñen un forte impacto na identidade e na saúde mental.

<b>NIVEIS DE DESCONFIRMACIÓN</b>	
Do eu: “Eu”	Non son eu quen realmente fala, é polas drogas Son o Rei
Do contido: “digo isto”	Non lembro telo dito O que digo é unha parvada
Ao interlocutor: “a vostede”	Na realidade estou a falar comigo mesmo. Vostede é un policía, non un psiquiatra.
Do contexto: “neste contexto”	Isto é unha prisión, non unha consulta.

**Preguntas circulares:** Unha forma interesante de explorar as secuencias relacionais é mediante preguntas circulares: 

<b>EXEMPLOS DE PREGUNTAS CIRCULARES</b>
Que cres que significa para a túa muller que chores?
Que cres que lle pasa á túa nai cando o teu pai chora?
Que fai o seu marido cando o seu fillo ten un problema de conduta?
Para quen representa un problema o que fai a súa filla? Quen é o máis preocupado? Quen o segue en preocupación?
Quen é o primeiro en darse conta de que Luís oe voces? Que fai ao darse conta? E despois que fai el ou outro membro da familia?
Que fas cando acontece (o síntoma)? Que pasa a continuación? Como reaccionan os que te rodean? Despois, que fas ti?

#### 4.<sup>a</sup>- Avaliar o momento do ciclo vital da familia.

Todas as familias atravesan un ciclo evolutivo e a cada fase correspóndenlle unhas tarefas propias e uns problemas ou retos típicos que han de resolver. Moitos problemas de saúde mental son máis habituais en certas etapas: por exemplo depresións durante o “niño vacío”, psicoses na adolescencia, psicossomática e problemas de conduta na fase de crianza etc.

CICLO VITAL FAMILIAR	
Etapas do ciclo vital	Tarefas
Parella	Establecer un compromiso, unha intimidade, negociar regras. Reorganizar as relacións coa familia extensa da parella.
Nacemento e crianza dos fillos	Crear un espazo para os fillos na familia, pasar ao trío. Ser pais ao tempo que parella. Negociar as novas relacións coas familias de orixe. Buscar o equilibrio entre o fogar e o mundo exterior. Crianza.
Adolescencia	Equilibrar o control / independencia, favorecer a individualización responsábel. O adolescente móvese dentro / fóra da familia.
Idade adulta e mediana idade	Síndrome do niño vacío / niño atestado. No subsistema parental rexorden temas aparcados. Morte dos avós.
Vellez e morte	Xubilación Afrontar a decadencia Dó por falecemento de cónxuxe, irmáns etc.

Preguntar pola historia da familia mediante unha pregunta aberta pode ser unha maneira idónea de entrar a coñecer o sistema familiar: como vos coñecestes?, cal é a historia da túa familia?, como xurdiu a idea de vir á consulta?

#### 5.<sup>o</sup>- Avaliar o estilo de colaboración e reforzar a alianza terapéutica.

ESTRATEGIAS PARA FAVORECER UNHA RELACION COLABORADORA	
▪ Eloxiar	Felicitacións, aprobacións. Eloxios: validar progresos, animar, lembrar o poder persoal que teñen sobre o seu benestar, resaltar as súas cualidades e habilidades, levantar a expectación de éxito, fomentar a confianza, facilitar a construción da relación e manter o rapport.
▪ Axuste á actitude do paciente	❖ Se é comprador (está especialmente motivado): “fai isto” (instrución directa). ❖ Se non é comprador (“está de visita”): presentación indirecta da tarefa, eloxios.

Afianzar a alianza (joining). “Joining” fai referencia a facer unha conexión mediante o establecemento dunha alianza terapéutica coa familia. Iso supón a creación dunha confianza, facer que os presentes se sintan cómodos e formar unha relación de traballo. 

### TÉCNICAS DE JOINING

- ❖ Mantén o contacto ocular cando sexa apropiado culturalmente.
- ❖ Iguala a túa respiración con aquel paciente dentro da familia co que esteas máis interesado en chegar.
- ❖ Ocasionalmente adopta a mesma posición física do membro da familia que necesite estar unido. Sentar ou xesticular como un membro da familia é unha resposta mimética que pode axudarche a conectar.
- ❖ Adopta unha postura corporal aberta que convide a contactar contigo.
- ❖ Recoñece a dor que os pacientes están a experimentar.
- ❖ Segue a “pista” do que eles estean a dicir para relacionalo con afirmacións previas.
- ❖ Utiliza a túa voz dunha forma que aumente a resposta do paciente cara a ti. Modula o teu volume e manteno igualado ao seu.
- ❖ Sé consciente da distancia física que é apropiada
- ❖ Se un neno ou adulto che ofrece un anaco de goma de mascar, un debuxo ou algún outro símbolo, acéptao.
- ❖ Xoga cos nenos da familia.
- ❖ Felicita aos pais polos nenos. Honra aos maiores da familia.
- ❖ Se tomas notas, non as utilices como unha barreira para a fluidez no diálogo.
- ❖ Dá a man a tantas persoas como poidas cando entren na habitación.
- ❖ Deixa que escollan a distribución dos asentos. Isto permite que xurda a súa forma usual de interaccionar e é respectuoso.
- ❖ Envía os nenos ou adolescentes fóra da habitación se os pais queren discutir algún tema que non lles afecta. Dedicar tamén un tempo a soas cos menores.
- ❖ Non te introduzas demasiado rápido no problema se a persoa non chegou a estar acostumada ao proceso terapéutico.
- ❖ Lembra os nomes dos membros da familia.
- ❖ Sé consciente de cando te estás a sentir incómodo.

## 6.º- Busca o intento de solución que mantén o problema.

Ás veces é o propio intento de solución o que está a manter o problema, ao se reiterar unha e outra vez a pesar da evidencia de que non funciona. Os autores do MRI apuntan unhas típicas solucións intentadas ineficaces (que se seguen a aplicar a pesar da súa probada ineficacia):

- Forzar o espontáneo. Obrigar (ou obrigarse) a desexar ou sentir algo: obrigarse a querer a alguén, a excitarse sexualmente, a durmir. A maioría dos comportamentos dirixidos desde o sistema nervioso autónomo entran nesta categoría.
- Dominar aquilo que se teme aprazándoo. Canto máis se evita ou apraza máis difícil é despois afrontalo. A maioría das fobias e medos inclúense neste intento de solución frustrado.
- Pactar con outro mediante oposición. Típica escalada simétrica; cada persoa quere convencer á outra de que ten razón. Tipicamente descualifícanse mutuamente, insúltanse e pode chegar a violencia. Pode acontecer en conflitos interxeneracionais, conflitos no traballo, malos tratos.
- Someter á outra persoa mediante “libre aceptación”: “quero que saia del... (volver á casa, que me comprenda...)”. Moitos problemas conxugais e de control de conduta dos fillos enmárcanse nesta sección, tamén múltiples problemas de control de problemas mentais graves como trastornos de personalidade ou psicoses.
- Confirmar durante a autodefensa. Este proceso interpersonal que mantén os problemas acontece cando unha ou máis persoas supoñen de antemán que o outro é culpábel, e este aporta novas probas da súa culpabilidade ao tratar de demostrar a súa inocencia. Dáse en problemas de celos, nos procesos de control e vixilancia, en suspicaces, paranoides, nas sospeitas típicas das adiccións e dos trastornos de alimentación, na hipocondría.

## 7.º- Tipoloxía de intervencións:

INTERVENCIÓNS CANDO AS SOLUCIÓNS INTENTADAS FRACASAN	
Solución intentada ineficaz	Xiro 180º
Forzar o espontáneo	Prescribir o síntoma. Redefinir o síntoma positivamente.
Dominar o temido aprazándoo	Enfrentarse e fracasar. Divulgar en vez de ocultar.
Pactar con outro mediante oposición	Manobras de submisión, de aceptación.
Someter a outra persoa mediante “libre aceptación”	Peticións directas e claras. Dar autonomía
Confirmar ao autodefenderse	Confirmar as sospeitas, interferir na comunicación.

INTERVENCIÓNS SOBRE A PAUTA / SECUENCIA	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cambiar a frecuencia / ritmo do síntoma ou a pauta que lo rodea.</li> <li>2. Cambiar a duración</li> <li>3. Cambiar o momento (día/semana/ano)</li> <li>4. Cambiar a localización</li> <li>5. Cambiar a intensidade</li> <li>6. Cambiar a orde</li> <li>7. Saltar do principio ao fin</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Interromper ou impedila en parte ou toda</li> <li>9. Engadirlle ou subtraerlle algo</li> <li>10. Fragmentar un elemento en varios pequenos</li> <li>11. Facer que o síntoma aconteza sen a súa pauta</li> <li>12. Desdobrar a pauta sen o síntoma</li> <li>13. Inverter a pauta</li> <li>14. Vincular a pauta-síntoma con outra pauta indesezábel ou case inalcanzábel</li> </ol>

INTERVENCIÓNS PARADOXAIS	
Obxectivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interromper a secuencia sintomática</li> <li>▪ Presentar unha visión alternativa</li> </ul>
Indicacións	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cando os pacientes colaboran non facendo as tarefas, ou facendo cousas que non producen cambio</li> <li>▪ Cando o paciente entende que non pode facer nada por resolver os problemas</li> <li>▪ Cando o paciente colabora facendo o contrario do que se lle di</li> <li>▪ Para introducir confusión cando o síntoma se liga a posicións ríxidas</li> <li>▪ NON se debe empregar cando non se saiba o que facer</li> <li>▪ NON se debe empregar como un castigo por non facer as tarefas</li> </ul>
Esquema típico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Connotación positiva da conduta do paciente ou familia durante a entrevista.</li> <li>2. Redefinición + connotación positiva da secuencia sintomática</li> <li>3. Prescrición da conduta sintomática</li> <li>4. Indicación dun período arbitrario durante o que vai rexer a prescrición da secuencia sintomática (por exemplo provocarse un ataque de pánico nun horario determinado)</li> </ol>
Exemplo (terapia estratéxico-constructivista Nardone para rituais obsesivos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cada vez que sinta o impulso de levar a cabo a compulsión, non ofrecer resistencia senón realizar o ritual dez veces (“exactamente dez veces, nin unha máis nin unha menos”).</li> <li>▪ Explícase cunha suxestión hipnótica (linguaxe lenta, cadenciosa, repetitiva, redundante)</li> </ul>

TAREFAS METAFÓRICAS	
Obxectivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sortear “resistenciais” racionais</li> <li>▪ Revelar ao paciente o seu patrón (de interacción)</li> <li>▪ Que o cliente sexa quen descubra a solución</li> </ul>
Indicacións	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cando os clientes racionalizan</li> <li>▪ Cando non funcionaron as tarefas directas ou paradoxais</li> </ul>
Esquema	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O terapeuta conta unha historia da que o paciente deduza algunha consecuencia para o seu problema, e encontre un método para controlalo.</li> <li>▪ Escoller un tema aparentemente neutro, dentro do cal se deslizan suxestións que teñen que ver co problema / síntoma.</li> </ul>
Exemplo (terapia estratéxico- construtivista Nardone para ataques de pánico)	<p>Ao finalizar a sesión, mentres se acompaña o paciente até a porta explícaselle esta historieta: “conta unha antiga historia que unha vez unha formiga lle preguntou a un cempés: “poderías explicarme como te apañas para camiñar tan ben con cen pés á vez? como consegues controlalos todos ao mesmo tempo?” O cempés comezou a pensar niso e xa non foi capaz de camiñar.</p>

OUTRAS INTERVENCIÓNS DE TERAPIA BREVE	
Pregunta milagre	<p>Imaxine que esta noite aconteceu un milagre e que mentres dorme, o problema que o trouxo á consulta resólvese: como o sabería? Que cambiaría? Que vería á mañá seguinte que fora diferente e que lle indicara que foi un milagre? Como o notaría a súa muller/marido etc.?</p>
Melloría pretratamento	<p>Que nota que anda mellor desde que pediu a cita? Como o conseguiu? Facelo con máis frecuencia.</p>
Traballo coas excepcións	<p>Vostede deume unha boa descrición do problema que lle preocupa, mais á fin de ter un cadro máis completo do que debo facer aquí, preciso saber o que ocorre cando non se presenta ese problema.</p> <p>Favorecer esas situacións.</p>

## 8.º- Psicoeducación

O formato psicoeducativo, descrito como unha intervención psicosocial dirixida ás familias cun membro esquizofrénico, (tamén ás familias cun membro con transtorno bipolar) recibiu unha ampla difusión nas últimas décadas. Na maior parte dos proxectos psicoeducativos poden considerarse os seguintes puntos centrais de cada modelo, para alén da información ás familias sobre a psicose, elemento común a todos eles:

ELEMENTOS CENTRAIS DOS MODELOS PSICOEDUCATIVOS	
Anderson	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adherencia ao tratamento, actitude da familia perante a doenza</li> <li>▪ rehabilitación socioprofesional</li> <li>▪ reintegración na sociedade</li> </ul>
Kuipers	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ diminuír a sobreinvolucración, a hostilidade</li> <li>▪ reducir o criticismo da familia cara o seu membro esquizofrénico</li> <li>▪ mellorar a comunicación</li> <li>▪ apoio do grupo como motor de busca de solucións</li> <li>▪ ampliación da rede social</li> </ul>
Fallon	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ comunicación verbal e non verbal</li> <li>▪ adestramento en resolución de problemas</li> </ul>
Ballús	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ comezan por un obradoiro psicoeducativo</li> <li>▪ nas sesións sucesivas, segundo as necesidades da familia, son incluídas nun obradoiro de resolución de problemas, nun grupo familiar múltiple, ou nun grupo de orientación familiar</li> </ul>
Cabrero	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ programa integral de atención á esquizofrenia (PIAE)</li> <li>▪ organiza espazos terapéuticos para o paciente: grupo de comunicación, grupo de seguimento e obradoiro de habilidades sociais.</li> <li>▪ para a familia: obradoiros sobre esquizofrenia, un grupo familiar múltiple</li> </ul>

Nos diversos programas o número de sesións psicoeducativas é limitado (1-6), e reúnense con máis frecuencia (1/semana; 1/15 días); mentres que os grupos multifamiliares de apoio acostuman prolongar máis (1-4 anos) as sesións, cunha periodicidade de 1/mes, para mitigar o impacto da cronicidade.

### RECOMENDACIÓNS CHAVE

1. Pensa secuencialmente, practica a circularidade.
2. Valora a túa participación no mantemento do patrón.
3. Mantén un canal perceptivo sempre aberto á comunicación non verbal, tanto túa como do outro.
4. Resalta os puntos fortes e os logros.
5. Inclúe a familia na avaliación e na intervención.
6. Busca unha alianza global co sistema familiar, aínda que apoies ao membro máis débil.
7. Mantente alerta á forza do débil.
8. Crea contextos de colaboración cos implicados, xa sexan persoas ou institucións. Adáptate aos seus estilos de colaboración.
9. Repasa se o intento de solución está a ser o problema.
10. Analiza e cambia os patróns relacionais disfuncionais: escaladas simétricas, desconfirmacións etc.

## **Bibliografía**

### **Referencias bibliográficas básicas de obligada lectura.**

Kuipers, E.; Leff, J. e Lam, D.: *Esquizofrenia. Guía práctica de trabajo con las familias*. Barcelona: Paidós, 2004.

McGoldrick, M. e Gerson, R.: *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa, 1987.

Minuchin, S.: *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa, 2001.

Navarro, J.: *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós, 1992.

Watzlawick, P.; Beavin, J. e Jackson, D.D.: *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder, 1991.

### **Referencias bibliográficas de ampliación.**

Anderson, C.; Reiss, D. e Hogarty, G.: *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.

Cade, B. e Hudson, W.: *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós, 1995.

Jones, E. e Asen, E.: *Terapia sistémica de pareja y depresión*. Bilbao: Desclée, 2004.

Navarro, J.: *Enfermedad y familia (manual de intervención psicosocial)*. Barcelona: Paidós, 2004.

Rodríguez-Arias, J.L. e Venero, M.: *Terapia familiar breve. Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. Madrid: CCS, 2006.



## CONSTRUTIVISMOS E PSICOTERAPIA



**Javier Manjón González**

Psicólogo Clínico.

Enderezo electrónico: xsacavera@hotmail.com

Servicio de Atención Psicosocial a la Mujer. Salud Mental.

Servicio de Salud del Principado de Asturias.

*A razón unicamente coñece o que ela mesma produce segundo o seu proxecto.*

Kant. Crítica da Razón Pura.

*[...] Yo comprendía*

*todas las cosas como se comprende*

*un fruto con la boca, una luz con los ojos.*

Gamoneda. Exentos I.

*Este traballo de investigación enmárcase na perspectiva desenrolada polo Grupo de Traballo sobre Construtivismo e Evolucionismo da Facultade de Psicoloxía da Universidade de Oviedo, formado, entre outros, polos Profesores José Carlos Sánchez González, Tomás R. Fernández Rodríguez e Ignacio Loy Madera. O seu obxectivo é ensaiar unha visión xeral da Psicoloxía desde un Construtivismo virado cara a coordinación, sen reduccionismos, de evolución, acción e historicidade. A tarefa da que este texto se ocupa é a de estender esa visión ao ámbito da Psicoterapia. Isto deume a oportunidade de pensar a miña práctica psicoterapéutica con máis riqueza e amplitude.*

*Neste cometido resultoume particularmente inspiradora a obra de François Jullien e de Giorgio Nardone. Quero agradecer os comentarios de Juan García Haro e José Carlos Loredó Narciandi, e especialmente de José Carlos Sánchez González, cuxa pegada intelectual anima estas páxinas. A Andrés Cabero Álvarez, por ser un referente no exercicio da Psicoloxía Clínica. Aos meus compañeiros de traballo –Natalia polo Word e Carlos polos espazos de diálogo–. A vida é un presente con plans de futuro. O meu agradecemento tamén a todas as persoas que me levan a contraria, porque me axudan a pensar. E ao “Minor Swing” de Django Reinhardt, por marcar o ritmo nas tardes de verán da redacción final.*

## ÍNDICE: CONSTRUTIVISMOS E PSICOTERAPIA

### Introdución

#### PARTE PRIMEIRA. CONSTRUTIVISMO

#### 1.1. Construtivismo. Ontoloxía, Epistemoloxía, Psicoloxía

- 1.1.1. *Marco Histórico*
- 1.1.2. *Definición de Principios*
- 1.1.3. *Categorías de Análise*

#### PARTE SEGUNDA. CONSTRUTIVISMOS EN PSICOTERAPIA

#### 2.1. Abrindo o Abano dos Construtivismos

#### 2.2. Os Construcionismos

- 2.2.1. O Construcionismo Social de K.J. Gergen. A negociación creadora
  - 2.2.1.1. *Reflexións á volta de Gergen*
  - 2.2.1.2. *Addenda: O modelo do Dialogical Self*
- 2.2.2. Terapia Centrada en Solucións. Onde o problema deixa de existir
  - 2.2.2.1. *Reflexións á volta da Terapia Centrada en Solucións*
- 2.2.3. Os Modelos Narrativos. A Verdade é unha historia
  - 2.2.3.1. *Reflexións á volta dos modelos narrativos segundo Fernández Liria*
- 2.2.4. White e Epston. Os medios narrativos para fins terapéuticos
  - 2.2.4.1. *Reflexións á volta do modelo narrativo de White e Epston*
- 2.2.5. Gonçalves e a súa Psicoterapia Cognitiva Narrativa. A Verdade da Narración
  - 2.2.5.1. *Reflexións á volta de Gonçalves*

#### 2.3. Os Construtivismos

- 2.3.1. A Psicoloxía dos Construtos Persoais de Kelly. O pioneiro
  - 2.3.1.1. *Reflexións á volta de Kelly*
- 2.3.2. A Psicoterapia Construtiva de Mahoney
  - 2.3.2.1. *Reflexións á volta de Mahoney*
- 2.3.3. Neimeyer. O construtivismo como perspectiva postmoderna
  - 2.3.3.1. *Reflexións á volta de Neimeyer*
- 2.3.4. Guidano. O desenvolvemento do Si Mesmo
  - 2.3.4.1. *Reflexións á volta de Guidano*
- 2.3.5. A Terapia Breve Estratéxica do MRI. A psicoterapia como xadrez
  - 2.3.5.1. *Reflexións á volta do MRI*

- 2.3.6. A Terapia Breve Estratéxica Evolucionada de Nardone. A solución explica o problema

2.3.6.1. *Reflexións á volta de Nardone*

## **2.4. Recapitulación dos modelos valorados: Onde está o construtivismo?**

- 2.4.1. Cadro da localización relativa (e tentativa) dos enfoques psicoterapéuticos na dimensión Subxectivismo-Obxectivismo

## **2.5. Construcionismo e Construtivismo. Ser ou non ser...Suxeito**

- 2.5.1. Recapitulación das posturas xerais de construtivismos e construcionismos

- 2.5.2. Aspectos críticos da distinción entre construcionismos e construtivismos

2.5.2.1 *A linguaxe como creadora de realidades ou como operación sobre operacións*

2.5.2.2 *A idea de Axente. Versión forte e débil da idea de construción*

## **2.6. Conclusións da Parte Segunda. Construtivismos en Psicoterapia**

### **PARTE TERCEIRA. PSICOTERAPIA EN CHAVE CONSTRUTIVISTA**

#### **3.1. Psicoterapia en Chave Construtivista. Do coñecemento á incitación**

#### **3.2. Respecto ao contexto sociohistórico da psicoterapia como relación igualitaria**

- 3.2.1. Reflexión e crítica construtivista

#### **3.3. Respecto ao contexto epistemolóxico e psicolóxico da psicoterapia como encontro entre suxeitos**

- 3.3.1. O médico como analoxía do psicolóxico

- 3.3.2. Investigación en psicoterapia. O Dodo e outros paxaros

- 3.3.3. O psicolóxico dos protocolos de tratamento psicolóxico

#### **3.4. Notas finais á parte terceira. Psicoterapia en Chave Construtivista**

### **A modo de Epílogo**

## INTRODUCCIÓN

*Por onde ía comezar o pensamento, senón a partir  
dalgunha fisura que despois se continúa como un filón  
cara xacementos máis secretos?*

François Jullien, Nourrir sa vie.

1.

Este é un Traballo de Investigación de Teoría da Psicoloxía. Non contén, polo tanto, datos usuais. Podería pensarse que é pouco “práctico”. Entendo, porén, que non hai nada máis práctico que unha boa teoría.

A reflexión é un proceso útil e necesario para a constitución e o desenvolvemento de calquera coñecemento disciplinar. Toda reflexión pretende o sentido de aquela anécdota sobre unha máquina enorme e complexa que ninguén conseguía reparar, a pesar dos denodados esforzos investidos. Un día chamaron a un técnico novo. Este explorou brevemente a máquina, sacou unha chave e apertou un parafuso, e a máquina volveu funcionar. Pidiu unha elevada suma polos seus servizos e os propietarios, indignados, reclamaron que especificase a factura. Nesa factura figuraba unha pequena cantidade por apertar un parafuso. O resto, até sumar a cifra pedida, por saber cal dos parafusos apertar.

2.

Este traballo ten unha finalidade exploratoria. O seu obxectivo é analizar as relacións entre construtivismo e psicoterapia. Consta de tres partes.

**Parte Primeira.** Construtivismo. Explicitarei en primeiro lugar a posición e criterios construtivistas que adopto. O referente xeral será unha idea de suxeito baseada nunha idea forte de construción do psicolóxico. Este suxeito preténdese biolóxico e epistemoloxicamente contextualizado, e é unha saída aos problemas para conxugar natureza e liberdade. Posibilita así a fundamentación e desenvolvemento da psicoloxía como disciplina.

Despois seguirán dúas direccións:

**Parte Segunda.** Construtivismos en Psicoterapia. Partindo de distintas psicoterapias construtivistas, veremos o que hai de construtivista nelas ensaiando os citados criterios de clasificación. A pretensión é obter un mapa xeral no que os distintos modelos poidan ser valorados e situados como diferentes eleccións e ensaios para o exercicio da psicoterapia. Veremos de que maneira a idea de suxeito se expresa con máis forza e sentido nuns enfoques do que noutros.

**Parte Terceira.** A Psicoterapia en Chave Construtivista. En sentido inverso, partirei dunha postura construtivista para ver o que aporta esta con respecto ao exercicio da

psicoterapia. Veremos como esa idea de suxeito e construción nos permite tomar decisións con respecto ao trato igualitario en psicoterapia, á analogía do psicolóxico co médico, aos modelos de investigación en psicoterapia e ao sentido dos protocolos e manuais de tratamento.

A pretensión é que estes dous planos conxugados contribúan a iluminarse mutuamente, ponderando mellor cara a onde apuntan e o que pode aportar cada enfoque, así como o sentido que trae o construtivismo á psicoterapia.

Non se pretende unha análise dos últimos adiantos en construtivismo ou psicoterapia, nin realizar unha xenealoxía histórica do construtivismo nin de ningunha psicoterapia. Foron primados libros de autores de referencia antes que artigos, coa pretensión de establecer un certo deseño, non exhaustivo, do panorama actual das psicoterapias construtivistas.

3.

En 1996 Alain Sokal publica na revista académica de humanidades *Social Text* un artigo peculiar. Mediante xerga pseudocientífica elabora un galimatías ao seu xuízo sen significado mais que é publicado por unha revista “seria”. Revelou despois o engano, o cal cuestionaba a validez dos estudos culturais, polo que ficou coñecido como o escándalo Sokal.

Pretendo evitar o risco dun galimatías que poida parecer coherente mais do que non se extraía significado. O plano de análise e os materiais sobre os que me aplico implican elementos conceptuais e abstractos. Non obstante, a meta é elaborar un discurso claro. Non se pretende mera erudición, nun sentido historiográfico. Búscanse conceptos que poidan orientar a práctica, tanto de uso e situación de diferentes modelos psicoterapéuticos, como de exercicio efectivo da psicoterapia.

4.

Entón... Por que non revisar sen máis os estudos sobre a eficacia terapéutica de cada modelo?

Esta é unha tarefa sen dúbida relevante, que convén realizar e sobre a que cabería preguntar se o actual movemento dos tratamentos empiricamente validados está a funcionar ou non. Sen entrar nas críticas pertinentes que se poden facer a este enfoque, quero apuntar que a valoración da eficacia terapéutica permitiría, no mellor dos casos, puntuar e comparar cada modelo, individualizándoos como instrumentos diferentes. Aportaría pouco, porén, para establecer en que se parecen e diferencian ou para decidir en que sentido orientar novos esforzos e propostas. Estas decisións tómanse, efectivamente, cada día, e implican un nivel de reflexión do cal está máis próximo este texto.

## PARTE PRIMEIRA: CONSTRUTIVISMO

### 1.1. Construtivismo. Ontoloxía, Epistemoloxía, Psicoloxía

*O mapa non é o territorio.*

A. Korzybski

*O mapa é o territorio.*

H. Von Foerster

Co fin de facilitar a análise posterior, vou agora explicitar o meu punto de partida. Farei unha breve exposición da miña posición construtivista. A continuación proporei as categorías pertinentes para a conceptualización dos construtivismos. Seguen despois conceptos expostos por Fernández e Sánchez (1990); Fernández, Sánchez e Loy (1995); Sánchez (2009a); Sánchez (2009b) e Sánchez e Loredo (2007).

#### 1.1.1. Marco Histórico

Para situar o construtivismo na psicoloxía convén valorar algúns fitos fundamentais.

O primeiro é a revolución copernicana da filosofía introducida por **Kant**. Á maneira en que Copérnico propuxo explicar os movementos celestes partindo da idea de que é a Terra a que xira arredor do sol, e non á inversa, Kant propón explicar o coñecemento partindo de que son os obxectos da experiencia os que se rexen polas regras do entendemento, e non á inversa. “Se, porén, todo o coñecemento se inicia *coa* experiencia, iso non proba que todo el deriva *da* experiencia” (Kant, 2006, p. 111), xa que “non podemos representar nada como enlazado no obxecto sen telo enlazado previamente nós mesmos, e de todas as representacións é o enlace a única que non é dada por medio de obxectos, senón que só pode ser executada polo suxeito mesmo, por ser un acto da súa actividade propia.” (p. 175).

Polo tanto “toda síntese, mediante a cal incluso a percepción se fai posíbel, está baixo as categorías” (p. 192). É a síntese que o suxeito realiza a través da súa sensibilidade e entendemento a que dá forma á materia das sensacións, e a torna intelixíbel. Esa actividade sintética é a que permite que o coñecemento constrúa obxectos.

**Darwin**, coa súa teoría da evolución, por un lado sitúa a especie humana no reino animal, e por outro lado preséntaa como froito dunha filoxenia. Antes de Darwin, as cualidades do funcionamento psicolóxico só podían ser entendidas en termos da psicoloxía das facultades. Cabía entón describir a capacidade de percibir, de sentir ou de razoar. Despois de Darwin é

posíbel comezar a entender as facultades e capacidades psicolóxicas en termos do seu proceso de xénese e construción. Este proceso de xénese ten unha dupla dimensión. Por un lado a filoxenia, e de que maneira na historia evolutiva da especie se configuran as súas cualidades psicolóxicas. Por outro lado a ontoxenia, e de que maneira a historia evolutiva do individuo é un proceso de desenvolvemento, e construción, a partir da herdanza filoxenética, das categorías e dimensións psicolóxicas.

É entón posíbel o concepto de reacción circular de **Baldwin**. Isto supón unha lóxica organizada de sondaxes, que a través de procesos de asimilación e acomodación vai xerando as dimensións do coñecer. É o núcleo da concepción xenética do desenvolvemento de **Piaget**, que establece a xénese das categorías do coñecemento. Cobra sentido tamén, entón, a obra de **Vigotski** como estudo do proceso de creación histórica e social das categorías e modos de operar dos individuos.

Os posicionamentos e interpretacións construtivistas en psicoloxía estarían de algunha maneira a recoller aquela herdanza kantiana e darwiniana. A tarefa é, entón, a de estudar o proceso de xénese e construción das categorías e modos de acción dun suxeito que é coñecedor e activo.

### *1.1.2. Definición de Principios*

Coñecemos aquilo co que interaccionamos. O proceso de organización das interaccións é o proceso de constitución dos obxectos. Non hai unha realidade pura que poida ser contemplada como algo alleo ás nosas operacións.

Esta interacción pode darse a distintos niveis que, grazas ao noso coñecemento actual, podemos chamar niveis inorgánicos, fisiolóxicos, psicolóxicos, sociais. Que algo interaccione dalgunha maneira con nós é a condición mínima para que poidamos dicir que existe, e o que existe son os obxectos que organizamos a través da nosa interacción. Esa interacción non ten por que ser consciente ou cognitiva, basta con que sexa material, con que dalgunha maneira produza cambios materiais en nós. A partir de aí existe a posibilidade de que sexa percibido, porque se crea diferenzas pode ser detectado.

Non existe a posibilidade de coñecer nada máis aló das cualidades da interacción. O coñecemento non é algo exclusivamente lingüístico, é a posibilidade de percibir e actuar perante unha diferenza na nosa interacción, e dáse en toda a escala dos seres vivos. O requisito do coñecemento é a memoria, que o pasado deixe algunha marca que condicione o presente.

A nosa capacidade e maneiras de coñecer fóronse configurando filoxeneticamente, incorporando novas estruturas e modos, e configúrase ontoxeneticamente, coa variación e desenvolvemento das nosas estruturas e modos de acción. O noso estado actual condiciona os graos de liberdade que son posíbeis para a nosa acción, e o exercicio dalgún deses graos de liberdade fai variar o noso estado actual.

O coñecemento consiste nos distintos modos de acción que pomos en marcha e significados que exercemos nos nosos actos. A medida que a nosa acción xa non parte de cero senón que vai incorporando cualidades da interacción pasada para o novo exercicio desta, vamos desenvolvendo as nosas maneiras de operar e construindo obxectos.

Isto conduce á idea da elaboración sociohistórica de valores e verdades, de raíz vigotskiana, que remite á maneira que ten o suxeito de crear, non só individualmente senón tamén de modo social, as categorías. Esta elaboración crea o contexto no que o suxeito desenvolve espazos de vida e convivencia familiar, de grupo, profesional e sociopolítica. Sen ser a verdade, son verdades e valores plurais e históricos. Sen ser a única realidade posíbel, non é posíbel calquera realidade por canto proveñen dunha tradición e teñen un sentido que é posto a proba colectivamente. Hai problemas psicolóxicos que están ligados a condicións sociohistóricas que xeran posibilidade de conflito e sufrimento, ou de convivencia e crecemento. Hai proxectos de sentido que fan aceptábel o sufrimento, e ausencia de sentido que fai intolerábel o sufrimento ou inexistente a satisfacción. Eses marcos de prexuízos e “sentido común”, de valores e verdades sociohistóricas xéranse ao tempo pola acción dos suxeitos, e son a condición para o exercicio desa acción dos suxeitos.

Polo que respecta ás categorías para conceptualizar a acción psicolóxica, seguindo aquí a Feixas (2003), toda distinción que facemos a través de categorías como cognición, emoción, ou conduta remite a aspectos do proceso de coñecer e dar significado á experiencia. O coñecemento enfocouse tradicionalmente como especialmente ligado ao que poderíamos chamar categorías e conceptos cognitivos. Porén, ao ligarse á actividade dos seres vivos, non se reduce unicamente a categorías cognitivas senón que remite aos distintos modos de acción do organismo, que poden ser valorados en diversas facetas.

Nun sentido construtivista é especialmente relevante o concepto de función, como aquela dimensión de uso que constrúe a adaptación e o coñecemento. É a acción a que, na medida en que está organizada, exerce o significado e o vai variando no seu exercicio sucesivo. Unha concepción da función como unidade de acción a escala psicolóxica dáse na concepción de Baldwin da reacción circular, posteriormente utilizada por Piaget.

Esta sección comeza coa coñecida cita de Korzybski de que *o mapa non é o territorio*, que entendo que se refire a que o noso coñecemento e sistema nervioso condicionan a maneira de experimentarmos o mundo. A seguinte cita, de Von Foerster, responde á anterior afirmando que *o mapa é o territorio*, porque é o único que temos, xa que non existe a posibilidade de acceder a ningún territorio (Bröcker 2004).

Esta cuestión remite directamente aos **problemas da representación como teoría do coñecemento**. Se o coñecemento representa o mundo, o mellor coñecemento será o que faga unha representación máis fiel da realidade orixinal. Mais iso só podería valoralo un observador que tivese acceso ao mesmo tempo tanto á realidade como á representación desta, de maneira

que puidese comparar e xulgar. Este é o problema da imposibilidade do duplo acceso como apoio ao concepto representacional da verdade obxectiva. Chegados a este límite, cabe pensar que os criterios de validez dunha verdade deben estar nun lugar diferente a este.

Considerando as citas antes mencionadas, a miña postura sitúase entre ambas. A súa formulación nos termos de mapa e territorio podería ser que distintos mapas nos permitirán distintos recorridos. Non podemos acceder ao territorio, ao supostamente real. Só podemos funcionar a través de mapas. Son posibles mapas diferentes na medida en que é posible a exploración e a novidade. Mais non é posible calquera mapa, porque as nosas operacións enfréntanse a límites que non son arbitrarios. Non podemos facer calquera cousa. Cada mapa, pola súa parte, proporciona distintas posibilidades, o cal permite nalgunha medida comparar ou escoller entre eles.

En toda interacción hai dous límites de referencia, un é o da determinación polo medio, e o outro o do exercicio da vontade. Tanto inflúe o medio como a conciencia; a linguaxe e a experiencia permiten configurar novidade e modos idiosincrásicos de acción. Por iso, a aproximación á maneira que ten o suxeito de construír permite aproximarse aos graos de liberdade existentes. A terapia construtivista fai énfase, como veremos, no paciente como experto, no sentido en que é o seu patrón o que determina os graos de liberdade posibles aos que o terapeuta debe axustarse para favorecer, ampliar ou variar.

A nosa actividade ao operar sobre as cousas e relacionarnos con outros suxeitos implica procesos de axuste, negociación e adecuación. Na medida en que esa adecuación sexa mellor ou peor, podemos valorar os nosos cursos de acción.

Isto apunta a unha crítica á concepción relativista postmoderna segundo a cal as realidades, verdades, culturas ou individuos son incomparábeis, comunicábeis ou inconmensurábeis. As diferenzas poden, por definición, ser percibidas, sen que iso implique que facelo sexa sempre fácil ou útil.

Porei un exemplo clásico relativo á comparabilidade das culturas. O grao en que a ciencia e a tecnoloxía de tradición occidental permite organizar as accións e prever as consecuencias dos actos, xera unha potencia operatoria que está moi por enriba de calquera desenvolvemento previo no que se refire á modificación do medio. Non quere dicirse con isto que esa potencia operatoria sexa o único aspecto a ter en conta nin que unha cultura poida ser considerada globalmente superior a outra, mais si que unha vez definido o ámbito ao que nos referimos é desexábel valorar distintos criterios de eficacia para conseguir fins. Así diríamos que non todos os coñecementos nin modos de acción son igualmente válidos, aínda que cada un teña o seu sentido.

### 1.1.3. Categorías de Análise

Para a análise dos autores que veremos posteriormente terei como referencia específica estas categorías de análise. O uso dos termos seguintes será moi frecuente ao longo do texto. Os conceptos aos que corresponden expóñense a continuación.

*Función.* A función, como xénese, é o ciclo de cálculos e axustes mediante o que se consegue o logro. Supón unha transformación efectiva, un acto material. Supón tamén unha síntese e creación por canto fai algo que non estaba dado previamente, introducindo novidade. O seu exercicio, como proceso de cambio que parte dos cálculos e axustes previos, xera organización.

A idea construtivista de función como xénese construtiva oscila entre dous límites nun **eixo obxectivismo-subxectivismo**. Por un lado as posicións obxectivistas, que explican a función como derivada de realidades dadas, xa sexan estas os xenes, o cerebro, o ambiente, a linguaxe ou a cultura, independentes de toda xénese construtiva. Por outro lado as posicións subxectivistas, que enfocarían a función en termos igualmente a-xenéticos mais neste caso referidos a unha vontade interior, irracional, individual.

Cabe apuntar como no platonismo aniña tanto a semente do obxectivismo como a do subxectivismo. O mundo das ideas e a alma racional son a fonte de coñecemento verdadeiro. Esta posición do racionalismo platónico, onde o coñecemento se adquire a través do acceso á verdade, á realidade “obxectiva”, é unha forma de obxectivismo. A alma irracional platónica, fonte dos erros individuais desde os que se conceptualiza o psicolóxico, supón unha postura de irracionalismo que é unha forma de subxectivismo. Este eixo obxectivismo-subxectivismo, e as súas contradicións, percorre entón desde as súas orixes a historia da nosa tradición de pensamento occidental. Podemos clasificar distintos enfoques a partir do peso que dean a un ou outro polo da dimensión, en ausencia dunha concepción xenética e construtiva da verdade e a capacidade de axencia, da constitución operatoria dos obxectos e o desenvolvemento do suxeito a través da acción.

*Natureza e liberdade.* A dualidade kantiana **natureza/liberdade** remite por un lado á natureza e o que esta fai con nós, e por outro lado remite á liberdade e o que nós facemos coa natureza. Xorde entón unha oposición **positivismo-pragmatismo**. Esta oposición cabe contextualizala dentro do eixe máis xeral de obxectivismo-subxectivismo. O positivismo desenvolve a concepción determinista da natureza, onde a función e a acción se explican como efecto de causas derivadas dalgunha realidade dada. É polo tanto un caso particular de obxectivismo. O pragmatismo, pola súa parte, desenvolve o primado da liberdade, cunha vontade que queda indeterminada fóra do esquema causal. A verdade e a vontade remiten ao útil mais conceptualizado segundo un criterio persoal e particular, irracionalista, puramente individual. É, polo tanto, un caso particular de subxectivismo.

Mais nin vontade nin realidade son primarias. A constitución do suxeito realízase a

través da acción e dos límites que esta vai encontrando. A organización que resulta neste proceso é a que ao mesmo tempo posibilita e limita a liberdade. Sen esta concepción, o pragmatismo como vontade libre non se libera da tentación dun positivismo que reintroduza os límites e a orde desde “fóra”. E o positivismo como determinación desde a natureza non se libera da tentación dun pragmatismo que rescate a liberdade. Positivismo e pragmatismo establecen polo tanto unha tensión dialéctica.

*Realidade e verdade.* O exercicio da función, as nosas operacións, é o que nos permite construír a realidade. Mais a construción da realidade non é relativista. É subxectiva na medida en que cada un a exerce, e intersubxectiva na medida en que as nosas accións se relacionan cas dos outros. Mais non é relativista porque non é posíbel calquera construción xa que as nosas operacións se enfrentan a límites, e non todo é posíbel. Neste sentido cabería utilizar o termo 'subxectual' fronte a un uso habitual de 'subxectivo', referido a unha posición relativista e irracionalista.

Aquí configúranse dous polos de tensión no par **realismo-relativismo**. Un polo realista, que tende a defender a existencia do real con independencia de nós e polo tanto a idea de coñecemento válido como representación verdadeira desa realidade. Por contraste, un polo relativista no que se dilúe a noción de verdade en pro do escepticismo, perante a imposibilidade de alcanzar a verdade.

As verdades que os suxeitos alcanzan non caben nin na verdade única da representación perfecta nin no relativismo. Esta idea aplícase tamén á ciencia, que é un modo de coñecemento refinado para alambicar, replicar e organizar as interaccións de acordo con principios sistemáticos que nos permitan extraer a maior validez e coñecemento das cualidades da mencionada interacción. A diversidade de prácticas e concepcións posíbeis fai que a ciencia non sexa única, senón plural. Mais unha concepción relativista, segundo a cal calquera coñecemento poida ser igualmente válido non é compatíbel coa idea de ciencia como coñecemento con pretensión de rigor. O noso coñecemento non pode ser xa definido como verdadeiro segundo un criterio de representación máis veraz do real. Mais si que cabe pedir un criterio de consistencia das nosas operacións, e de validez polo tanto non simplemente individual e relativista.

*Suxeito.* O uso en diante do termo 'suxeito' remite a estes conceptos. Non é sinónimo de individuo ou persoa, senón que se trata dunha maneira de entender os individuos. Implica a existencia de dimensións subxectuais, xenéricas, na forma de operar dos individuos. As dimensións subxectuais refírense ás operacións do suxeito capaces de construír verdade e universalidade por medio da súa acción. Non exclúe a idea de pluralidade dos coñecementos, o que mantén é que os coñecementos teñen tamén diferentes graos de validez, non puramente individuais. Son estas dimensións xenéricas e compartidas as que permiten falar de suxeito.

Xunto con estas dimensións subxectuais haberá necesariamente outras que chamaremos individuais, persoais ou particulares en tanto que non xenéricas nin compartidas por distintos

individuos senón específicas dun só.

*A énfase acrítica no subxectivo entendida como persoal e peculiar conduce ao subxectivismo como noción de individualidade que elabora interpretacións particulares ligadas á satisfacción persoal.* No subxectivismo o coñecemento é plural, mais o único criterio de diferenzas dentro desa pluralidade está na utilidade e o sentido particular que revista cada verdade para un individuo concreto. Remite entón a diversas concepcións do psicolóxico como individual, particular e irracional. **Para evitar a interpretación subxectivista coa que ás veces se caracteriza o uso do termo 'subxectivo', preferirei o uso do termo 'subxectual' para referirme ás dimensións xenéricas do suxeito.**

A idea de suxeito implica unha idea xenética, construtiva e operatoria dos seus modos de acción e coñecemento, das súas dimensións subxectuais e particulares, que cobra sentido a través da súa filoxenia e ontoxenia. As características xenéricas, subxectuais, dos modos de acción e coñecemento, que antes de Darwin eran vistas en termos da psicoloxía das facultades, pasan agora a ser estudadas en termos da súa xénese, construción e graos de liberdade e variación. Por clarificar mediante exemplos, unha referencia de condición subxectual, con dimensións de construción na ontoxenia e raíces na filoxenia, estaría na concepción piagetiana do desenvolvemento, ou no modelo do apego de Bowlby.

Esta idea de suxeito non pode dicirse, polo tanto, de concepcións mecanicistas do individuo, como poderían ser a de algunha psicoloxía cognitiva ou a dos condutismos que defendan un determinismo do individuo polo ambiente. Tampouco de concepcións máis vitalistas, como poida ser unha visión relixiosa que remita o principio de actividade psicolóxica á alma. Cando se usa a idea de suxeito nestes ámbitos está a exercerse en todo caso unha visión crítica, reformuladora. Non equivale, entón, a individuo, senón que é un modo particular de conceptualizalo. Apuntei que a idea de suxeito implica a existencia de dimensións subxectuais, xenéricas, e tamén de dimensións individuais e particulares. Aquelas conceptualizacións do individuo en termos puramente persoais e individuais, sen dimensións subxectuais, remiten ao que denominamos subxectivismos.

Realizarei unha análise de diferentes construtivismos en psicoterapia. Para iso utilizarei os criterios que acabo de expor. Con isto pretendo ir máis aló da simple etiqueta de construtivismo, baseada moitas veces na mención acrítica ao concepto de construción. Valorarei para cada enfoque a idea de construción que se utiliza, canto de construtivista lle corresponde de acordo coas categorías enunciadas e a relación que garda cada modelo coa idea de suxeito.

## PARTE SEGUNDA: CONSTRUTIVISMOS EN PSICOTERAPIA

### 2.1. Abrindo o Abano dos Construtivismos

A idea de definir o que é o construtivismo en psicoterapia resulta complexa de levar á práctica. Baixo a etiqueta de construtivismo conviven formulacións moi diversas. Ademais, os principios unificadores do que se entende por psicoterapia construtivista son por veces tan laxos que permiten abarcar case todo.

Teño o propósito de apuntar e explorar algunhas formulacións, autores e modelos relevantes. Para iso comezarei cunha revisión de materiais xerais que marquen puntos de interese para despois pasar a explorar certos autores con máis profundidade.

De acordo cunha das principais figuras europeas da terapia familiar, Mony Elkaim (1996), a partir dos 80, e en particular da obra de Watzlawick *A Realidade Inventada* o construtivismo expándese na terapia de familia, tomando como referencia os traballos de Von Glaserfeld, Von Foerster, Maturana e Varela. A finais dos 80 entra en liza o construcionismo social, con K.J. Gergen como unha das figuras notábeis, e aparece a figura da narración ou as solucións como substituta da metáfora cibernético/sistémica.

Feixas (2003), coñecido divulgador do construtivismo no ámbito español, caracteriza uns principios construtivistas da cognición a partir dos que hai unhas terapias cognitivas construtivistas que serían as de Kelly, Guidano, Mahoney e Gonçalves. Estes principios serían:

- A actividade básica dos seres vivos é coñecer, dar significado á experiencia, e non cabe diferenciar uns procesos chamándoos cognitivos e separándoos da emoción ou a conduta, como se fosen partes diferentes da nosa actividade. Un pensamento non causa unha emoción, senón que vivir unha emoción é unha forma de dar significado á experiencia.

- Os organismos son activos, proactivos fronte a reactivos. Ao non poder dar un significado definitivamente válido á experiencia van configurando na súa forma de construír patróns progresivamente coherentes que teñen que ver cun certo sentido da identidade, a posibilidade de sentirse “eu”.

- As construcións que sustenta o paciente ou cliente, aínda que poidan parecer inadecuadas desde o punto de vista do observador externo, teñen algún sentido para ese paciente ou cliente, sexa este expresábel directamente ou non. Os síntomas e a resistencia son tamén parte do proceso de dar significado á experiencia.

- O terapeuta non é un mestre que corrixe desvíos e promove e adestra unha visión realista máis correcta. É un experto no proceso terapéutico e nos principios xerais do funcionamento humano que facilita o desenvolvemento do sistema cognitivo do cliente, partindo da súa visión e xerando alternativas. O cliente é o experto no seu propio mundo, e trátase entón dun encontro entre dous expertos.

- O cambio require saber o que se debe cambiar e o que se debe preservar para manter o

sentido da propia identidade.

Mahoney e Granvold (2005) apuntan ademais que o construtivismo resalta a importancia dos procesos socio-simbólicos para a auto-organización e creación de significado dado que vivimos en relación con outros e iso está mediado por sistemas lingüísticos e simbólicos.

Neste punto certo construtivismo confluíría con certo cognitivismo na importancia dada á narración. De acordo con Gonçalves (2002), houbo dúas revolucións cognitivas:

-1.<sup>a</sup> *Revolución Cognitiva*. Busca a formalización lóxico-matemática. Aquí para o autor caben tanto Piaget como o procesamento da información e a metáfora do computador.

-2.<sup>a</sup> *Revolución Cognitiva*. Metáfora da narración perante as insuficiencias do modelo anterior para referirse aos significados da propia vida. Linguaxe como fundador da experiencia, non como elemento de simbolización abstracta senón establecendo unha matriz narrativa. Esta narrativa non é un acto mental, senón unha produción discursiva interpersonal, relacional máis que individual.

Neimeyer (2004), un dos autores e divulgadores máis coñecidos do ámbito, sinala o construtivismo en psicoterapia como opción que se retrotrae a Vico, Kant e Vaihinger. Rexeita o obxectivismo como opción moderna que busca ciencia empírica verdadeira que reflecta o mundo real. Entón o construtivismo partiría da realidade como nouménica coa idea de formular teorías viábeis que nos permitan negociar o noso mundo, que terán idoneidade pola súa capacidade para anticipar significativamente os acontecementos. O que implica unha dupla postura:

- Con respecto á natureza do coñecemento
- Con respecto ás actividades de coñecemento dos suxeitos e comunidades.

Este autor define a psicoterapia como intercambio e negociación de significados interpersonais. Trátase de unirse aos clientes para crear un mapa refinado das construcións nas que están emocionalmente inmersos e que definen os seus cursos de acción viábeis para estendelas ou suplilas e ampliar as súas posibilidades.

O construtivismo é para el unha opción postmoderna, que pon a énfase na multiplicidade de significados, nas bases retóricas das ciencias humanas, na construción social do coñecemento e nos métodos de investigación interpretativos e reflexivos.

Dada a imposibilidade de establecer “a verdade” unha opción é asumir a imposibilidade de decidir entre as verdades dispoñíbeis e asumir tamén que todas poden ser igualmente válidas. Nestas coordenadas móvese o Construcionismo Social de Gergen. As posicións do Construcionismo Social implican un cuestionamento da importancia do suxeito na elaboración

de significados, que son creados na relación, e obrigan a depender especialmente da cultura e a linguaxe.

De acordo con Neimeyer (Neimeyer e Mahoney, 1998, cap. 2) hai catro metáforas básicas para a terapia, que aparecen de forma explícita ou implícita nos escritos construtivistas:

*-A terapia como ciencia persoal.* A persoa como científico que formula, proba e mellora as súas hipóteses. Característica de Kelly, primeiro enfoque construtivista en psicoterapia. Posteriormente adoptada por outros como Guidano, Mahoney e, en xeral, diversos terapeutas cognitivos de tendencias racionalistas ou obxectivistas como Beck, Ellis ou Meichembaum. A terapia acostuma buscar a revisión progresiva do “paradigma persoal” do cliente e o afrontamento empático da resistencia ao cambio. Esta metáfora fai pasar por construtivistas autores e enfoques tradicionalmente considerados cognitivos.

*-A terapia como desenvolvemento do 'si mesmo'.* Céntrase nas regras persoais de vida ou os esquemas desadaptativos precoces cargados emocionalmente que xerarían transtornos psicolóxicos. Isto implica maior atención ás relacións de apego e ás fases evolutivas iniciais. Busca, en xeral, cuestionamentos profundos do 'si mesmo' mais baseados nun descubrimento coidadoso e guiado máis do que nunha postura confrontadora e directa. Tamén propón acceder e reexperimentar emocións como paso previo á súa reconstrución terapéutica. Autores nesta liña son Guidano, Greenberg e Pascual-Leone.

*-A terapia como reconstrución narrativa.* Busca reelaborar e reescribir historias vitais que se tornaron limitadoras ou incoherentes. Non se busca corrixir senón articular os argumentos de vida e axudar a experimentar con argumentos novos que abran posibilidades. Autores nesta liña son White e Epston.

*-A terapia como elaboración conversacional.* Modelos esencialmente familiares sistémicos e próximos aos narrativos. O significado xorde no acto comunicador máis que nos individuos e o terapeuta debe cuestionar os acordos, discursos e negociacións que solidifican relacións disfuncionais, co-fabricando novas historias coa familia. Nesta liña estaría Anderson e Goolishian, que buscan a disolución do problema a través da linguaxe, e a Escola de Milán con Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata.

Noutro lugar, Neimeyer (2004) engade consideracións sobre outros autores e tradicións:

*-A psicanálise* tamén se ve influenciada, aumentando a noción das lembranzas emocionalmente significativas, como narrativas a elaborar máis que como verdades históricas. Exemplos serían a figura de Donald Spence e tamén en Bruce Ecker e

Laurel Hulley, cunha maior énfase na exploración experiencial que na interpretación.

-Na tradición da *psicoterapia humanístico-existencial* destaca a énfase na elección, a axencia e o estudo fenomenolóxico da experiencia. Conflúe co construtivismo no Dialogical Self de Hubert Hermans e o enfoque dialéctico de Leslie Greenberg.

### **Tras esta exploración deséñanse unha serie de nocións e autores relevantes.**

As nocións son, entre outras, o rexeitamento á idea dunha realidade única e ao criterio de verdade por correspondencia, a existencia entón dunha multiplicidade de significados e interpretacións, a importancia dos significados e narracións persoais, a importancia da linguaxe e o acordo, e o coñecemento como produto da actividade lingüística dunha comunidade de observadores.

Estas nocións vense acentuadas nun sentido ou outro de maneira moi diversa e con distintos graos de coherencia. O que si parece caracterizar todas as formulacións construtivistas en psicoterapia é asumir unha idea xenérica de suxeito como coñecedor activo.

A partir de aquí percorrерemos unha serie de autores co fin de obter un panorama diverso do construtivismo en psicoterapia. Non se pretende, como xa se indicou, unha revisión exhaustiva. Asímesa, máis ben, unha posta en práctica dos criterios de análise antes descritos explorando unha parte da variedade heteroxénea do panorama construtivista.

En cuanto ás ausencias, é preciso apuntar que non aparece ningún dos enfoques que Neimeyer denomina de elaboración conversacional nos parágrafos previos. A respecto desta ausencia cómpre dicir que a terapia de Anderson e Goolishian é citada frecuentemente por Gergen (2006) como incluída nos enfoques construcionistas, que si abordaremos. En canto á idea de terapia como elaboración conversacional, tratareina tamén en relación ao construcionismo e ás notas construtivistas coas que caracterizarei a linguaxe. Outra carencia que empobrece este traballo é o feito de non incluír ningún enfoque psicanalítico. Sería, da mesma maneira, desexábel explorar máis formulacións da terapia como desenvolvemento do 'si mesmo', onde se cadra Greenberg, e o destacado tratamento que dá ás emocións, sería unha baza a considerar.

A respecto das presenzas cabe apuntar que todos os autores que estudarei poderían, nun sentido laxo, ser probabelmente englobados baixo algunha etiqueta usual de construtivismo. Establecerei porén unha primeira distinción, a de construcionismos vs. construtivismos.

A revisión do construcionismo comezará polo Construcionismo Social de K.J. Gergen. Esta corrente confúndese ás veces co construtivismo, e paréceme pertinente diferenciarlas e mostrar ademais o Construcionismo Social como punto no que, dun modo peculiar, se acentúa o polo subxectivista e relativista.

Na obra revisada de Gergen (2006) méncionanse explicitamente dous enfoques psicoterapéuticos como lexitimamente construcionistas, a Terapia Centrada en Solucións e a Terapia Narrativa de White e Epston. Valorarei ambos enfoques. O primeiro deles posiciónase dunha maneira sorprendente para os presupostos psicoterapéuticos tradicionais, afirmando que non é preciso coñecer un problema para solucionalo. O segundo permitíranos entrar nos enfoques narrativos, que defenden unha idea característica do que son os problemas e as solucións en chave das historias que narramos.

Despois veremos a psicoterapia cognitiva narrativa de Gonçalves, como estratexia que desenvolve a idea de narrativa a través dunha saída peculiar que o coloca fóra do construcionismo.

Entrando xa nos autores construtivistas veremos a Kelly, que desenvolve un modelo sempre citado como pioneiro e presente en calquera revisión da materia. A súa esencia é a analogía entre a persoa e o científico.

Valorarei despois dous referentes do construtivismo en psicoterapia entendido no seu sentido máis xenérico. Trátase de Neimeyer e Mahoney, que desenvolveron unha ampla obra e son compiladores do libro “Construtivismo en Psicoterapia”.

Entraremos tamén na obra de Guidano, co fin de expor un representante do que anteriormente recolleamos como terapias do desenvolvemento do 'si mesmo'.

Watzlawick parécenos unha figura singularmente importante pola amplitude da súa obra e o seu contacto tanto coa epistemoloxía como coa psicoterapia. Mais pola súa complexidade, e para centrarnos no ámbito psicoterapéutico, non entraremos directamente a analizar este autor. O que faremos será valorar as propostas da psicoterapia estratéxica, en concreto de aquelas variantes coas que el mantivo un contacto máis estreito. Referímonos en primeiro lugar á Terapia Breve Estratéxica do MRI, da que é quizá o representante máis coñecido. En segundo lugar ocuparémonos da vía de desenvolvemento da Terapia Breve Estratéxica de Giorgio Nardone, co que mantivo un estreito contacto e realizou diversas publicacións. Estes autores defínense a si mesmos como construtivistas, aínda que quedan fóra da corrente do construtivismo en psicoterapia representada por autores como Mahoney e Neimeyer.

Os enfoques considerados son valorados individualmente segundo as súas características construtivistas conforme os criterios expostos na primeira parte.

Xa mencionei que usarei, ademais, algunhas categorías para agrupar os autores. Unha, de especial interese para o que nos ocupa, é a división entre construcionismos e construtivismos. Outra, as psicoterapias narrativas, englobareina, en principio, dentro dos construcionismos aínda que coas matizacións que veremos con respecto a Gonçalves.

Non foron consideradas outras posíbeis clasificacións. Unha alude ás psicoterapias estratéxicas, de cuño sistémico interaccional, onde cabe incluír non só a Terapia Breve Estratéxica do MRI e a Terapia Breve Estratéxica de Nardone senón tamén a Terapia Centrada

en Solucións. Nelas pesa a referencia á psicoterapia de Milton H. Erickson.

Outra posíbel clasificación que se evitou é a que remite a psicoterapias denominadas sistémicas, dentro das que cabería incluír tanto as tres terapias estratéxicas mencionadas como a Terapia Narrativa de White e Epston, fronte a orientacións de autores que aínda non sendo cognitivos, si estarían máis ligados (por orixe ou referencias) á tradición cognitiva, como é o caso de polo menos Gonçalves, Mahoney e Guidano.

Consideraremos polo tanto dez enfoques. Moi poucos para a enorme variedade dos construtivismos, mais entendo que suficientes para realizar un certo deseño do panorama na psicoterapia construtivista actual.

## 2.2. OS CONSTRUCIONISMOS

Vamos valorar en primeiro lugar o Construcionismo Social de Gergen. Escollín este autor porque realiza unha contextualización teórica das súas formulacións que permite entender mellor o seu alcance. Despois, a modo de exemplificación, veremos dous formatos de terapia construcionista, a Terapia Centrada en Solucións e a Terapia Narrativa de White e Epston. Co fin de seguir o fío do discurso centrado nas narrativas, presentarei a continuación a Psicoterapia Cognitiva Narrativa de Gonçalves, cuxo modo de traballo sobre a narración sae do ámbito do construcionismo, sen presentar tampouco un modelo claramente construtivista.

### 2.2.1. O Construcionismo Social de K.J. Gergen.

A negociación creadora

*Contar unha mentira non é representar falsamente o mundo, senón violar unha tradición comunitaria.*

K.J. Gergen

Kenneth J. Gergen, profesor de Psicoloxía Social, autor de obras como *O Eu Saturado* e unha das figuras máis notábeis do Construcionismo Social, é quizá o autor que dunha maneira máis explícita e detallada defende esta orientación no contexto da psicoterapia.

Vou por iso valorar a Gergen con especial coidado como lugar no que se acentúan as tensións relativistas e subxectivistas.

Exporei aquí en primeiro lugar a posición do autor de acordo coa súa obra *Construír a realidade. O futuro da psicoterapia* (Gergen, 2006). Posteriormente incluiremos unha sección de reflexións.

Gergen fai unha **crítica postmoderna** das ideas de mecanismo, individualidade, obxectividade, racionalidade e progreso como froito da racionalidade ilustrada. A modernidade

dicíanos que o universo é unha máquina complexa e que o suxeito é capaz de coñecela mediante a observación racional. A postmodernidade parte da crítica a eses presupostos e o construcionismo propón unha vía de escape abríndose a formas de pensamento e práctica novas e máis positivas.

Para o autor **a realidade non existe, entón defínese polos nosos acordos**. O único que sabemos do coñecemento é que ten unha orixe social. Non é posíbel comprobar a veracidade da nosa representación do real accedendo á realidade en si; non é posíbel saber que cousa é a realidade. O real é produto dunha relación humana. Por conseguinte as verdades só teñen sentido dentro da súa propia tradición, no marco que as produciu. O consenso que xera verdade e realidade no seo dunha comunidade non ten por que ser xeneralizábel. O diálogo e a abertura vital son necesidades esenciais dado que os acordos van mudando, e entón tamén a realidade que definen.

De acordo con Gergen as distintas verdades teñen, non obstante, distintos efectos. As múltiples historias que cada persoa, cada tradición e cada terapeuta contan son, para o autor, inconmensurábeis, mais non indiferentes. A linguaxe non é representación nin reflexo da realidade, e tampouco o son as historias. **Linguaxe e historias adquiren valor polos seus efectos pragmáticos**, polas súas consecuencias en cada situación, en cada relación, en cada contexto. Así renova o seu compromiso coa curiosidade e a abertura porque aínda que en psicoterapia hai que usar as historias que abran camiños, esta dimensión é puramente individual e particular, e non se pode predicir a priori.

O real é produto dunha relación humana. O sentido non se crea no interior do individuo senón na relación. É produto da interacción. O individuo aparece dado en relacións múltiples e é máis multidireccional que coherente.

Con característico sabor vigotskiano afirma que os pensamentos e sentimentos son unha realización privada de actos da vida pública. A significación de calquera enunciado é unha realización temporal nacida dun momento de colaboración. A capacidade para significar depende da rede de relacións pasadas nas que estivemos inmersos, as cales constitúen dalgunha maneira esa ficción que chamamos Eu.

O Construcionismo Social non é, de acordo con Gergen, unha teoría, senón un marco de diálogo caracterizado por manter unha perspectiva relacional. Nese aspecto presenta, de acordo co autor, importantes diferenzas co construtivismo. O construtivismo fundiría as súas raíces na psicoloxía individualista cuxos fundadores serían Piaget e Kelly e cuxa extensión lóxica estaría no construtivismo radical de Von Glaserfeld. Os postulados serían que o individuo constrúe o mundo e o lugar desa construción está na mente individual. Gergen remite por outro lado o Construcionismo Social a Wittgenstein, Bajtin, Derrida, Latour, Foucault e Vigotski. O interese está na construción do mundo mediante a linguaxe, de maneira que o lugar da construción non está no interior das persoas, senón entre elas.

Para Gergen os distintos modelos de psicoterapia xustificanse segundo tradicións de pensamento particulares. Toda tentativa de medir os resultados, xustificarse ou comparar só ten sentido dentro dun marco de significación particular. Os argumentos que invocamos para reducir a outros ao silencio impiden o diálogo. Mais creamos sentido xuntos, e o imperativo é crear un espazo de confluencia creativa que acolla as múltiples voces, dea espazo á orixinalidade e promova novas prácticas. A sociedade é multiforme e variada, e non se trata de sustentarmos a verdade senón de estarmos abertos ao cambio nun mundo polidimensional. A evolución da linguaxe e a práctica terapéutica é positiva porque canto máis estean en sintonía coa cultura, máis sentido terán.

O diálogo volve converterse en algo esencial. Unha vez que aceptamos o valor de todo fundamento como cultural e dependente de acordos, o que queda como esencial é o espazo no que conversar acerca das nosas diferenzas e establecer novos acordos.

As terapias construcionistas caracterizaríanse por dous métodos:

*-O primeiro é orientar a un futuro prometedor máis que a un pasado destrutor.* Búscase explorar o imaxinario e crear a imaxe dun futuro cheo de esperanza, estimulante e cativador. Trátase de centrármonos en perspectivas positivas e resultados favorábeis, e non de recrear o pasado centrándonos nas orixes, as traxectorias e as estruturas. É a liña da Terapia Centrada en Solucións, e de autores como De Shazer, O'Hanlon e Weiner Davis.

*-O segundo consiste en propor realidades alternativas.* É a liña das terapias narrativas como a de White e Epston. É o “movemento narrativo postmoderno”, cuxa marca de identidade sería que non son os acontecementos da vida os que determinan as narracións senón que son as convencións lingüísticas as que determinan que é o que se considera un acontecemento da vida e como é avaliado.

Gergen expón que a terapia é un proceso de coordinación, e entón non son posíbeis regras porque ningún cliente entra na relación terapéutica coa mesma matriz relacional, coa mesma historia e marco de relacións previo, que é o que lle dá sentido. Isto outorga especial importancia a que a terapia teña un formato dialogado, non instrucional no que se transmita a forma correcta de pensar, sentir ou actuar. É esencial traballar os modos de ver e as narracións que aporta o paciente, que son os que organizan a súa acción e desde os cales será máis fácil xerar cambios. Tamén é esencial unha posición de ignorancia do terapeuta, que promove que o outro use o seu propio coñecemento. O relato, a descrición, a linguaxe do terapeuta ten valor para que este se comunique con outros terapeutas, dentro da súa tradición, mais non se trata sen máis de substituír o relato do paciente polo do terapeuta, xa que non hai relatos mellores a priori.

Gergen rexeita o construtivismo que entende como un subxectivismo representacional. A realidade é incognoscíbel, e o coñecemento como construción de representacións do real non ten sentido. A alternativa do Construcionismo Social é a da linguaxe como fundadora de múltiples realidades que só teñen sentido no seu marco cultural e, por extensión ao ámbito da psicoterapia, no marco persoal de cada cliente. A tarefa do Construcionismo Social e da psicoterapia así entendida é a de mediar para que esas verdades poidan coordinarse e enriquecerse dentro dun marco relacional. As nosas concepcións, para ser válidas, deben dialogar e abrirse á complexidade multidireccional que nos rodea.

Estas posicións levan a Gergen a considerar sempre ao individuo na súa especificidade. Non é posíbel “obxectualizalo”, aplicando técnicas de eficacia probada como se a eficacia residise na técnica e non no que fai e como fai o individuo con ela.

A consideración do suxeito como activo e particular leva á énfase en modos de funcionar do terapeuta que tomen en consideración a posición do paciente como axente. Prodúcese entón un abanico de accións do terapeuta que van desde a persuasión á promoción de autonomía que implican dar un lugar e tomar en consideración o activo do paciente:

*-Posición de ignorancia.* Promociona que o outro use o seu propio coñecemento.

*-Traballo sobre os modos de ver e as narracións que aporta o paciente,* que son os que organizan a súa acción e desde os cales será máis fácil xerar cambios.

*-Formato dialogado, non de transmisión de coñecementos.* Isto supón resaltar a actividade e circunstancias do interlocutor.

O relato do terapeuta ten valor para que este se comunique con outros terapeutas, dentro da súa tradición, mais non se trata sen máis de substituír o relato do paciente polo do terapeuta, xa que non hai relatos mellores.

A linguaxe terapéutica non é válida en si mesma. Adquire capacidade de significar grazas á participación voluntaria do outro. Por iso é importante a súa adhesión activa e as técnicas para mostrar a adecuación e pertinencia das propostas do terapeuta en relación co que lle importa ao cliente.

A súa posición é radical fronte ao modelo mecanicista da medicina onde o terapeuta é un médico que traballa sobre a fisioloxía do paciente para obter a curación.

### 2.2.1.1. Reflexións á volta de Gergen

Á luz da anterior exposición do seu pensamento, Gergen pode ser caracterizado nos seguintes termos:

- **Posición postmoderna.** Hai múltiples historias contadas en cada tradición, por cada persoa, polo terapeuta. Son inconmensurábeis. Hai que usar as que abren camiños. Mais non hai criterios que digan en que consiste abrir un camiño ou cales son as dimensións para facelo. Todo parece residir no criterio persoal indefinido e na idea das consecuencias pragmáticas de cada historia. No límite todos os relatos serían igualmente válidos a priori. Non se pensa en analizar características dos relatos que promovan cambios positivos. Cabe, porén, supor que ao seleccionar unha historia fronte a outra e ao promover determinadas variacións dos relatos, o terapeuta está a facer algún tipo de cálculo e exercendo algún criterio de xuízo, sexa explícito ou implícito. Claro que estas dimensións e operacións ou ben están a ser exercidas ou ben hai que asumir que conversamos guiados polo acaso.

- **Posición pragmática.** O valor das historias reside, como víamos, no seu efecto. Mais non se formula ningún criterio xeral para categorizar os efectos ou ordenalos, nin para valorar as operacións que producen eses efectos. Cada un, individualmente, debe xulgar cal é en si propio o resultado dunha ou outra historia ou enfoque da realidade. O efecto é particular e persoal e a súa comprobación individual.

- **Deconstrución relacional do suxeito.** O real é para Gergen produto dunha relación humana. Os pensamentos e sentimentos son unha realización privada de actos da vida pública, e a significación de calquera enunciación é unha realización temporal nacida dun momento de colaboración. A capacidade para significar depende da rede de relacións pasadas nas que estivemos inmersos, as cales constitúen dalgunha maneira esa ficción que chamamos Eu. O sentido non se crea no interior do individuo senón na relación. É produto da interacción, e isto desposúe o axente individual da súa capacidade de ser fonte do saber. Non existe individuo como axente acción racional, independente, moral, capaz de razoamento.

Gergen acentúa aquí dun modo peculiar a idea vigotskiana de que o psicolóxico se xesta no social até chegar a unha deconstrución do suxeito en múltiples relacións. Non queda entón claro se existe máis criterio de xuízo que algunha das tradicións ou relacións nas que participa o individuo, que actuarían unha ou outra... por acaso? O suxeito, máis que elemento de síntese, como podería minimamente presentarse, parece un calidoscopio no que todo pode estar presente mais non podemos dicir nada sobre iso.

Asume con toda claridade un corte vigotskiano entre o social “externo” e o persoal “interno”, porque cando esperamos algunha formulación sobre como se produce a xénese do sentido e como o “exterior” acaba por ser “interiorizado”, a súa proposta é que este é un problema que non é preciso responder, senón pór entre parénteses.

A respecto da **práctica psicoterapéutica**:

- Supón unha posición de prudencia, mais ao mesmo tempo de ausencia de sentido máis aló do persoal, que ademais se descompuxo en múltiples relacións.

- Propón un modelo que resalta a actividade do cliente e pode ser útil na práctica psicoterapéutica, quizá nuns casos máis do que noutros, quizá cuns clientes máis do que con outros, mais non abre portas para explorar as marxes de utilidade nin a estrutura de funcionamento do modelo.

- Que un esquema ou proposta só poida actuar cando o cliente o acepta non é o mesmo que dicir que todos os esquemas teñen a mesma potencia operatoria nin organizan a realidade coa mesma eficacia, nin que o criterio do paciente é o único que define o que é válido. O criterio do paciente define o que é utilizábel e aceptábel para el, mais non o que sexa o máis válido para a situación á que se enfrenta. Hai coñecementos máis útiles que outros para alcanzar certos fins e resolver certos problemas. Un incendio, por exemplo, contrólase mellor botándolle auga do que rezando ao espírito do lume. Unha avaría nun motor solúciónase mellor desde un coñecemento das partes e funcionamento do motor do que axustando pezas aleatoriamente. Unha cousa é, entón, o coñecemento que sexa máis pertinente e válido para solucionar un problema, e outra o que sexa aceptábel polo cliente, que é a marxe de acción que queda. Mais o feito de que un coñecemento non sexa aceptábel por alguén non exclúe a súa potencia operatoria. O feito de que alguén puidese supor que o sol xira arredor da Terra, e non acepte que sexa á inversa, non elimina o feito de que o heliocentrismo ten unha simplicidade e potencia explicativa moito maior.

- En canto aos modelos de terapia, tanto as terapias narrativas como as centradas en solucións segundo Gergen teñen uns métodos que encaixan coas formulacións construcionistas. E en certo aspecto son esencialmente “metodolóxicas”, dado que o que expoñen non é tanto o tipo de narracións ou solucións que poden ser mellores senón un método para facilitar que o suxeito activo desenvolva as súas propias narracións ou solucións funcionais e útiles para el, dada a súa irredutíbel especificidade individual.

Na nosa tradición recordan inevitabelmente á maiéutica socrática e á posición de ignorancia do Sócrates platónico. Porén, debemos sospeitar que baixo a ignorancia de Sócrates se escondía non só un método de entrevista senón tamén un coñecemento que non revelaba. A mesma sospeita xorde a respecto dos terapeutas narrativos e orientados a solucións: a de que posúan un coñecemento que dirixe as súas preguntas e método de entrevista, e que non é explicitado.

En relación ao criterio **obxectivismo-subxectivismo**, Gergen expón o construtivismo entendido como un subxectivismo. A realidade non pode coñecerse. A construción, entón, para Gergen, parécese a unha representación de algo que non pode, por outro lado, ser a realidade que xa sabemos incognoscíbel.

A alternativa do Construcionismo Social é a da linguaxe como fundadora de múltiples realidades que poden coordinarse, mais cada unha é incognoscíbel e a disolución do suxeito na multiplicidade do social e o relacional.

Epistemoloxicamente o Construcionismo Social é un irracionalismo que define que os coñecementos só teñen sentido dentro das súas tradicións. Non se formula a posibilidade de encontrar criterios de potencia operatoria das concepcións. Interesa o efecto pragmático segundo o cliente, o individuo, o defina.

Con anterioridade enunciámos o par obxectivismo-subxectivismo, que remite á dualidade natureza/liberdade. O obxectivismo explica a función como derivada de realidades dadas, obxectivas. O subxectivismo remite a unha vontade interior e irracional como principio explicativo da acción. O Construcionismo Social cabe nestes criterios, mais dunha maneira peculiar.

Gergen formula a deconstrución do axente, do suxeito, en múltiples relacións. Cabe apuntalo entón como un **subxectivismo**. Mais cabe tamén engadir o matiz de que en certo sentido vai un paso máis aló do subxectivismo. Faino porque esvaece na multiplicidade a idea de suxeito axente. Non obstante permanece no irracionalismo por canto non son posíbeis liñas de interpretación a través das cales o axente poida ser coñecido. Non é entón tampouco posíbel o tipo de coñecemento disciplinar ao que aspira a psicoloxía.

Mais, tras deconstruír relacionalmente o suxeito, non dá o seguinte paso, que consistiría en asumir o individuo como determinado pola rede de relacións que o constitúen. Con iso, pecharíase o percorrido dun xeito circular, xa que estaríamos perante unha posición obxectivista, do individuo determinado polas relacións nas que participa. Mais aqueles principios que se expresan na rede de relacións, como a cultura, o grupo social, a interacción, a linguaxe... non acaban de revestir unha entidade obxectiva desde a que determinen a acción individual. Postúlase a disolución do axente en relacións, mais non se consuma, xa que o axente permanece como desexo e interese individual, non explicado desde outras instancias.

O Construcionismo Social sitúase así no **paradoxo do ambientalismo**. Este consiste en que, se o ambientalismo é certo, estamos determinados polo ambiente que nos rodea, e non temos capacidade de decisión nin acción. Se non temos capacidade de decisión nin acción, entón non podemos nin elaborar unha teoría, nin xulgar o seu valor de verdade, nin utilizala, porque todo iso acontecería determinado polo ambiente. O ambientalismo, ao eliminar o suxeito da acción, elimina o valor de toda teoría e de toda verdade, porque non hai xa ninguén que poida xulgala nin usala. Se é unha teoría verdadeira, entón implica que toda teoría é indiferente,

irrelevante con respecto ao acontecer dos feitos, determinados polo ambiente, que inclúen a produción teórica. A verdade do determinismo ambientalista elimina a posibilidade de que alguén o xulgue como verdadeiro con criterio, sinxelamente porque como a nosa acción está determinada polo ambiente que nos rodea, non queda ninguén que poida xulgar.

Se o ambiente me controla e non tomo decisións, entón non podo decidir sobre a verdade da teoría ambientalista, porque iso implica tomar unha decisión, cousa que a teoría establece como imposible. Como nota crítica hai que apuntar que o valor dunha teoría estriba en que esta facilite a toma de decisións con criterio, e non que anule a posibilidade de decidir.

O paradoxo, entón, do ambientalismo consiste en que se a teoría ambientalista é certa, como elimina ao axente capaz de produci-la e usala, establece tamén que toda teoría é indiferente. O Construcionismo Social xoga con ese paradoxo sen apuralo, apuntando ao determinismo mais sen consumalo, xogando a disolvelo.

Neste sentido o Construcionismo Social rexeita o obxectivismo. A súa posición é subxectivista. Cabe apuntar que en certo modo vai máis aló deconstruíndo tamén o subxectivismo ao deconstruír ao axente. E sitúase case nunha posición que diríamos intersubxectivista: o suxeito axente como constituído pola súa rede de relacións. Detense porén na marxe, sen apurar esa postura, xa que no caso de facelo situaríase de novo no inicio do percorrido, nun obxectivismo onde a acción do individuo está determinada pola súa rede de relacións.

Permanece nun ambiguo irracionalismo que rescata o valor da conversación, do encontro, dos significados. Mais non pode ponderalos nin coñecelos, senón só valorar os seus efectos pragmáticos en cada situación concreta. Embebido de multiplicidade, o terapeuta non pode xeneralizar o seu coñecemento entre individuos, nin case, diríamos, entre distintas entrevistas a un mesmo individuo, xa que este pode ter cambiado no período transcorrido entre elas. O terapeuta vese abocado a descubrir cada novo día o mundo na súa totalidade, porque dificilmente pode xeneralizar.

Gergen intenta convencernos de que non hai ningunha formulación válida en maior medida que outra, o cal inclúe, supomos, tamén as súas propias formulacións. Paradoxalmente, se cremos iso lévanos a asumir que non hai ningunha razón válida para crer nel máis aló da simple opción arbitrariamente individual.

#### *2.2.1.2. Addenda: o modelo do Dialogical Self.*

O enfoque do Dialogical Self foi desenvolvido sobre todo por H. J. M. Hermans ao longo dos últimos 25 anos.

Sen entrar en detalle, si que quero mencionalo como outra alternativa no traballo cos problemas aos que se enfrenta o construcionismo de Gergen.

Na obra *The Dialogical Self in Psychotherapy* (Hermans e Dimaggio, 2004), Hermans expón o seu modelo propondo que a teoría xorde do matrimonio teórico de dous conceptos, o Self e o Diálogo. As súas orixes estarían na Psicoloxía do Eu a partir de James e Mead, que influencia especialmente á psicoloxía narrativa centrada nas distintas historias que a xente conta de si mesma e o mundo. Tamén na Dialogical School inspirada por Mikhail Bakhtin, que analizou as posibilidades humanas de comunicación e intercambio.

Hermans indica que o modelo do Dialogical Self propón que as narrativas están estruturadas non só de forma temporal senón tamén espacialmente. Quen conta unha historia sitúase no espazo e o tempo. Cando hai un narrador sempre hai ademais polo menos outra posición, no contorno ou nel mesmo, implicada. O self está inmerso nun mundo de relación. Os outros non son simples voces externas, senón que pasan a ser tamén voces internas. O self non é unha axencia cunha voz, senón con múltiples voces, de maneira que son máis propiamente unha sociedade da mente. O self está constituído por unha multiplicidade de voces que funcionan dunha maneira parcialmente independente xerando as súas propias lembranzas e historias, que se alternan e poden tomar temporalmente o control da acción. Nun diálogo, ademais, sempre se dan relacións de poder, aínda que sexa en dar a vez para falar.

Non pretendo con esta breve exposición afondar no modelo do Dialogical Self nin nas súas formulacións en psicoterapia. Si que quero, non obstante, complementar a Gergen, apuntando a Hermans como unha vía alternativa de saída aos mesmos problemas, aqueles relativos ao valor da interacción en relación ao papel do Eu como entidade. Para iso apunto as seguintes notas críticas.

O Eu, en Gergen, tende a disolverse como produto de múltiples interaccións. Estas interaccións non se especifican, o que permite conservar o suxeito como axente non determinado por elas. A solución de Hermans é introducir no propio self as interaccións. O Eu non é agora produto das interaccións e relacións nas que participa. Agora a súa propia estrutura e organización está constituída por interaccións e diálogos entre distintas personaxes con distintas posturas. O self queda definido como unha multiplicidade de voces en diálogo.

A crítica que exerzo é que aínda é preciso explicar a actividade psicolóxica de cada unha desas voces, entendidas como suxeitos, e a textura psicolóxica do diálogo que manteñen. A postura de Hermans expómola como un xeito diferente de controlar os problemas da interacción, a relación, o diálogo e o papel do Eu aos que se enfrenta o construcionismo de Gergen. Ao noso xuízo Gergen non lle dá unha solución efectiva. A solución do modelo do Dialogical Self supón colocar os mesmos problemas noutro lugar. A tarefa segue a consistir en explicar cada voz e a xestión do diálogo. Sen iso, a postura de Hermans podería parecerse, máis que a unha solución, a un xogo de matrioskas rusas, aquel en que cando abres unha boneca encontras no interior outra versión reducida da mesma boneca.

Vamos aproximarnos agora aos dous modelos psicoterapéuticos que Gergen define

como construcionistas. O primeiro é a Terapia Centrada en Solucións. O segundo é o de White e Epston, que caracterizaremos tamén dentro das Terapias Narrativas.

## 2.2.2. Terapia Centrada en Solucións. Onde o problema deixa de existir.

*Na mente do principiante hai moitas posibilidades;  
na mente do experto hai poucas.*

S. Suzuki. Mente zen, mente de principiante.

A Terapia Centrada en Solucións é un modelo que se clasifica como terapia familiar breve ou terapia sistémica breve. Xorde nos anos 80 no Brief Family Therapy Center de Milwaukee. O seu autor principal é S. De Shazer, destacando outros como I. K. Berg, M. Weiner-Davis, W. H. O'Hanlon, E. Lipchik, W. Gingerich, E. Nunally ou A. Molnar.

De acordo con Eve Lipchik (2009) o cambio que dá lugar ao modelo orixínase en 1982 cando, traballando con espello unidireccional e equipo de supervisión, alguén do equipo suxeriu preguntar á familia polo que lles gustaría que non cambiase, non polo que desexaban cambiar.

Exporemos os principios de funcionamento do modelo a partir de distintas fontes, como De Shazer (1995), De Shazer e cols. (1999), Trepper e cols. (en liña), O'Hanlon e Weiner Davis (1997), Beyebach, M. (1999) e Rodríguez-Arias Palomo e Venero Celís (2006).

Os principios básicos deste enfoque son:

- Modelo baseado na construción de solucións, non na solución de problemas.
- A entrevista céntrase no futuro desexado polo cliente, non en problemas do pasado ou presente. Todo canto fai falta saber é “como saberemos cando estará solucionado o problema?”. Non é preciso dispor dunha descrición detallada da queixa nin dunha explicación de como se mantén o transtorno. Pode conseguirse unha terapia efectiva incluso se o terapeuta non pode describir de que se queixa propiamente o cliente.
- Rexeitamento da noción de resistencia. Esta non consiste nunha censurábel negativa a cambiar, senón nun xeito lexítimo de marcar por onde se quere cambiar e por onde non.
- Trátase de axudar aos clientes a facer algo distinto, ben na súa conduta interactiva ou ben na súa interpretación da conduta ou as situacións. É todo canto se necesita.
- Anímase os clientes a aumentar a frecuencia dos comportamentos útiles, baixo o principio de que “se funciona, fai máis do mesmo”.
- Búscanse as excepcións, situacións nas que o problema podería ter aparecido mais non o fixo.
- Búscanse alternativas a pautas de conduta que se desexa eliminar, mais asúmese a competencia e a existencia de solucións no repertorio dos clientes antes que utilizar un enfoque

de adquisición de habilidades.

- Pequenos cambios son todo o que se necesita para chegar a grandes cambios, un cambio nunha parte promove cambios noutra parte do sistema.

- Non hai unha forma correcta de ver as cousas, hai distintas formas que aumentan ou diminúen a posibilidade de solución. As queixas implican unha conduta ocasionada pola visión do mundo do cliente, que acostuma persistir nas súas ideas orixinais aínda que non lle permitiran solucionar o seu problema.

- Dado que os encadramentos, que son as definicións e significados das cousas, son os que determinan o que podemos ver e facer, a tarefa terapéutica consiste en boa medida na creación de re-encadramentos que promovan a resolución do problema. É tarefa do terapeuta facer dubidar aos clientes dos encadramentos e condutas problemáticas.

- As solucións non están necesariamente relacionadas cos problemas identificados.

- Non é necesario coñecer a causa ou a función dunha queixa para resolvela. As análises sobre o porqué non achegan a solución. É máis importante coñecer o que está a funcionar do que coñecer o que está a ir mal.

- É relevante o concepto de axuste. Para iniciar o cambio terapéutico é esencial o axuste entre a descrición da pauta e forma da queixa e o mapa da intervención por parte do terapeuta, considerando que este constrúe o problema tendo a solución na mente. A intervención ten que axustarse ás pautas do cliente mais sinalando o camiño para saír do problema. A analogía sería que para abrir unha pechadura (problema) non é necesario copiar a chave senón que se pode deseñar unha ganzúa adecuada.

- O terapeuta desenvolve habilidades conversacionais que promoven a construción de solucións por parte do cliente. Estas habilidades conversacionais son diferentes das requiridas para diagnosticar ou tratar problemas, e están orientadas a identificar e ampliar o que está a funcionar.

- A terapia considérase como un esforzo cooperativo onde terapeuta e cliente constrúen xuntos un problema que se pode resolver.

- A entrevista non se centra en explorar os sentimentos, cognicións, condutas ou interaccións problemáticas senón en desenvolver unha visión dun futuro no que o problema está solucionado e amplificar as excepcións, capacidades e recursos para elaborar un camiño que leve a ese futuro.

- É o cliente o que establece os obxectivos da terapia, e a entrevista constitúese como un proceso de diálogo deseñado para achegalo a eses obxectivos. Úsanse para iso preguntas antes que interpretacións, e evítase ao máximo falar acerca do problema e o pasado.

- O modelo identifícase con algunhas preguntas características, como a busca de cambios pretratamento, a pregunta milagre, a busca de excepcións ou as preguntas de escala.

Desde este modelo houbo interese en formalizar os procedementos do terapeuta, de forma que en ocasións se deseñaron árbores de decisión con respecto ao tipo de preguntas que se deben formular, cuestións que indagar e que tipo de tarefas propor segundo a resposta e postura do cliente no paso anterior. Por exemplo, en Selekman (1996, p. 65) ou en De Shazer (1995, p. 84).

Por establecer un contraste diríamos que nun caso de problema de parella con fortes discusións, desde un punto de vista sistémico máis tradicional analizaríase a secuencia dos acontecementos, exploraríase a relación entre a tensión e as pelexas, entenderíase o sentido destas na relación de parella e traballaríase para reducir o espazo do problema. Desde a terapia orientada a solucións, exploraríase o que acontece cando non hai tensión, o que é diferente cando conseguen negociar as diferenzas sen se pelexaren, como o conseguen, de que maneira lles axudan os fillos nese proceso... A intención sería aquí aumentar o espazo dos aspectos non problemáticos.

Dada a énfase nas **habilidades conversacionais do terapeuta** é adecuado precisar a que nos referimos con isto.

A entrevista enténdese sempre como unha intervención a través da importancia de falar das solucións e non dos problemas, e a través do uso da linguaxe que veremos a continuación.

A linguaxe presuposicional implica asumir que ao falar facemos implicitamente unha serie de presuposicións, e trátase de asumir o seu uso consciente e intencionado para os fins da terapia.

Seguindo aquí a Mc Gee, Del Vento e Beavin Bavelas (2004), cabe sinalar que a sistémica desenvolve especialmente o uso de preguntas, a noción das preguntas como intervencións. As nocións esenciais da linguaxe presuposicional serían:

A) Non é posíbel falar sen facer presuposicións. Principios básicos:

1. As presuposicións incluídas nas preguntas inevitabelmente constrúen unha versión dos acontecementos que puido ter sido diferente.
2. A pregunta restrinxen cara a un aspecto particular da experiencia de quen responde.
3. Quen responde debe darlle sentido á pregunta, subministrando inferencias conectoras (conexións que debe facer para dar sentido) e unha base común implícita.
4. A resposta non comenta as presuposicións contidas na pregunta, senón que as acepta.

De acordo cos autores, este esquema asume unha posición construcionista, mais non construcionista radical en canto a que toda versión poida ser igualmente válida ou as palabras poidan ter o significado que se decida. Propón unha análise de proceso, non de resultados, buscando facer unha análise funcional das preguntas e cunha visión interaccional destas, en vez de categorizalas usando nomes a priori.

B) Entón, usar a linguaxe intencionadamente para transmitir que teñen capacidade, que son competentes, que o cambio é posíbel.

A modo de exemplo:

“Cóntame o que fixeches para que as cousas vaian mellor”, presupón que se iniciou o cambio e que este depende do que fixo o paciente.

“Que cousas son diferentes nos momentos nos que estás mellor?”, presupón que non sempre está mal senón que hai momentos nos que está mellor, e que neses instantes hai cousas que son diferentes aos momentos nos que está peor.

“Que máis cousas fas para axudarte a conseguir...?”, presupón que quere conseguir algo e que está a facer algo para iso.

“Prefires enfrentarte de golpe ou aos poucos?”, presupón que en calquera caso vai enfrentarse.

Uso dos tempos verbais coa utilización do futuro para os cambios desexados: “Que farás cando isto xa estea resolto?” implica que vai estar resolto, frente a “que farías se isto se resolvese?” que suxire que podería resolverse ou non. O mesmo caso para “que vai ser diferente cando consigades o que vos propondes?”, frente a “que sería diferente se conseguísedes o que vos propondes?”

A Terapia Centrada en Solucións é un enfoque moi centrado nos comportamentos e accións, e foi criticada en ocasións desde os seus propios integrantes a pouca atención dedicada ás emocións (Lipchik, 2009). Por outro lado, desde órganos oficiais do modelo foron apuntadas as proximidades coa Entrevista Motivacional de Miller e Rollnick coa terapia Cognitivo Condutual e coa Terapia Narrativa (Trepper e cols., en liña).

#### *2.2.2.1. Reflexións á volta da Terapia Centrada en Solucións*

Trátase dun enfoque eminentemente **pragmatista**. No límite, defende que non fai falta coñecer cal é o problema para solucionalo. O relevante é o método de conversación que o terapeuta debe usar para facer que o cliente encamiñe a súa actividade de maneira que solucione os problemas que el define como tales, alcanzando as solucións que el defina como tales.

Os seus esforzos céntranse entón en desenvolver unha elaborada técnica de conversación que mobilice os recursos do cliente. Isto apréciase no interese por crear esquemas que indiquen os pasos a seguir polo terapeuta no diálogo, de maneira que a estrutura da conversación estea ben deseñada e organizada. Mais non hai un desenvolvemento de verdade ou coñecemento en ámbitos diferentes ao do método de intervención do terapeuta.

Non hai unha teoría do suxeito e nin sequera, como víamos, dos problemas. Supomos que a intervención do terapeuta trae á práctica implicitamente unha idea daquilo sobre o que

está a intervir. Mais non hai interese en teorizalo ou organizalo. Non hai un criterio de verdade nin realidade.

O eixo da conversación é crear unha nova realidade que o cliente considere ao tempo factíbel e libre de problemas e que lle permita achegarse aos seus obxectivos, sen interesarse polo estado actual das cousas. Os clientes e a súa experiencia son, ademais, únicos, de maneira que o coñecemento que obtemos co tempo sería a experiencia daqueles recursos conversacionais que foron repetidamente útiles. Estes recursos son os que permiten “co-crear problemas resolúbeis” (O’Hanlon e Weiner-Davis 97). Mais non hai unha teorización das dimensións que fan un problema resolúbel.

Efectivamente, a ferramenta terapéutica consiste en elementos como o uso dunha linguaxe proposicional e o cambio de foco cara o futuro sen problemas, que é suficiente para obter os resultados terapéuticos. Trátase, polo tanto, dun uso sofisticado da linguaxe para producir un cambio de perspectiva. Estes serían os principios de cambio e xénese. O seu exercicio implica, necesariamente, elaboradas operacións. Mais en ausencia dunha concepción construtiva do suxeito ou dos problemas, estas operacións do terapeuta quedan un tanto no vacío. Non se sabe ben cal é o material sobre o que operan.

É polo tanto unha posición **subxectivista**, na que a actividade psicolóxica é individual e particular, e nada podemos dicir sobre ela excepto o que vaiamos descubrindo en cada conversación concreta. Non hai unha idea de función nin construción. A tarefa do terapeuta consiste en modificar a perspectiva do cliente nunha dirección que a este lle permita sentir que alcanzou a solución. No límite, todo o proceso parece acontecer alleo a ningunha mirada, na interioridade da organización psicolóxica do cliente. O terapeuta, que aporta o seu facer conversacional, descoñece o problema e case diríamos que descoñece tamén o proceso da súa solución.

É un enfoque pragmatista e subxectivista, que traballa cos principios de liberdade, actividade e competencia do cliente sen especificalos nin investigalos. É un subxectivismo interesado na construción lingüística dunha realidade diferente que sexa máis útil dun xeito particular ao cliente. O peculiar é que nun sentido pragmático, e diríamos antipositivista, saca do foco de coñecemento disciplinar ao suxeito-cliente e ao problema, mais organiza conscienciadamente o modo de práctica do terapeuta.

### 2.2.3. Os Modelos Narrativos. A Verdade é unha historia.

Os modelos narrativos e a narración como metáfora do psicolóxico tiveron unha popularidade en aumento ao longo das últimas dúas décadas. Seguindo a Machado e Gonçalves (1999), é Theodore Sarbin quen introduce a narrativa como “metáfora raíz” alternativa para a psicoloxía no seu libro do ano 1986, *Narrative psychology: the storied nature of human conduct*, sendo outra contribución destacada dese mesmo ano a de Jerome Bruner, que na súa

obra *Actual minds posible worlds* defende a necesidade de entender os seres humanos como creadores de significados, e o pensamento narrativo como o proceso de orixe, desenvolvemento e cambio dese significado. Polkinghorne e outros autores posteriores contribuirían ao desenvolvemento da concepción narrativa da psicoloxía e psicoterapia.

Vamos facer unha exposición inicial do que pode implicar un modelo narrativo da man de Fernández Liria, psiquiatra e psicoterapeuta con ampla traxectoria clínica, docente e institucional en España. Despois exporemos con máis detalle dous modelos que presentan distintas características, como son o de White e Epston, que completa o panorama do construcionismo social en psicoterapia, e posteriormente o de Gonçalves, que desde a narración opta por unha vía non construcionista.

Fernández Liria (2000) asume unha **posición postmoderna**. Entón indica que as intervencións en psicoterapia non poden ser caracterizadas como interpretacións, o cal implicaría relación coa verdade. As intervencións son comentarios, é dicir, a exposición dunha serie de significados suxeridos polo texto. A tarefa do terapeuta non consiste en coñecer algo que é dado, como di que acontece no traballo científico. Trátase máis ben de crear co paciente unha nova versión da historia que elimine a necesidade do síntoma. A meta non sería a verdade, senón a saúde.

A opción para axustarse á especificidade do cliente consiste en deseñar ad hoc as narrativas que mellor encaixen co que este trae. Estas narrativas teñen unhas características xerais, son diferentes de forma que posibiliten novas vías de acción, mais similares e integradoras dos valores do cliente de forma que sexan aceptábeis por este. As posibilidades son moi amplas e poden usarse esquemas de tipo cognitivo, condutual, sistémico ou existencial, así como é recomendábel o achegamento sistemático a fontes literarias.

Fernández Liria constata que o desenvolvemento da psicoloxía académica se produce esencialmente dunha maneira independente con respecto á psicoloxía clínica, e neste aspecto sinala por exemplo a escasa influencia da psicoloxía cognitiva nas terapias cognitivas. O fin das certezas aboca para o autor a unha postmodernidade na que a psicoterapia é unha disciplina esencialmente retórica.

### 2.2.3.1. Reflexións á volta dos modelos narrativos segundo Fernández Liria

Diríamos que a aplicación útil dunha narración a un caso concreto convén afinala para saber como e porqué. Mais aquí non se buscan, ou non son unha prioridade, as claves operatorias no deseño dunha historia funcional, nin o que fai que o sexa, que é o que lle interesa a unha disciplina. Poderíamos, seguindo a Liria, acordar que todo é comentario, xa que non cabe afirmar que dispoñamos de interpretacións da verdade con maiúsculas. Mais podemos engadir que as nosas accións se encontran sempre con límites. As propias accións e condicións que fan posíbel unha vontade, ao mesmo tempo limítana. E iso fai que en moitos casos haxa accións e

comentarios máis adecuados que outros, uns con maior valor operatorio que outros.

A relación psicoterapéutica entre dous suxeitos precisa incorporar persuasión e faise a través da relación. Mais o feito de que non poidamos controlar un cliente como facemos cunha rata nunha caixa de Skinner, ou un estudante nun experimento de psicolingüística, controlando ao máximo as variábeis, non implica que o proceso psicoterapéutico sexa puramente particular e incognoscíbel.

Estendereime nestes aspectos ao fío dos seguintes autores.

#### 2.2.4. White e Epston. Os medios narrativos para fins terapéuticos

*Anque munchos pisaren esi prau, nun t'importe:  
entovía ye tuyu. Ensin sabelo naide  
sali de casa y vete,  
dempués de tantos años,  
a facer posesión del to dominiu.*

Xosé Manuel Valdés. Memoria Encesa.

David Epston é un Traballador Social e Terapeuta Familiar neozelandés. Michael White é, quizá, máis coñecido que o seu colega. Traballador Social e Terapeuta Familiar australiano, desenvolveu a súa obra no Dulwich Centre, que fundou en 1983. Algunhas das súas influencias serían Bateson e a teoría de sistemas e cibernética que alimentou a sistémica, a idea da construción narrativa da realidade do psicólogo J.S. Bruner, a antropoloxía cultural, a psicoloxía de James e Vigotsky e o postestruturalismo crítico de Derrida e especialmente Foucault.

Desenvolven un formato de terapia narrativa que exporei conforme á súa coñecida obra *Medios Narrativos para Fins Terapéuticos* (White e Epston, 1993).

Dado que non podemos coñecer a realidade obxectiva, **todo coñecemento require un acto de interpretación**. Toda interpretación está determinada polos nosos marcos interpretativos, polas nosas analoxías. Porén, fronte á idea de que a interpretación se produce a partir dun mapa, a idea é que esta se realiza a través dunha narración. A narración incorpora a localización dos eventos no tempo, a orde, o cal facilita a comprensión do cambio.

Con respecto á terapia familiar trataríase de que non é a estrutura subxacente ou disfunción familiar a que determina o comportamento. O que determina o comportamento é o significado que os membros atribúen aos feitos. O interese está en como as persoas organizan as súas vidas arredor de certos significados. As persoas buscan un relato coherente de si mesmas e do mundo que as rodea para dar sentido á súa vida. Cada relato contén un pasado, un presente e un futuro, expresa aspectos escollidos das nosas vivencias e orienta as accións. Cada vez que actualizamos o relato realizamos un proceso de reescrita que afonda nel e varíao.

Para a psicoterapia o suposto xeral é que as persoas solicitan axuda psicoterapéutica para os seus problemas cando as narracións dentro das que relatan a súa experiencia non representan adecuadamente as súas vivencias. Un resultado aceptábel sería entón a xeración de novos relatos que permitan representar novos significados máis útiles, satisfactorios e con final aberto.

Os aspectos da experiencia vivida que caen fóra do relato son os “**acontecementos extraordinarios**”. A súa identificación facilítase mediante a externalización. Este é un método para separar as persoas dos seus relatos, e así aumentar a axencia persoal. Para iso comézase preguntando como estivo o problema afectando á súa vida e relacións. Vaise así construíndo unha versión do problema como algo cousificado, personalizado en ocasións mais en todo caso como unha entidade allea ao individuo. Algo que a persoa poida contemplar desde unha posición de distancia, como una entidade que lle afecta mais non forma parte dela. Unha vez creada distancia e identificados os acontecementos extraordinarios, convídase a que se lles atribúan significados nun relato alternativo.

Esta recuperación de vidas e relacións nunha tradición oral lógrase facendo preguntas que invitan a afondar en interpretacións diferentes (Como puido vostede resistir á influencia do problema nesta ocasión?; como cre que esta información afectará ás súas próximas accións?; se te negas a colaborar co problema nesta forma, estás facéndoo aumentar ou diminuír?).

Ao incorporar a tradición narrativa recórrese tamén a documentos escritos. Utilízanse por exemplo cartas, escritas unhas veces polos terapeutas e outras polos clientes, con motivacións diversas como por exemplo convidar a alguén á consulta, predicir o futuro, celebrar un día especial, facer unha reflexión post-sesión, pedir axuda ou facer diversas descricións ou desafíos no tocante ao problema. En ocasións unha carta pode recibir outra carta por resposta. Tamén se utilizan, por exemplo, diversos certificados, diplomas e auto-certificados como recoñecemento polos logros realizados polos clientes. Estes medios posibilitan utilizar tamén a linguaxe escrita como modo de reescribir as historias e xerar cambios, e poden ser usados de formas moi diversas para adecuarse ao problema.

No tocante ás preguntas utilizadas neste proceso, un primeiro conxunto refírese ás preguntas de influencia relativa, aquelas que rastrexan a influencia do problema na vida e relacións dos clientes. Despois, un segundo conxunto de preguntas indaga sobre a influencia das persoas na vida e aumento ou diminución do problema.

As persoas revisan así a súa relación co problema e redefinen o grao en que colaborarán no seu mantemento ou desaparición.

Este proceso de externalización estaría indicado nos casos de relatos vitais saturados de problemas, non en todos os casos.

Non obstante, a re-narración activa da experiencia, a través da recombinação de novas pautas, aporta novas posibilidades para a posesión dun mesmo, os outros e as relacións. Permite

a emerxencia de narrativas distintas á dominante que non estean saturadas polo problema.

O que se propón é conformar a terapia segundo a analoxía do texto. Isto permítenos tamén estudar a acción e os efectos do poder sobre as vidas e as relacións. Iso faise, como veremos, segundo as formulacións de **Foucault**, que os autores explican nos seguintes termos.

O poder é determinante e constitutivo da vida das persoas, non simplemente unha instancia represora, senón que nos conforma. A nosa vida está configurada segundo verdades normalizadoras que organizan as nosas vidas e relacións, e que son producidas no funcionamento do poder. Máis que reprimir, estas verdades subxugan, conformando as persoas.

Poder e coñecemento son así inseparábeis, xa que a produción de verdade se exerce a través do poder, e viceversa.

O discurso científico da realidade obxectiva permite isolar uns coñecementos e situalos nun lugar máis elevado dentro da xerarquía do saber.

Críticase a idea de que as técnicas de poder sexan activadas desde arriba para transformar a quen está embaixo. Alternativamente, débese a orixe local do poder en técnicas de control social, organización e distribución das persoas, rexistro, avaliación e vixilancia. Créase así unha sociedade da ollada omnipresente. É nun nivel local onde o exercicio do poder se desenvolve, e tamén onde está menos oculto e é máis accesíbel á crítica e análise.

Foucault non propón unha ideoloxía alternativa para organizar as nosas vidas. Non nega o coñecemento nin defende o positivismo. Porén defende que fronte ao relato oficial é de recibo a insurrección dos coñecementos subxugados, populares, descualificados, que permitan unha crítica efectiva e alternativa do relato dominante.

A analoxía do texto mantén que o significado se obtén a través da estruturación da experiencia en relatos. A representación deses relatos realízase a través da linguaxe, e é constitutiva da vida e as relacións.

Os problemas que conducen ás persoas á terapia experimentanse cando as narracións que contan a súa experiencia non representan adecuadamente as súas vivencias. Nese caso haberá aspectos das súas vivencias que as persoas valoren mais que contradigan esa narración dominante, e poderán xerarse relatos alternativos que os inclúan.

A posición foucaultiana antes exposta respecto ao poder e ao coñecemento leva a cuestionar o científicismo das ciencias humanas e a desconfiar dos discursos das disciplinas profesionais. A tarefa é identificar o contexto das ideas no que as nosas prácticas están situadas e explorar a historia desas ideas, co fin de identificar os efectos, perigos e limitacións desas ideas e prácticas. A actividade que se propón é o cuestionamento das prácticas e a ideoloxía dominante.

Os autores establecen tamén unha diferenciación entre o pensamento lóxico-científico e o narrativo.

O pensamento lóxico-científico elabora construtos cousificados e clasificacións que

eliminan as particularidades da experiencia persoal. Búscanse leis e feitos atemporais, e úsanse os tempos verbais no modo indicativo co fin de reducir incerteza e complexidade. Oriéntase á consistencia, non contradición, concreción e evitación de polisemia. A persoa tende a ser un escenario pasivo que reacciona perante diversas forzas ou impulsos.

En oposición a isto, os autores apuntan que o pensamento narrativo dá importancia ás particularidades da experiencia vivida, ao significado como conexión no tempo entre os eventos vividos, á trama, ao uso dos tempos verbais no modo subxuntivo e ao polisémico e implícito, á vivencia das persoas como protagonistas, á inclusión do observador na acción e á axencia persoal.

#### *2.2.4.1. Reflexións á volta do modelo narrativo de White e Epston*

Cabe cualificar a postura de White e Epston como un **pragmatismo narrativista**. O suxeito é un axente con vontade que se move interpretando segundo as narracións, ás cales pode achegarse, afastarse, variar, co utilitarismo como criterio de elección. Non hai xénese do coñecemento nin a elección máis aló. Sabemos que hai relatos que representan máis e menos adecuadamente as vivencias. Mais nada podemos dicir sobre as historias nin as vivencias nun sentido xeral; só podemos buscar, case ás apalpadadas, unha nova historia que encaixe mellor coas vivencias do cliente actual. Proponen unha metodoloxía de utilización das historias, sen afondar nas características destas, senón máis ben propondo como debe ser a acción do terapeuta para abrir alternativas.

En canto á postura en relación á verdade, os autores manteñen unha **posición escéptica**. A realidade reconfórmase constantemente cada vez que se re-narra unha historia. Non hai verdade, senón diferentes relatos con diferentes efectos individuais. Hai uns trazos xerais dos relatos, que integran mellor as vivencias e abren máis vías de desenvolvemento. Mais a postura con respecto á verdade é de escepticismo. Hai, máis ben, en liña con Foucault, unha desconfianza da verdade como lugar do exercicio do poder conformador. Non hai construción senón substitución ou modificación dos relatos. Non hai historia como algo intelixíbel e con sentido.

O plano das vivencias do suxeito e os efectos das historias no seu benestar permanece no fondo como o plano lexitimador último, e é a conexión coa actividade operatoria. Mais permanece sen concreción, e esa falta de concreción dificulta á súa vez a maior concreción dos trazos e características das narracións e a súa dinámica.

A función ou unidade de operación é a atribución de significado situando os eventos na pauta temporal da narración. A linguaxe é, polo tanto, a posibilidade de significado, e a narración a posibilidade de intelixibilidade. Estes rexistros asumen toda a operatoriedade do suxeito, que é aquí lingüística e narrativa.

A relación individuo-sociedade reviste uns matices peculiares. A particular forma de

“enculturación” deste modelo refírese á forma en que o individuo se conforma segundo o poder exercido a través das historias dominantes. Estas “cólanse”, por dicilo de algunha maneira, á capacidade de axencia, conformándoa tamén. A externalización e os relatos alternativos permiten xerar unha axencia descolada deses relatos dominantes e máis útil e funcional para o suxeito. Mais toda esa acción se desdóbrase nun plano individual e persoal. O social é xeral máis que particular cando referido aos relatos dominantes. Mais en terapia é o individuo o que busca os relatos que lle van mellor particularmente. Dalgunha maneira a integración colectiva sería negativa, e sería máis positiva a creación de individualidades nos relatos de forma que estes se axusten aos casos particulares. Búscase, en certa maneira, que o individuo se libere do poder opresor da cultura, entendida como relato dominante, creando relatos máis individualizados que respondan mellor á realidade particular de cada cliente.

Supón unha **posición subxectivista e pragmatista**, na que a actividade psicolóxica é o uso de relatos máis ou menos adecuados ao individuo. O psicolóxico redúcese entón a narración orientada ao interese persoal, no mellor dos casos. Hai un irracionalismo por canto a razón queda reducida aos xuízos orientados a organizar o coñecemento e a narración para a utilidade individual, segundo criterios que descoñecemos.

Neste sentido subxectivista consérvase o sentido de axencia persoal. Mais dunha maneira característica que é a seguinte. Estamos conformados polas narracións, mais a vontade como axencia pódese fortalecer distanciándose delas. Non hai sentido xenético ou construtivo, aínda que loxicamente o terapeuta experimentado exerza heurísticos para o deseño de narracións máis ou menos adecuadas. Mais tales regras, usadas necesariamente, non se explicitan.

Nas categorías de análise apuntouse a dicotomía entre a natureza que nos determina fronte á liberdade que nos permite obrar sobre a natureza. Aquí as historias dominantes resultan ser aquilo que nos determina. A crítica a estas é unha opción que nos permite exercer a liberdade, unha liberdade á que non se lle explicitan constricións.

Os autores articulan a súa terapia a partir da concepción foucaltiana do poder. E a obxección de fondo que se lles pode facer é a mesma que se pode facer á análise foucaltiana. A crítica ao poder, aos relatos dominantes e a como nos confirman resulta extraordinariamente rica. Mais... pódese facer sen adoptar nin defender ningunha outra posición?

Dá a impresión de que o axente que realiza a crítica pode moverse libremente entre as distintas opcións e historias, adoptando aquelas que o enriquezan máis. Mais estando el, na medida en que critica e se libera das historias dominantes, libre e indeterminado. É como se o observador exercese un xogo de perspectivas, a través da crítica. Un xogo no que se puidese colocar non xa fóra do sistema, senón fóra das condicións que posibilitan calquera crítica, isto é, o feito de estar no mundo, o que implica ocupar unha posición e perspectiva.

A respecto da psicoterapia, cabe apuntar que non é posíbel exercer unha posición de observador que non ocupe unha posición e perspectiva. Entón a postura desexábel para o cliente

é aquela que lle permita operar mellor para solucionar o seu problema. A postura desexábel para o terapeuta é a que lle permita operar mellor para que o cliente opere solucionando o seu problema. Isto pode comezar a acontecer por sondaxes. Mais o sentido do coñecemento en psicoterapia consiste no estudo das condicións de operación tanto do cliente como do terapeuta. Desta maneira non precisaremos comezar con cada novo cliente de cero, senón partir dun coñecemento que permita orientar as sondaxes da entrevista.

Vou agora formular o modelo de Gonçalves. Expómoloo aquí por se tratar dunha terapia narrativa. No entanto, traballa coas narrativas nunha dirección que o afasta do construcionismo. A liña que segue é a de, defendendo que o significado reside na narrativa, precisar as características invariantes desas narrativas que fai que unhas sexan diferentes doutras. Vexámolo.

#### 2.2.5. Gonçalves e a súa Psicoterapia Cognitiva Narrativa. A Verdade da Narración

Profesor de Psicoloxía na portuguesa Universidade do Minho, e formado tamén en Neurociencias en España, desenvolveu no seu modelo a definición e categorización das narrativas.

Seguiremos aquí a exposición que o propio autor fai das súas formulacións psicoterapéuticas no seu libro *Psicoterapia Cognitiva Narrativa. Manual de terapia breve* (Gonçalves 2006).

Pretende presentar unha alternativa aos modelos mecanicistas e racionalistas cunha epistemoloxía baseada nos conceptos de existencia, significado, narrativa e cultura. Propón o apoio na idea do proceso de construción do coñecemento como activo para cuestionar o proxecto estruturalista e molecularista wundtiano. A saída pasa por recuperar a proposta de Brentano e resituar o obxecto da psicoloxía no dominio da experiencia.

Defende 4 principios básicos:

- A narrativa constitúe o proceso por medio do cal os individuos constrúen significados da súa experiencia.
- A psicopatoloxía remite a dificultades específicas de elaboración narrativa, correspondendo diferentes tipos de psicopatoloxía a prototipos específicos de elaboración narrativa.
- A produción de narrativas mellora a saúde física e psicolóxica.
- Os pacientes que máis se benefician dun proceso narrativo son aqueles cuxas narrativas melloran en coherencia e elaboran progresivamente aspectos emocionais, cognitivos e de significado.

A construción de significados no proceso de coñecer e existir transforma a realidade. A linguaxe constitúese en fundadora da experiencia mais non en canto ao significado abstracto das palabras, o cal sería un novo estruturalismo, senón pola forma en que as palabras se van relacionando unhas con outras establecendo unha **matriz narrativa**. A narrativa, pola súa vez, non é un acto mental individual a modo de esquema mental, senón unha produción discursiva interpersonal. A idea apunta á noción de que a materia, e o individuo, defínense pola consistencia da rede de relacións e non pola existencia de elementos fundamentais.

Rexéitase a idea da existencia de elementos dunha realidade interna esencial e a existencia dun ser humano individualizado e autónomo. A fenomenoloxía do transtorno non é reflexo dunha disfunción interna senón un transtorno do discurso narrativo. Non hai psicopatoloxía sen interlocutor e esta sería outra con outro interlocutor.

A matriz narrativa ten estrutura, asociada á coherencia, ten proceso, asociado á complexidade, e ten contido, asociado á multiplicidade. As investigacións nesta liña apuntan a que a mellora no proceso psicoterapéutico vai asociada a un enriquecemento nas narrativas, e a psicopatoloxía vai asociada á incapacidade para ter unha visión multifacética da experiencia. Deféndese a existencia de narrativas prototipo con invariantes asociadas a psicopatoloxías específicas (drogas, alcol, anorexia, agorafobia, depresión, obsesión-compulsión).

Trátase de dar resposta á necesidade psicolóxica de dar orde, sentido e coherencia á experiencia. Ao tempo que se reconece a multiplicidade do real. Para iso desenvolve un método para aumentar a auto-conciencia do cliente e capacitálo para construír un discurso narrativo máis rico en termos de multiplicidade, complexidade e coherencia xa que esa é a esixencia da nosa moderna sociedade complexa. Estrutura coidadosamente a terapia en quince sesións, aínda que apunta que isto non é algo ríxido. A terapia está organizada en fases para traballar sucesivamente os procesos que denomina lembranza, obxectivación (sensacións), subxectivación (emocións), metaforización e proxección (cara o futuro).

#### *2.2.5.1. Reflexións á volta de Gonçalves*

**O psicolóxico pasa a narración**, que é o que se propón controlar na terapia. A persoa convértese en discurso. A narración pasa de ser unha produción ou actividade do suxeito a ser a súa existencia, rica ou pobre, patolóxica ou sa.

A idea da produción discursiva como interpersonal e o individuo como determinado pola rede de relacións é próxima á opción de Gergen de disolver a persoa como entidade nun marco onde o significado xorde na relación con outros.

No entanto, Gonçalves dá un paso atrás con respecto a Gergen. A produción discursiva é interpersonal e as determinacións do individuo xorden na súa rede de relacións, mais hai unhas

características racionais que o relato debe cumprir. O sentido é aberto mais a narración debe desenvolverse cuns trazos específicos.

Na narración identifícanse factores adecuados, que se promoven na terapia estruturada, e relatos e invariantes característicos de problemas concretos. A partir desta posición hai unha idea normativa en relación ao que é correcto (san) ou incorrecto para o suxeito, entendido como trazos formais do discurso, e métodos para promovelos. Non obstante diríamos que o relato come a quen o produce e case parece que poderíamos chegar a falar non de xenes egoístas senón de relatos egoístas.

A Psicoterapia Cognitiva Narrativa de Gonçalves busca xerar verdade e coñecemento do suxeito. Isto faino a través do estudo das matrices narrativas, a estrutura das historias, que é a que permite crear ou disolver os problemas, e que é o que se traballa en terapia. Mais a narración, como sinalamos, parece comer ao suxeito, pasa a ser o suxeito. Supón entón un obxectivismo onde é a narración o ámbito en que se produce a actividade psicolóxica. O psicolóxico queda reducido a narración, cunhas características que poden estudarse e controlarse.

A matriz narrativa exerce un papel organizador, configurando, dando intelixibilidade e aportando trazos xenéricos e non puramente particulares. Non é, polo tanto, unha opción pragmatista, no sentido da existencia dunha vontade indeterminada. Tampouco é unha opción subxectivista, nun sentido individualista e irracionalista.

Queremos con isto apuntar as súas diferenzas con respecto aos construcionismos, mais ao mesmo tempo apuntar tamén á dialéctica entre obxectivismos e subxectivismos que xa comentamos.

O enfoque construcionista de Gergen expón que son as múltiples interaccións o que constitúe ao suxeito. Os enfoques narrativos falan de narracións e historias como configuradoras. Se non entran a definir as formas concretas nas que esas interaccións ou narracións determinan ao suxeito, manteñen unha postura que definín como subxectivista no caso de White e Epston e de Gergen, aínda que neste último fixen referencia a como apunta a algo que poderíamos denominar intersubxectivismo. Postúlase un suxeito axente, que non se especifica nin estuda. Este axente é entón individual e irracional, dado que necesitamos postulalo para nos relacionar con el, mais non podemos coñecer nin xeneralizar ningunha das súas características máis aló do momento concreto da interacción.

Gonçalves pasa a especificar as características das narracións que configuran o suxeito. Entón este pasa a estar determinado, constituído por esas narracións, e pasamos a unha **posición obxectivista**. En ausencia dunha concepción xenética e construtiva do suxeito, este desaparece na dialéctica entre subxectivismo e obxectivismo, ou indeterminado e incognoscíbel ao modo subxectivista e pragmatista de White e Epston, ou determinado por entidades obxectivas, como as matrices narrativas de Gonçalves.

Neste sentido diríamos que a psicoterapia de Gonçalves é, facendo honra ao seu nome, quizá máis propiamente cognitivista e narrativista do que construtivista.

## 2.3. OS CONSTRUTIVISMOS

### 2.3.1. A Psicoloxía dos Construtos Persoais de Kelly. O pioneiro

Kelly é consistentemente citado como o primeiro creador dunha psicoterapia construtivista, nas décadas de 1930-40. A súa terapia do rol fixo é citada como a primeira forma de terapia breve por Neimeyer (2004), que apunta ademais a puxanza actual desta teoría.

Non obstante Kelly presentou a súa teoría cunha linguaxe idiosincrásica e sen dar pé a establecer similitudes con outros enfoques, o que probabelmente limitou a súa popularidade.

Exporemos a continuación a teoría de Kelly conforme o seu libro *A Theory of Personality: The Psychology of Personal Constructs* (Kelly, 1963).

A súa teoría está pensada para a psicoterapia e para a área da readaptación humana ao estrese. O foco de conveniencia para esta teoría, o rango no que se espera que funcione, consiste en encontrar maneiras para que a persoa reconstrúa psicoloxicamente a súa vida e non sexa vítima do seu pasado.

Denomina o seu modelo *alternativismo construtivo*, na medida en que tomamos unha posición para a que sempre hai alternativas, e toda postura está sempre suxeita á revisión ou cambio.

Describe a súa teoría nos termos dos seguintes postulados e corolarios:

-*Postulado fundamental da teoría*: os procesos da persoa están psicoloxicamente canalizados polos modos en que anticipa os eventos.

-*Corolario da construción*: As persoas anticipan os eventos construíndo réplicas destes.

-*Corolario da individualidade*: As persoas difiren entre si na construción dos eventos.

-*Corolario de organización*: Cada persoa desenvolve, para anticipar eventos, un sistema de construtos que implica relacións ordinais entre eles.

-*Corolario de dicotomía*: O sistema de construción dunha persoa está composto dun número finito de construtos dicotómicos.

-*Corolario de elección*: Unha persoa elixe para si mesma aquela alternativa nun construto dicotómico a través da cal anticipa a maior posibilidade de extensión e definición do seu sistema.

-*Corolario do rango*: Un construto é conveniente para a anticipación dun rango finito de eventos.

-*Corolario da experiencia*: O sistema de construción dunha persoa varía a medida que constrúe réplicas exitosas dos eventos.

*-Corolario da modulación:* A variación do sistema de construción dunha persoa está limitada pola permeabilidade dos construtos dentro de cuxo rango de conveniencia se apoian as ditas variacións.

*-Corolario da fragmentación:* Unha persoa pode empregar con éxito unha variedade de subsistemas que son inferencialmente compatíbeis entre si.

*-Corolario de comunalidade:* Na medida en que unha persoa emprega construcións da experiencia similares ás empregadas por outro, os seus procesos psicolóxicos serán similares.

*-Corolario de socialidade:* Na medida en que unha persoa constrúe os procesos de construción doutra, pode xogar un papel nun proceso social que implique á outra persoa.

A metáfora da que parte é a da **persoa como científica**, cuxo obxectivo é predicir e controlar. Para iso vai xerando un sistema de construtos que crea e encaixa (fit) tentativamente sobre as realidades que compoñen o mundo. Os construtos teñen natureza anticipatoria, serven para facer predicións. Tales predicións non sempre se comprobán, como sería o proceder rigoroso, mais son as que configuran a nosa visión do mundo. Os sistemas de construtos adecúanse a ámbitos específicos da realidade, teñen rangos de validez e non son universais, e neles os construtos están organizados dun xeito xerárquico. Son ademais dicotómicos, con dous polos opostos. De acordo con Kelly, o contexto mínimo para un construto son tres cousas, dúas que se parecen en algo e unha que é diferente nesa propiedade. Exemplos de construtos serían madurez vs. infantilismo, ou medo vs. dominación. Para cada situación poderíase describir a actuación da persoa con conformidade a algún construto, e de feito cando sabemos baixo que construto opera alguén, entendémolo.

Os construtos obtéñense mediante a abstracción de propiedades dos eventos, e as predicións fanse en base a esas mesmas propiedades. Para dar sentido aos eventos unirémolos con construtos; para dar sentido aos construtos concretámoslos en eventos.

A persoa ten elección por canto todo construto é dicotómico, e o sistema de construtos representa unha rede na que é libre para moverse. As posibilidades de elección están limitadas polos límites dos construtos, e son libres dentro desas opcións. Ademais existe liberdade para a definición e desenvolvemento do sistema na dirección que se decida.

Os construtos que están activados, por utilizar unha analoxía electrónica, son unha pauta de escaneo que a persoa proxecta sobre o seu mundo. Canto máis adecuados sexan, máis cheo de significado é o seu mundo.

O feito de que unha persoa se identifique cun polo dun construto, ou que cambie o elemento que simboliza a categoría, pode xerar cambios nas súas condutas e pode tamén conducir a novas experiencias. Kelly indica que, por exemplo, ao referírmonos ao feito de alguén ser como a súa nai, se esa persoa se identifica con iso, pode variar o seu comportamento

en maneiras que non podemos predicir dado que non coñecemos todas as implicacións e matices do concepto 'nai' para esa persoa. Os cambios no rol xerados ao operar con outro construto poden ser liberadores, para o cliente ou para outra persoa próxima, mais tamén o deixan nunha posición insegura até que lle permiten xerar novas certeza e regras nese terreo até entón inexplorado.

A formación de novos construtos é máis fácil en contextos que non impliquen o Eu do cliente ou a súa familia, e tamén é máis fácil con elementos novos, e en contextos de experimentación. A aplicación e validación dos construtos implica a posta en marcha de condutas coherentes con eles.

Un construto é ameazante cando é un elemento dun construto supraordenado que é incompatíbel con outros construtos supraordenados. Cando diversos elementos forman un construto intolerábel a persoa dispérsaos ou rexéitao. Os recursos que se mobilizan para isto non sempre son maduros, e a persoa pode comportarse dun xeito infantil. Tamén pode bloquearse a posibilidade de novos construtos debido á preocupación constante por vello material, ou ben porque os vellos construtos sexan impermeábeis.

Até este punto a exposición de Kelly segundo a obra sinalada. Vamos agora complementar os aspectos de avaliación e tratamento, que Kelly non trata aquí, seguindo a Feixas e Villegas (2000).

A metodoloxía de avaliación que se desprende das formulacións de Kelly non busca clasificar o suxeito nunhas coordenadas preestablecidas polo investigador. En vez disto pregúntase polas dimensións utilizadas pola persoa para comprender e estruturar a súa realidade.

Utilízanse diversos procedementos, desde a entrevista e o estudo de textos elaborados polo cliente até técnicas específicas como a técnica da reixa ou métodos de escalamento. A finalidade é extraer os construtos dicotómicos cos que a persoa interpreta as situacións, estruturalos como construtos supraordenados e subordinados e estudar os cursos de movemento máis factíbeis e a súa finalidade, dentro dese sistema.

O problema considérase unha incapacidade do sistema de construtos do cliente para acomodarse aos acontecementos cos que se enfrenta. As persoas escollen, de forma non necesariamente consciente, aquelas alternativas de construción máis viábeis dentro dos seus propios sistemas. Entón poden usalas repetidamente, aínda que estean a ser invalidadas na práctica.

Cando o ciclo de experiencia non flúe, xorden dificultades. Por exemplo, as persoas depresivas limitan o seu mundo de experiencia para evitar feitos que cuestionen a súa construción dos feitos, predominantemente negativa, preservándoa así. As personalidades psicopáticas enfréntanse aos feitos que non se acomodan ás súas prediccións obrigando aos demais a cumprilas. Nunha persoa con tartamudez, o construto presenta dous polos, eu-tartamudeando fronte a eu-falando-con fluidez. O polo eu-tartamudeando presentará unha

grande elaboración e numerosos construtos subordinados, tendo polo tanto unha grande capacidade predictiva, mentres que o polo oposto carecerá de elaboración.

Para a terapia trátase de captar o sistema de construtos do cliente tal e como é. Este é experto no seu mundo. O terapeuta sería experto en relacións humanas e funcionamento dos sistemas de construción.

O proceso terapéutico enténdese como unha investigación conxunta e consta de diversas fases. O eixo componse dos experimentos nos que se elabora unha hipótese do mundo do cliente para póla a proba entre sesións. Os resultados avalíanse, considérase se invalidan ou non as predicións, e elabóranse conxuntamente as implicacións para o resto do sistema de construción. Este proceso permite que os ciclos de experiencia aumenten a utilidade do sistema de construtos do cliente para interactuar co mundo que o rodea.

#### 2.3.1.1. Reflexións á volta de Kelly

A metáfora fundamental de Kelly, aquela sobre a que estrutura a súa obra, é a da persoa como científica. O seu sistema parte da intención de anticipar e controlar, que se realiza a través da elaboración dun sistema de construtos bipolares. Estes construtos están organizados segundo relacións xerárquicas de supraordenación e subordinación, e teñen diversos rangos de aplicación e permeabilidade ao cambio.

A verosimilitude do seu modelo está polo tanto ligada á verosimilitude que asignemos á metáfora do científico como válida, para describir a actividade psicolóxica. Este principio metodolóxico de pór a proba persoalmente as teorías a modo dun proceder científico encaixa tamén como propuña Neimeyer (Neimeyer e Mahoney, 1998, p. 38) na obra de autores considerados cognitivos como Beck, Ellis ou Meichembaum, aínda que no seu aspecto máis xenérico parece facilmente aceptábel case desde calquera formulación.

Formalmente hai unha organización das dimensións do coñecer a través da organización do sistema de construtos. Tamén hai un principio de actividade e logro na comprobación das predicións de ditos construtos, que é o que dá sentido ao sistema cognitivo. Parece, non obstante, máis unha teoría da xestión individual e persoal do coñecemento, orientada á anticipación de eventos, que unha teoría do suxeito psicolóxico.

A persoa kellyana parece estar inmersa nunha tarefa persoal de elaboración da súa imaxe individual do mundo, en forma dun sistema de construtos bipolares conforme aos que anticipar eventos. O sistema de construtos, lembremos, non ten por que ser explícito nin consciente, mais si que é exercido. O psicólogo trata de identificar e describir ese mundo de coñecemento persoal, para predicir e valorar en que dirección cambialo a través da énfase no valor e características dunha ou outra predición.

Deféndese entón a constitución de verdades, que poden ser descritas en termos do coñecemento que supón o sistema de construtos, e revidadas conforme á experiencia. Mais estas

verdades quedan como categorías puramente persoais. Hai ausencia dun principio forte para a organización desas verdades. Entón estase a exercer unha posición que, sen se polarizar, tende ao subxectivismo. A teoría de Kelly permite que nos acheguemos á forma de coñecemento particular expresada nun sistema de construtos concreto, do que nada sabemos a priori.

Nas primeiras páxinas deste traballo definimos os criterios de análise a empregar. Caracterizábase o subxectivismo por unha vontade a-xenética irracional, interior e individual. Os construtos serven para anticipar, e esas predicións poden ser comprobadas. Este valor da práctica e a experiencia introduce un sentido construtivo e xenético, e o sistema tende a organizarse dun xeito racional, próximo a un concepto de función. Mais a construción resultante ten unhas características de individualidade e particularidade que o achegan, como dicíamos, ao **subxectivismo**.

Non hai un obxectivismo no que a función derive de realidades dadas e independentes de toda xénese construtiva. Mais tampouco hai unhas dimensións subxectuais de construción, máis aló da chamativa característica de que os construtos son dimensións bipolares organizadas xerarquicamente. Máis que unha teoría do suxeito, Kelly elabora un método para avaliar as particularidades de cada individuo.

As características do sistema de construtos orientan as anticipacións, mais permiten graos de liberdade, e ademais existe liberdade para desenvolver e elaborar o sistema nunha ou outra dirección. Este primado construtivo da liberdade fai que a posición de Kelly non se decante nin pola liberdade incondicional do pragmatismo nin polo determinismo positivista. Consérvase a idea de axente, cuxa liberdade de movementos está ao tempo posibilitada e limitada pola organización do seu coñecemento.

O modelo de Kelly incorpora polo tanto un principio de construción e organización do coñecemento, **non determinista nin pragmatista**. Mais faino dunha forma que tende ao subxectivismo. Os sistemas de construtos supoñen formas de coñecemento organizadas e cognoscíbeis. Mais cada cal compón á súa maneira a súa imaxe individual do mundo, e non hai condicións que permitan a elaboración dunha teoría do suxeito.

### 2.3.2. A Psicoterapia Construtiva de Mahoney

*As cousas na realidade son máis sinxelas do que pode pensarse,  
aínda que moito máis complicadas do que pode comprenderse.*  
Goethe

Este autor é unha das grandes referencias, e neste sentido representativo, do que moitas veces en termos xerais se cualifica como construtivismo en psicoterapia. A súa formación inicial como psicoterapeuta provén das terapias cognitivo-condutuais.

Vexamos o que o autor propón no seu libro “Psicoterapia Construtiva” (Mahoney, 2005).

Mahoney refírese ao seu enfoque, que define como construtivista, como Psicoterapia Construtiva. “Os obxectivos da terapia construtiva consisten en axudarlle a comprender e apreciar mellor aos outros e a si mesmo, axudarlle a desenvolver habilidades para resolver mellor os problemas e facer fronte aos desafíos da vida, e a alentarlle os seus esforzos para progresar nas direccións que encontre satisfactorias e significativas. É construtiva porque pon especial énfase nos seus puntos fortes e as súas aptitudes” (Mahoney, 2005, pp. 319-20).

Os factores que contribúen ao éxito da terapia son “a perseveranza e a paciencia, a calidade da relación que manteñamos e o ritmo adecuado dos exercicios e experiencias que estimulen e forcen novos patróns de acción, pensamento e sentimento” (p. 320).

Caracteriza o cambio humano como complexo e dinámico, e o construtivismo como “unha visión dos seres humanos como suxeitos activos, como individuos creadores de significados, que se manteñen a flote entre redes relacionais mentres se moven a través dun río vital que inexorablemente demanda novas direccións e novas relacións” (p. 18).

Defende os significados persoais como patróns ordenados que organizan as actividades, e a existencia de significados máis nucleares e relevantes que outros. Fala así dos **procesos de ordenamento nucleares**, que son procesos abstractos tácitos centrais para a experiencia a nivel psicolóxico, xa que son os que provocan os contrastes e son a forma de crear orde na experiencia. Para un cambio significativo e duradeiro a modificación máis importante dáse nestes procesos, na forma de organizar a súa experiencia persoal. Canto maior for a centralidade dos procesos de ordenamento, máis tácitos e máis difíciles son de cambiar.

Os procesos de ordenamento nucleares estrutúranse en catro temas:

1. Realidade: construción de regularidades perceptuais e dimensións como estábel-inestábel, verdadeiro-falso, posíbel-imposíbel.
2. Valor: construción de xuízos emocionais e dimensións como pracenteiro-doloroso, bomalo, aproximación-evitación.
3. Identidade: construción dun sentido de uniformidade e continuidade persoal e de dimensións como corpo-mundo, eu-non eu, eu-ti, nós-eles.
4. Poder: construción dun sentido de ser suxeito na acción, dimensións como capaz-incapaz, con esperanza-sen esperanza, baixo control-fóra de control.

A tarefa do terapeuta baséase en axudar o paciente a elaborar un sentido de si mesmo e da súa vida que lle sexa útil no seu desenvolvemento futuro e no seu benestar. O foco de atención en psicoterapia serían os problemas, os patróns como nivel de problemas recorrentes e relacionados, e os procesos, dos cales os problemas e patróns serían expresión. A psicoterapia

construtiva non son técnicas senón unha forma global de entender a experiencia, o desenvolvemento e o coñecemento humano.

Para iso utiliza todo tipo de técnicas, desde o corporal, co relaxamento, equilibrio, ioga ou respiración, os diarios, a historia da vida, a restructuración cognitiva, a técnica de rol fixo de Kelly ou o traballo cos soños.

### 2.3.2.1. Reflexións á volta de Mahoney

Presenta un **enfoque ecléctico** de desenvolvemento persoal e auto-coñecemento, que utiliza diversas técnicas para favorecer a consciencia e o cambio e resalta a importancia do encontro persoal entre cliente e terapeuta. Hai unha definición xenérica do suxeito, dos procesos psicolóxicos polos cales se crean os problemas e dos principios de cambio, que non se entra a precisar.

Diríase que ten como referente entón unha idea de construción e de suxeito. Non parece estar polarizado en ningún dos extremos dos pares obxectivismo-subxectivismo e positivismo-pragmatismo. Mais a enunciación do seu modelo resulta moi xenérica. Cabe apuntar aquí que a súa obra previa *Human Change Processes* (Mahoney, 1991), aínda sendo máis ampla, non resulta máis clarificadora.

O construtivismo queda como unha enunciación de principios xerais, a idea de actividade, a importancia do significado, o respecto á individualidade do cliente. Supón un marco metateórico no que caben e conflúen multitude e diversidade de formulacións e enfoques en relación á natureza humana. Enúncianse uns principios da organización do suxeito. Mais non se elabora ningún modelo psicolóxico máis aló dunhas ideas xerais de como proceder en psicoterapia, que non chegan a ser articuladas dunha maneira definida. Diríase que as ideas de actividade e construción actúan como atemperadoras dos aspectos máis mecanicistas ou directivos da terapia cognitivo-condutual, previa na formación do autor, na liña dun “humanismo” pouco definido. A posición do autor é construtivista nun sentido moi xenérico. A relevancia deste enfoque é por canto sexa representativo dunha forma de entender o construtivismo en sentido laxo.

Como contraste quero apuntar que unha posición construtivista nun sentido máis estrito implica a precisión de cuestións como o estudo da lóxica da construción e da organización do suxeito e os problemas, algunha idea de función como principio de operación material e da linguaxe como mediadora, e a implantación sociohistórica e persoal de valores e verdades que crean o contexto de acción do suxeito, constituíndo o marco en que se desenvolve a súa actividade.

### 2.3.3. Neimeyer. O Construtivismo como perspectiva postmoderna

*Viu Deus todo o que fixera e velaí que todo era bo.*  
Xénese 1-31

Profesor no Departamento de Psicoloxía na Universidade de Memphis, editor do *Journal of Constructivist Psychology* e coñecido por diversas publicacións nas que defende unha postura construtivista en psicoterapia. Formouse, en orixe, na Teoría dos Construtos Persoais. Valoraremos a continuación a súa obra *Constructivist Psychotherapy* (Neimeyer, 2009).

Defende o construtivismo como unha **perspectiva postmoderna**, que debe ser diferenciada dos modelos cognitivo-condutuais. Brinda especial recoñecemento como figuras relevantes do ámbito a Guidano, Mahoney e White.

O construtivismo partiría de múltiples tradicións, entre elas o humanismo, a sistémica e o feminismo, reinterpretándoas baixo conceptos postmodernos, con especial atención á primacía dos significados persoais, á construción da identidade en contexto social e á revisión de narrativas da vida que son incoherentes ou restritivas. Isto realízase a través dun estilo que é máis colaborador que autoritario, máis centrado no desenvolvemento que orientado a síntomas, máis dirixido ao proceso que centrado no contido, e máis reflexivo que psicoeducacional.

Cita como antecedentes a Vico, Kant, Vaihinger e Korzybski, e dentro da psicoloxía a Piaget, Bartlett e Kelly.

O postmodernismo defínese por oposición ao modernismo da Ilustración, que proporía a procura da verdade entendida como reflexo obxectivo da realidade. A partir do postmodernismo concíbese que as realidades humanas son construtos persoais, culturais e lingüísticos, que as verdades dominantes son conformadoras e varían ao longo do tempo, e que a función da psicoterapia é analizar e reconstruír os patróns que limitan e reducen as posibilidades dunha persoa ou comunidade.

A linguaxe cobra entón un maior protagonismo. Na medida en que diminúe a importancia das circunstancias obxectivas aumenta o poder da linguaxe no seu valor simbólico e regulador. A linguaxe non é unha forma de representar o mundo, senón unha forma de crealo. As terapias narrativas desenvolven particularmente a crítica aos “textos” culturalmente dominantes e á maneira en que o uso da linguaxe xera ou dilúe problemas.

O discurso moderno ve o Eu como individual, estábel e cognoscíbel. Os achegamentos postmodernos á psicoterapia estenden e problematizan esta concepción do Eu. En modelos como o de Mahoney, Guidano ou Kelly, mantense o Eu como un concepto organizador e suxeito de axencia.

Noutras posicións construtivistas asúmese a identidade como menos estábel e coherente, como no *Dialogical Self* de Dimaggio e Hermans ou o *Eu Saturado* de Gergen. Estas visións

socializadas do Eu buscan unha psicoterapia que permita elaborar e negociar os significados (inter)persoais a través dos que se organiza a experiencia e acción. Estes formatos son particularmente populares desde enfoques familiares e sistémicos.

A énfase, en xeral, nas terapias construtivistas é na actividade interpretativa do suxeito e na co-construción interaccional de significados. Hai unha desconfianza dos diagnósticos tradicionais, buscándose máis a definición das formas únicas e peculiares nas que cada un aborda as súas dificultades vitais.

Frente á énfase cognitivo-condutual en intervencións guiadas por regras, fiábeis e replicábeis, estandarizada, manualizada, orientada a protocolos, axendas e listas de técnicas aprobadas, o enfoque construtivista acentúa a individualidade da terapia, e o necesario axuste á urxencia do encontro entre un terapeuta traballando cun modelo cun cliente nun momento de comprensión do problema perante eles.

Os obxectivos da terapia raramente son fixados polo terapeuta, e non é preciso definilos claramente, asumindo ademais que irán cambiando ao longo da terapia. Na terapia postmoderna, como en moitas terapias humanistas, hai un proxecto de construción do cambio aumentando as capacidades de dar significado. Si que hai entón certas metas de resultado que inclúen aumentar no cliente a reflexividade, auto-conciencia e capacidade para o cambio, a responsividade e abertura aos outros, o sentido de ter voz na súa vida, e a elección de auto-narrativas preferidas.

Enténdese que a interpretación crucial non é a do terapeuta, senón a do cliente, que é quen pode xerar *insight* e cambio. Isto fai que se busquen máis intervencións experienciais que interpretacións clínicas. Non é relevante a verdade literal ou histórica, e si que o é a verdade emocional e narrativa que facilite o mellor posicionamento e control do cliente perante a súa experiencia.

Considérase a implantación dos problemas no seu contexto social amplo, con énfase na construción cultural e lingüística dos problemas. Búscase deconstruír os problemas. E hai aspectos diferenciais das psicoterapias postmodernas con respecto ás tradicionais, sobre todo canto á importancia do mundo de significado do cliente e á pouca valoración de puntos externos de xuízo como os criterios psicopatolóxicos.

No tocante á investigación, o interese está no relativo a variábeis do cliente e a procesos e estruturas de cambio, máis que a investigacións de resultados.

### 2.3.3.1. Reflexións á volta de Neimeyer

Sería excesivo pretender facer unha crítica a cada punto dos que o autor recolle, e máis cando moitos deles xa se mencionan ao longo do texto en referencia a outros autores. Vamos facer, porén, unha crítica á súa posición xeral.

A pretensión de facer do construtivismo unha metateoría abarcadora a partir de principios xerais como o de actividade e significado, fai que no seu interior caiban todas as

opcións heteroxéneas e contraditorias que Neimeyer expón, desde o 'si mesmo' de Guidano até as narrativas de White e Epston.

Seguindo a Neimeyer, o punto de partida do **construtivismo é unha opción postmoderna** que abandona o proxecto obxectivista da modernidade de construír unha ciencia verdadeira que reflecta a realidade.

Esta postura, compartida tamén por Mahoney (Neimeyer e Mahoney 1998, Prefacio), constitúe quizá un dos referentes máis salientes do que se entende por construtivismo en psicoterapia.

Trátase polo tanto do rexeitamento ao positivismo e ao obxectivismo, mais sen un criterio claro de cal sería a opción alternativa. Exercen entón un relativismo postmoderno no que calquera opción, excepto aquelas, é aceptábel. Nese contexto, no construtivismo laxo de Neimeyer e Mahoney caben todas as contradicións da dialéctica entre positivismo e pragmatismo e entre obxectivismo e subxectivismo, mais sen criterios que permitan discriminar entre a variedade de opcións presentes.

A posición postmoderna de Neimeyer e Mahoney xera entón un marco que, na súa tentativa por abarcar tanto, esvaece os seus límites.

#### 2.3.4. Guidano. O Desenvolvemento do Si Mesmo

*Descende ás profundidades de ti mesmo, e logra ver a túa alma boa.  
A felicidade só a fabrica un mesmo coa boa conduta.*

Sócrates

Formado en orixe na tradición da psicoterapia cognitiva, dá posteriormente un xiro epistemolóxico cara o construtivismo que o leva a conceptualizar o desenvolvemento e dinámica do 'si mesmo' e a desenvolver unha psicopatoloxía evolutiva centrada nos procesos.

Comezaremos por expor a súa obra de referencia, *The self in process. Toward a post-rationalist cognitive therapy* (Guidano, 1991).

O autor sitúase fronte ao que denomina a tendencia racionalista en psicoloxía cognitiva onde a realidade se ve como obxectiva, dada e externa independentemente da nosa observación, e a identidade humana como un repertorio de cognicións, percepcións e lembranzas que correlacionan cun repertorio de sentimentos, experiencias emocionais e patróns psicofisiolóxicos.

A postura do autor é que o coñecemento, máis que representar unha realidade dada, é a construción e reconstrución dunha realidade capaz de facer consistente a experiencia do individuo. As características do observador están implicadas no proceso de observar, e toda observación é auto-referente.

A restruturación posibilita novos niveis de abstracción, transformando a modulación dos

estados internos en patróns de auto-comprensión que modifican a experiencia inmediata. Así, experimentar e explicar son dous polos sempre presentes na circularidade da nosa comprensión. Estes polos remiten á experiencia inmediata dun mesmo, o “I” (en inglés, que traducirei por Eu) e o sentido do Eu que emerxe ao se auto-referir á propia experiencia, o “Me” (en diante, Min). O Eu como suxeito e o Min como obxecto. O Eu está sempre un paso por diante, e o Min avaliador é un proceso continuo de reordenación do sentido do Eu.

O concepto para entender o coñecemento é o de auto-organización, que implica que a asimilación da experiencia se subordina ao mantemento dunha coherencia interna e dunha orde experiencial que possibiliten o mantemento do sentido do Eu. Prodúcese así a emerxencia discontinua de niveis máis inclusivos de coñecemento do Eu e o mundo. Aquí é relevante o concepto de viabilidade, máis que o de validez do coñecemento.

A emerxencia do sentido do Eu implica:

- Interaccións estruturadas con outros en procesos de apego.
- Procesos emocionais e cognitivos que articulan estes subsistemas en procesos auto-referenciais.

O bebé está orientado cara a interacción social e o establecemento de vínculos, que o axudan a organizar os estímulos, ritmos psicofisiolóxicos e tons emocionais. A referencia social é un proceso básico para organizar a intersubxectividade. Os modelos internos de traballo do apego e o Eu supoñen un sistema para transformar a subxectividade en coñecemento persoal. As características dos lazos significativos poderían funcionar de maneira análoga aos principios sintácticos de organización que subxacen á estrutura semántica da comprensión.

O proceso de desenvolvemento é dinámico, o cal permite integralo a través do marco conceptual dos guións. Os guións permiten entender de que maneira o afecto e a cognición, aínda diferenciados na súa forma de procesar datos (rapidez vs. distancia), acaban por ser interdependentes. Hai unha serie de escenas nucleares que se organizan en guións, o cal proporciona unha imaxe do mundo. A medida que se produce o desenvolvemento emocional e cognitivo, os guións prototípicos reorganízanse para assimilar as novas experiencias, ampliándose e diversificándose.

Os individuos pódense conceptualizar como unha organización de significado persoal que se auto-regula. É un proceso en espiral onde o Eu se desdobra e a reordenación da auto-imaxe vai xerando o Min.

Préténdese entón identificar organización do significado persoal, á maneira de constituicións físicas, como patróns coherentes cunha gramática inherente de composición e reorganización. Búscanse as regras sintácticas (Eu) capaces de xerar unhas representacións semánticas en superficie (Min). As organizacións do significado persoal non serían contidos

senón maneiras de organizar os procesos.

Defínense catro organizacións do significado persoal: obsesivo-compulsiva, depresiva, fóbica e de trastornos da alimentación.

A maneira de exemplo veremos o desenvolvemento da **organización depresiva**:

*-A respecto dos patróns de reciprocidade precoz.* A perda dun coidador ou os fracasos para desenvolver un apego seguro debido ao rexeitamento ou desatención polos coidadores son eventos percibidos como perdas. Frente ao rexeitamento ou a perda desenvólvese unha estratexia de apego evitativo, con evitación activa do contacto e redución na expresión de apego e malestar. Redúcese a “demanda” de apego e coidado que podería xerar novos fracasos. Desenvólvese unha actitude de auto-coidado, que permite manter unha reciprocidade aceptábel con outros á custa de mascarar os afectos negativos que se perciben nesas interaccións.

*-A respecto da dinámica e coherencia sistémica do Eu/Min.* A dinámica do Eu nun sentido depresivo apóiase na tensión entre a armazón do mundo en termos de perdas, rexeitamentos e fracasos (Eu) e a reorganización explícita do mundo en termos dun Eu negativo e dunha atribución causal interna (Min). Frente a unha atribución externa nun mundo adverso e ingobernábel, a atribución interna que subxace á auto-imaxe negativa é unha estratexia creativa que permite a axencia da persoa na súa loita por se controlar a si mesmo, máis que a ese mundo incontrolábel. Entón o modelo para assimilar o coñecemento parécese a aquel formulado baixo a idea da indefensión aprendida.

Prodúcese entón unha oscilación rítmica entre ira/activación motora, e indefensión/ralentización motora, en rápida sucesión incluso dentro da mesma situación. Estes cambios regúlanse mediante a variación da intensidade e cualidade da atribución causal interna aos aspectos negativos do Eu, o cal afecta á autoestima. Na mesma situación, a sensación de non ter valor ou ser indigno de amor pode ser vivido primeiro como algo contra o que hai que loitar para conquistar o propio valor (ira e activación), e despois como algo intrínseco a un mesmo, co que só cabe culparse coa consecuenta inactividade (indefensión e ralentización).

Para concluír coa organización depresiva, o punto chave da dinámica é a vivencia da realidade en termos de perda, e a súa progresión pasa por identificar a experiencia de perda como unha categoría da experiencia humana máis que como un destino persoal de soidade e rexeitamento.

O desenvolvemento vital é un proceso aberto de asimilación da experiencia con reorganizacións puntuais do significado persoal, que nunca están exentas de dor. Os síntomas que poden aparecer en momentos do ciclo vital apuntan tentativas fracasadas de cambiar en

situacións de imposibilidade de asimilar coherentemente a experiencia. As causas das crises non están en eventos externos en si mesmos, senón na organización do significado persoal, que é o que determina os eventos concretos que son discrepantes para un individuo. Por outra parte non todo é conscientemente procesado, porque o que parece irrelevante para o Min pode ser chave para o Eu.

As temáticas ideolóxicas atravesan un continuo proceso de cambio, non obstante as temáticas afectivas son moito máis estábeis. Os temas afectivos artículanse na infancia e adolescencia a través de escenas relevantes, e transfórmanse a través de novas experiencias emocionais.

O curso de desenvolvemento consiste no proceso de facer explícito o tácito. Cada organización persoal do significado ten direccións preferentes, nas que vai aumentando os niveis de abstracción e afastándose progresivamente da inmediatez da propia experiencia do Eu. O progreso parécese a un equilibrio puntuado, e mostra grande indeterminación en canto marcado por aspectos psicolóxicos como os patróns cualitativos de auto-conciencia.

A continuación Guidano describe o proceso psicoterapéutico no que denomina **“Principios psicoterapéuticos. Un marco postracionalista para a terapia cognitiva”**.

Di que as abordaxes cognitivas tradicionais, co coñecemento como representación dun mundo obxectivo e independente, formulan os problemas emocionais como derivados dunha correspondencia non válida. A intervención é entón persuasiva, para modificar os aspectos semánticos dos procesos cognitivos e para introducir actitudes máis adaptativas. Exclúese a auto-conciencia como consciencia da propia maneira de experimentar o mundo.

A alternativa do autor pasa por unha auto-comprensión máis exhaustiva por parte do cliente para asimilar mellor os propios afectos, entendidos como aspectos da nosa maneira de asimilar a realidade. Os cambios cognitivos prodúcense por procesos diferentes aos emocionais, e o cambio cognitivo non xera cambio emocional. Pensar cambia o pensamento, mais só sentir cambia as emocións. Impónse o estudo das variábeis que subxacen á auto-conciencia nun curso vital individual, e o estudo do nivel individual, a cualidade da auto-conciencia, e as vías nas que un pode reorganizar a coherencia do seu significado.

O medio é adestrar os clientes para se auto-observaren, diferenciaren e reconstruíren as súas pautas de coherencia. O método é a auto-observación, a través da secuencia de escenas que constitúen un evento, aumentando a flexibilidade para adoptar distintas perspectivas e adquirir nova conciencia dun mesmo. Para o éxito desta estratexia o cliente debe experimentar eventos graduados que vaian empurrando progresivamente na dirección da reorganización.

Os cambios no proceso terapéutico dependen dos cambios na percepción do Eu por parte de Min, que implican tomar aspectos da experiencia, que consideramos obxectivamente dados, como suxeitos agora a reflexión e exploración. O terapeuta crea condicións para disparar

unha reorganización, mais non sabe cal será esta. Para iso aumenta a comprensión do cliente sobre as súas regras, e utiliza a estrutura e reciprocidade do contexto interpersonal da terapia. Son relevantes entón tanto o efecto da discrepancia entre as explicacións do terapeuta e a auto-imaxe previa como a implicación emocional no proceso terapéutico. O terapeuta actúa realmente como un “perturbador estratexicamente orientado”.

A terapia consta de tres fases:

1. *Preparar o contexto clínico e interpersonal*, nas dúas ou tres primeiras sesións.
2. *Construír o setting terapéutico*. Dúas fases sucesivas de entre tres e oito meses cada unha. Nelas prodúcese a remisión da sintomatoloxía inicial.

2.1. *Focalizar e reordenar a experiencia inmediata*.

O obxectivo é que o cliente pase dun punto de vista externamente ligado, un problema obxectivo, a unha actitude internamente ligada, onde o problema consiste en controlar a propia experiencia subxectiva. Reconstrúese o sistema de coherencia do cliente e de que maneira o seu desequilibrio dá lugar aos problemas. Sitúanse as emocións como construcións que posibilitan recoñecemento e auto-referencia, e sitúanse as expectativas e crenzas en relación á auto-imaxe e os auto-enganos para mantela. A remisión da sintomatoloxía prodúcese neste proceso, a medida que os clientes cambian a súa visión sobre si mesmos.

2.2. *Reconstrución do estilo afectivo dos clientes*.

O eixo desta parte da terapia é a reconstrución do estilo afectivo e comeza por unha análise detallada da historia afectiva do cliente. Para iso valórase o debut sentimental, a secuencia posterior de relacións e os patróns de inicio, mantemento e ruptura de relacións e de que maneira isto é contado e vivido. Búscase valorar o estilo afectivo de emparellamento e apego, e como isto pode producir experiencias recorrentes.

3. *Afrontar a análise do desenvolvemento*. Dura entre tres e seis meses, e desenvólvese no segundo ano de terapia. Realízase cando os clientes están interesados en continuar a exploración persoal despois de que as alteracións iniciais desapareceran, reconstruíndo a maneira en que a súa historia de desenvolvemento estruturou o significado persoal que agora ven.

O aumento da conciencia de si mesmo que ten o cliente prodúcese co aumento da flexibilidade para cambiar de perspectiva. Vai acompañado de emocións en contraste que xeran

un característico sentido de ambigüidade. Se ao principio da terapia os problemas tiñan que ver con que a persoa non sabía quen era, no fin o problema é que un xa sabe quen é, e pode sentirse a si mesmo como a fonte de todos os seus futuros problemas. O significado persoal é, ao tempo, a condición de posibilidade para estar no mundo, e o seu límite. Contodo, máis que unha condición existencial da que non se pode escapar, é a condición inicial, da que tampouco se pode escapar, para poder estruturar unha variedade de situacións existenciais.

A evolución da terapia conduce a un formato do cliente como experto que realiza sesións de supervisión con outro colega, que é o terapeuta.

#### *2.3.4.1. Reflexións á volta de Guidano*

Guidano fai unha crítica ao que chama tendencia racionalista da psicoloxía cognitiva, que remite a considerar a realidade como dada e independente do observador.

A continuación, a súa proposta é a de estudar as formas diferentes de coñecer a través das que o individuo fai consistente a súa experiencia, as distintas organizacións do significado persoal, que clasifica e define.

Para iso introduce a dinámica relativa ao Eu, a maneira de coñecer e actuar, e o Min, o coñecemento do Eu que se alcanza a través da auto-observación e auto-conciencia. Ademais preséntase a orixe das organizacións do significado persoal dunha maneira lonxitudinal e evolutiva a partir de dinámicas que se establecen na relación cos outros, a través dos patróns de apego. Búscase igualmente integrar as emocións no modelo.

Desenvólvese unha idea de axente, entendido como un modelo da organización do suxeito e as súas maneiras de coñecer. Este estudo das dimensións subxectuais pretende tanto dar conta da súa dinámica como das condicións da súa xénese construtiva a partir das que este elabora a súa realidade. Descríbense tanto as operacións que realiza o suxeito na súa situación actual, como aquelas que o foron configurando na súa ontoxenia, buscando integrar as dimensións individuais e de interacción social a través do apego. Móstrase a dinámica desas condicións e o coñecemento como verdades, como modos de coherencia a partir desas condicións nun momento dado.

O proceso do suxeito é entón de desenvolvemento de dimensións internas ao seu propio proceso. A postura non é obxectivista no sentido de determinación por entidades externas, nin subxectivista no sentido de irracionalismo e particularismo. Non é tampouco pragmatista como primado da vontade nin positivista, no sentido determinista. É unha opción centrada con respecto á idea de suxeito.

Porén cabe apuntar que non se utiliza unha concepción das metas e instrumentos do suxeito. Non hai unha concepción operatoria dos fins e medios que o suxeito articula e de como iso poida xerar función ou disfunción. A énfase nas formas de organización do significado persoal anula a dimensión relativa aos actos persoais de logro, e as operacións e situacións

concretas nas que isto se realiza ou fracasa. No desenvolvemento do suxeito acentúase máis a determinación do que a organización de significado persoal fai con nós. Resáltase menos a liberdade do que nós facemos a partir da nosa organización de significado persoal.

Se tomamos como referencia o suxeito kantiano, o suxeito segundo Guidano permite tal vez certa analoxía coa estratexia do idealismo alemán postkantiano. Citando a Tarnas (1997, p. 352), “Kant sostíña que a mente subministraba a forma que adoptaba a experiencia, mais que o contido da experiencia é dado empiricamente polo mundo exterior. Porén, aos seus sucesores idealistas pareceulles máis verosímil, en termos filosóficos, que tanto o contido como a forma estiveran determinados pola mente -ou espírito- que todo o abarcaba, de maneira que a natureza, en certo modo, era máis imaxe ou símbolo do Eu que algo con existencia por completo independente”. Este idealismo supón unha extensión radical do Eu transcendental kantiano.

Nesta propensión de Guidano cara unha certa hipertrofia do suxeito cabería interpretalo como nunha órbita análoga á posición do idealismo alemán fronte a Kant. Se houberse que definilo nos termos que utilizamos, cabería quizá apuntar certa tendencia ao que poderíamos chamar subxectualismo: as dimensións subxectuais parecen en ocasións ampliarse até facer case *tabula rasa* do contexto.

O suxeito guidaniano está organizado e atravesa unha dinámica de cambio. Esta dinámica das dimensións subxectuais parece, en ocasións, un tanto auto-referente. O seu formato de terapia céntrase entón na comprensión e mellora desa dinámica da organización do suxeito.

A abordaxe terapéutica segue un esquema de resolución a través da razón e a comprensión dun mesmo, que lembra aos formatos tradicionais de psicoterapia como auto-coñecemento. Céntrase na evolución das formas de organización do significado persoal. Para iso a ferramenta é a auto-conciencia e o *insight*, que se aumenta a través de exercicios reiterados de auto-observación persoal. Así flexibilízase a capacidade para adoptar distintos puntos de vista, xa que non hai un verdadeiro en si mesmo.

Trátase polo tanto dun enfoque que cualificaríamos como “profundo”, no sentido de perseguir a modificación de pautas nucleares da organización psicolóxica do suxeito a través da toma de conciencia plural das propias condicións.

A terapia, polo tanto, require tempo, cando menos uns dous anos, e non se centra na resolución de problemas concretos nin en obxectivos definidos polo cliente. Céntrase nese proceso de auto-coñecemento que, unha vez realizado, disolverá os síntomas e problemas menores. As organizacións do significado persoal son a forma de coñecer á que remite todo problema e síntoma, e o seu cambio é o obxectivo da psicoterapia.

O que queda fóra deste enfoque é a idea do uso de características específicas das situacións específicas, dos problemas ou patoloxías. Non se especifica unha dimensión para as necesidades, desexos ou a consecución de obxectivos, e o éxito ou fracaso conseguinte.

O suxeito, á maneira guidaniana, constitúese na súa historia de vínculos de apego. Mais na situación de psicoterapia, ese suxeito fagocita as situacións concretas e elimina a importancia inmediata do contexto. O orteguiano “*eu son eu e as miñas circunstancias*” apunta máis en Guidano a un “*eu son eu, e as miñas maneiras de ser*”.

### 2.3.5. A Terapia Breve Estratéxica do MRI. A Psicoterapia como Xadrez

*Non existen pacientes imposíbeis, existen só terapeutas incapaces*  
D. D. Jackson

Xorde a partir do interese de G. Bateson na comunicación, que cristalizou en múltiples iniciativas entre as que está a “Teoría da Comunicación Humana”, obra fundadora da concepción sistémica da terapia.

D. Jackson funda en 1959 o Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, en cuxo equipo estaban tamén J. Riskin e V. Satir. Por el pasarían diversos autores, como J.H. Weakland, R. Fisch, L. Segal ou J. Haley, que dirixía a revista *Family Process*, e de forma especialmente significativa Watzlawick (Winkin, 1994).

De acordo con Nardone e Watzlawick (1999) a terapia estratéxica breve aliméntase cando menos da Teoría Xeral dos Sistemas e Cibernética, o Constructivismo e a Hipnose e Terapia Eriksoniana.

Vou expor as súas formulacións de acordo coas súas dúas obras principais, *Cambio. Formación e Solución dos Problemas Humanos* (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1995), na que se presenta unha conceptualización da natureza dos problemas humanos, e *A Táctica do Cambio. Como Abreviar a Terapia* (Fisch, Weakland, Segal, 1994), que complementa á anterior e é un manual do seu modelo de psicoterapia. Ambos libros constitúen o resultado de máis de 15 anos de investigación no Centro de Terapia Breve do Mental Research Institute de Palo Alto.

En 1966 créase o Centro de Psicoterapia Breve do Instituto de Investigacións Mentais (MRI) de Palo Alto. O seu interese foi investigar os fenómenos correspondentes ao **cambio humano**, considerando o proceso máis que o contido, o aquí e agora máis que o pasado, e o estudo dos procedementos de Milton H. Erickson. O obxectivo era operacionalizar os procesos de cambio para encontrar vías de intervención máis eficaces nos problemas humanos. Para iso apoiáronse na teoría matemática dos grupos e na teoría dos tipos lóxicos. Observan aparentes paralelismos entre a súa obra e a Terapia de Conduta, residindo a diferenza en que non se utilizan supostos de aprendizaxe ou condicionamento. O problema central consiste en estudar a influencia e a manipulación, non para evitalas senón para aplicarlas en beneficio do paciente.

Defenden que moitas veces os problemas comezan por algunha dificultade corrente da vida cotiá. Para que unha dificultade se converta en problema, teñen que cumprirse só dúas

condicións: 1. que se faga fronte de forma equivocada á dificultade, e 2. que cando non se soluciona a dificultade, se aplique unha dose máis elevada da mesma solución intentada. Esta é a estratexia de “máis do mesmo”, ou “cando a solución é o problema”. Son as solucións intentadas que a xente ensaia, as formas específicas coas que se intenta rectificar un problema, as que en grande medida o manteñen ou exacerban sendo este quizá o elemento central na súa terapia.

Outro concepto chave é o da existencia de dous tipos de cambio. O primeiro é o Cambio 1, que ten lugar dentro dun sistema que, en si, permanece invariábel. O segundo é o Cambio 2, que é un cambio cuxa aparición cambia o sistema. Por pór un exemplo, un cambio 1 serían as cousas que unha persoa fai dentro dun soño, das cales ningunha lle pon fin; un cambio 2 sería o cambio no soño que supón despertar. O cambio 2 considérase habitualmente incontrolábel ou incomprendíbel por canto non é intelixíbel en termos das vicisitudes do sistema e do cambio 1. Visto desde fóra, supón simplemente un cambio das premisas do sistema.

Neste enfoque non interesa o “porqué”, senón o “que”. Isto é, que é o que aquí e agora serve para perpetuar e para cambiar o problema? O cambio 2 aplícase a aquilo que dentro da perspectiva do cambio 1 parece a solución, debido a que desde a perspectiva do cambio 2 tal solución é a causa do problema que intenta resolver. A finalidade da intervención é, como comentamos, impedir a solución intentada até o momento.

Defenden que a terapia se parece máis a unha **partida de xadrez** que ao que implica a concepción corrente da relación terapéutica. O punto de partida do seu traballo foi usar dez sesións, concentrando a atención no desarranxo actual, utilizando toda técnica de estímulo para o cambio e buscando cal era o mínimo cambio para solucionar o problema en lugar de pretender reestruturar familias enteiras.

As etapas da intervención son:

1. Definición clara do problema en termos concretos.
2. Investigación das solucións intentadas.
3. Definición do cambio concreto a realizar.
4. Formulación e posta en marcha do plan para producir o cambio.

A busca das solucións intentadas sistematízase a través dunha categorización dos intentos básicos de solución que acostuman encontrarse na práctica clínica. Resultan ser cinco:

- Intento de forzar algo que só pode ocorrer de forma espontánea.
- Intento de dominar un acontecemento temido aprazándoo.
- Intento de chegar a un acordo mediante a oposición.
- Intento de conseguir submisión mediante un acto de libre aceptación.
- Confirmar as sospeitas do acusador mediante a autodefensa.

Deséñanse entón intervencións que constitúen un medio para interromper ditas solucións intentadas. As estratexias efectivas acostuman ser aquelas que se afastan do impulso básico do paciente en 180°. A solución do problema esixirá o abandono da solución intentada. Mais o cliente non pode limitarse a deixar de facer algo sen facer outra cousa a cambio. A pregunta á que debe responder o terapeuta é: que acción é a máis adecuada para impedir a anterior solución?, elixindo aquelas accións máis fáciles de incorporar polo cliente. É importante formular obxectivos e avaliar o resultado. O indicador máis importante de éxito terapéutico consiste nunha declaración na que o cliente se mostre satisfeito cos resultados do tratamento. Esta declaración pode darse porque a conduta perturbada cambiara ou porque cambiara a súa valoración de tal conduta.

Para que a intervención deseñada sexa aceptada polo cliente, ponse especial coidado na aceptación e persuasión deste. A persuasión máis eficaz é a que utiliza a postura do paciente. Para iso, e seguindo a ensinanza ericksoniana, tómase o que o paciente nos aporta, a súa linguaxe, as súas expectativas, motivos e premisas. Unha restructuración de éxito extrae o problema da súa definición de síntoma transferíndoo a outra definición que non implique imposibilidade de modificalo.

A respecto da **postura do terapeuta**, para este é vital conservar a súa capacidade de manobra, isto é, a liberdade e capacidade para pór en práctica o que xulgue máis conveniente no curso do tratamento. A dirección do tratamento constitúe unha responsabilidade intrínseca do terapeuta. Para conservar esa capacidade debe ser capaz de retirarse dunha postura segundo aparezan indicios de resistencia, e efectuar continuas comprobacións de que os pasos que dá son aceptados polo paciente. Non o serán se resultan contrarios á sensibilidade, valores ou crenzas do paciente.

O terapeuta debe ser capaz de asumir unha postura non comprometida e fluída, mais axudando ao paciente a asumir unha postura comprometida e definida. A capacidade de manobra do terapeuta depende da falta de capacidade de manobra do paciente. É preferíbel unha actitude igualitaria por canto aumenta a actitude de colaboración do paciente, mais se unha actitude de superioridade é útil debe entón ser utilizada.

#### 2.3.5.1. Reflexións á volta do MRI

O modelo do MRI xorde no contexto do interese pola comunicación e a interacción propiciado por Bateson. O seu obxectivo é estudar e producir o cambio. Para iso un psicoterapeuta de referencia é Erickson.

A partir destas breves notas, obtemos unha caracterización do enfoque. Ten un interese en definir de forma interaccional os comportamentos, os problemas e as solucións, e no estudo da comunicación e os paradoxos. Está interesado no cambio, non na xénese nin uso doutro tipo

de coñecementos. E a partir da matriz ericksoniana, pon especial énfase en usar todo o que o paciente traia á terapia, en traballar desde uns principios mais sen demasiados esquemas prefixados na sesión e na postura activa e directiva (incluso indirectamente) do terapeuta.

Como aspectos principais do enfoque para a visión crítica que pretendo, resaltarei que desenvolve unha **concepción operacional** dos problemas, en termos de interaccións e estratexias. O concepto das solucións intentadas articula unha idea de estratexia disfuncional. As solucións intentadas categorízanse ademais conforme os cinco denominadores comúns. Para cada denominador común propóñense intervencións características. Esta clasificación actúa polo tanto a modo de organizador dos problemas e o seu uso terapéutico. O eixo desta formulación é a acción, conceptualizada como estratexia.

Os fins desaparecen como elemento da teoría, que abarca só os medios que se usan para alcanzalos. Hai unha concepción do real, entón, como estrutura operatoria do problema en termos das solucións intentadas. Non hai máis lonxe disto unha concepción de valor nin verdade. É o cliente quen indica os obxectivos do tratamento. Non se ten máis lonxe disto en conta o sentido de obxectivos nin o valor de logro dos actos. Non aparece unha idea de función nun sentido xenético nin unha concepción do suxeito, a súa organización nin os seus obxectivos ou metas. En suma hai unha **ausencia de teoría do suxeito**.

É polo tanto unha posición peculiar. Non é un obxectivismo que reduza a actividade psicolóxica a realidades dadas, a non ser que tomemos como tales as estratexias de solución intentadas. A carencia dunha teoría do suxeito achégaa ao subxectivismo. Os problemas configúranse segundo dimensións ligadas a características do facer (que pode ser descrito e categorizado), dos clientes. Non hai entón un individualismo nin un irracionalismo, xa que as dimensións do problema son xenéricas e cognoscíbeis. Mais a inexistencia desa teoría do suxeito, os seus obxectivos e características apuntan a ese **subxectivismo** sinalado.

Por un lado, para a psicoterapia non resulta relevante en si mesmo o significado, a narración, a historia nin o sentido das metas ou expectativas do cliente. Estes aspectos son útiles especialmente na medida en que remitan ás pautas de actuación disfuncionais que os autores propoñen cambiar.

Por outro lado, esas narracións e expectativas que configuran a especificidade do paciente son especialmente relevantes xa que son elas e non o coñecemento do terapeuta as que determinan as solucións que o cliente considera posíbeis. Estas solucións deberán satisfacer a resolución do problema definido en termos de solucións intentadas, e deberán ter unha aparencia aceptábel para as narracións e expectativas do paciente.

A relación terapeuta-cliente non é aquí, como víamos nos construcionismos, unha relación de experto a experto. O terapeuta pode adoptar unha postura igualitaria, e presta especial atención a captar o mundo do cliente. Mais traballa desde unha concepción operatoria dos problemas, desde un coñecemento disciplinar onde el é o experto.

A posición de igualdade é unha ferramenta. Neste sentido o MRI pon especial énfase en estudar a postura do terapeuta, como hai que proceder para conservar a capacidade de manobra, como facer para persuadir, como se pode manter unha relación de colaboración sorteando as resistencias do cliente. Grande parte da obra *A Táctica do Cambio* baséase na análise e a proposta de estratexias para sortear dificultades de comunicación xurdidas na consulta.

No aspecto da consideración da tarefa terapéutica hai polo tanto un claro **pragmatismo**. O outro conta en canto obstáculo á miña tarefa, que é axudalo a alcanzar os seus obxectivos dunha maneira máis eficaz. Así, o que tenden a sistematizar é o relativo aos procedementos de persuasión e a conceptualización das estratexias que crean os problemas e como sortealas.

Polo que respecta á conceptualización do cliente, dado o desinterese por facer unha teoría psicolóxica, queda reducido a unha vontade sobre a que pouco podemos dicir, e é unha postura igualmente pragmatista.

Recapitulando, hai unha ausencia de teoría do suxeito, en relación ao que supón unha posición subxectivista e intensamente pragmatista, tanto na concepción do terapeuta como do cliente. O outro conta como obstáculo á miña tarefa, que logro sortear a través de refinadas estratexias comunicativas. O que si se desenvolve é unha **concepción operatoria, de construción subxectual, non subxectivista, dos problemas** entendidos como a posta en marcha reiterada de estratexias ineficaces, que se estudan, clasifican e para as cales se deseñan intervencións específicas.

### 2.3.6. A Terapia Breve Estratéxica Evolucionada de Nardone. A solución explica o problema

*Se quieres saber como funciona algo, intenta cambiar o seu funcionamento.*

K. Lewin

Realizaremos a exposición de Nardone conforme as súas obras *Coñecer a través do cambio* (Nardone e Portelli, 2006), e *Solcare il mare all'insaputa del cielo. Lezioni sul cambiamento terapeutico e le logiche non ordinarie* (Nardone e Balbi, 2008), nas que fai unha presentación e recapitulación xeral do seu modelo.

Seguindo as obras citadas, o propio autor denomina o seu enfoque como Estratéxico-Constructivista. Refírese tamén a el como unha forma de **Terapia Breve Estratéxica Evolucionada**. Supón unha extensión da Terapia Estratéxica Breve do MRI. Unha diferenza esencial estriba en que o foco non está en buscar estratexias de solución xenéricas a múltiples problemas senón en desenvolver modelos de solución para problemas concretos.

A lóxica é o método para aplicar o coñecemento, resolver problemas e alcanzar obxectivos. A lóxica ordinaria é aquela que tradicionalmente utiliza os conceptos de

verdadeiro/falso, terzo excluído e segue principios de non contradición, coherencia interna e congruencia. Orixina unha retórica de tipo cartesiano, onde o proceso persuasivo consiste nunha demostración intelectual racional. Xera psicoterapias racionalistas e demostrativas. É a conciencia modificada a que dá vida ao cambio, que se xera por un proceso persuasivo gradual que aumenta o *insight*.

Nardone propón o uso de **lóxica non ordinaria** aplicada ao cambio psicoterapéutico. Supón o uso dunha retórica pascaliana, de matriz sofista e suxestiva non racionalista. A transformación das conviccións e a conduta prodúcese como efecto de estratagemas que, eludindo os sistemas de representación do paciente, conseguen que este constrúa, sen darse conta, a contradición, accións, percepcións e coñecementos que desencadean o cambio. A resistencia non debe interpretarse ao modo psicanalítico senón utilizarse.

A tradición interaccional sistémica (MRI) estudou a ambivalencia lóxica na comunicación, introducindo construtos como o duplo vínculo e a comunicación paradoxal. Cando sentimos que ao mesmo tempo amamos e odiamos alguén, ou cando ao mesmo tempo desexamos e tememos unha cousa, constituímos paradoxos. Este é un dos conceptos esenciais no enfoque estratéxico tradicional.

Moitos problemas psicolóxicos constitúen diversas formas de paradoxo, contradición, crenza e en suma auto-engano que responden a unha lóxica non ordinaria. Para intervir eficazmente nesta realidade é preciso controlar esa lóxica de forma que nos axustarmos á estrutura do problema e poidamos transformar os auto-enganos disfuncionais en funcionais.

Utilízanse tres tipos de lóxica non ordinaria:

-*Lóxica do paradoxo*. É unha ambivalencia expresada ao unísono, cando nunha comunicación están presentes ao mesmo tempo dúas mensaxes contraditorias.

-*Lóxica da contradición*. É unha ambivalencia expresada no tempo, como cando afirmo unha cousa e a seguir a nego. É moito máis frecuente que o paradoxo.

-*Lóxica da crenza*. Refírese a de que maneira a crenza previa organiza a experiencia dos sentidos.

Nardone apóiase no construtivismo radical que remite a Von Foerster, Von Glaserfeld e Watzlawick. Defíneo como a idea de que non existe unha única realidade, senón tantas como observadores. Non existe unha realidade que poida ser coñecida de forma limpa e obxectiva. No acto de coñecer, contamina aquilo que coñezo. Trátase entón de identificar os camiños de coñecemento e actuación máis funcionais, mellorando a eficacia e eficiencia para resolver problemas. Non se trata de descubrir o porqué das cousas, senón saber como é que funcionan e como se poden facer funcionar mellor. Isto é o que chama conciencia operativa, concepto para o que remite a Von Glaserfeld.

Busca sistematizar esas diversas realidades percibidas, no tocante ás dificultades ou problemas en consulta. Para iso define o **sistema perceptivo-reactivo** como aquelas modalidades recorrentes e redundantes a través das cales o individuo percibe e en consecuencia reacciona en relación a si mesmo, aos outros ou ao mundo.

A modo de exemplo, o sistema perceptivo-reactivo da agorafobia (Nardone, 1997, p. 74) caracterízase polas solucións intentadas de evitación e de petición de axuda a persoas queridas. A evitación inicial, en relación a unha primeira experiencia de malestar ou ansiedade, conduce a unha cadea de evitacións que constrúen unha incapacidade de exploración e afastamento do lugar seguro, así como unha incapacidade para funcionar sen axuda. Asínciase a sensacións de incapacidade, soidade e impotencia.

Para coñecer un problema é preciso introducir cambios nel, aprender a resolvelo. A estrutura dunha solución que funciona en moitos casos diferentes explica a estrutura do problema. O método hipotético-dedutivo abandónase por un método construtivo-dedutivo, que consiste en que constrúo a solución, e é a solución que funciona a que me fai construír o coñecemento do problema, e non viceversa.

Búscanse así descrições operativas dos transtornos deducidas da investigación empírica baseada na práctica diaria. Deséñanse entón protocolos de tratamento a través do exercicio psicoterapéutico, cun método de traballo de investigación-intervención. Isto supón un enfoque diferente á práctica baseada na evidencia e aos tratamentos eficaces manualizados, que limitan a necesaria flexibilidade e coñecemento operativo do problema. Tamén apuntan distancias coa idea de factores comúns en psicoterapia. Defenden que con unha boa técnica o terapeuta pode ser moito máis activo, e non só traballar con factores inespecíficos do problema.

A diferenza da Terapia Estratéxica Evolucionada de Nardone con respecto á terapia estratéxica máis tradicional do MRI pasa polo desenvolvemento de **protocolos de tratamento**.

O concepto fundamental da escola de Palo Alto era a interrupción do círculo vicioso de solucións intentadas que manteñen o problema. Os integrantes do MRI excepto Watzlawick, con quen Nardone colaborou amplamente, consideraban que os protocolos de tratamento eran unha violación deste enfoque, libre de esquemas prefixados.

A proposta de Nardone foi tratar de transformar o modelo do MRI nun empiricamente verificábel. Para iso realizou un mapa máis preciso das solucións intentadas típicas, da estrutura recorrente das diferentes patoloxías. Así se deseñan os protocolos de tratamento, pondo a punto estratexemas específicas para cada tipo de lóxica que mantén un problema.

Expóñense protocolos para diversos transtornos de ansiedade, alimentación, sexuais e depresivos, entre outros. Búscanse protocolos flexíbeis que poidan adaptarse ás respostas das intervencións previas. Como no xadrez, os movementos seguintes dependerán de como xogue o adversario, mais cando coñecemos a súa estratexia podemos anticiparnos a ela.

Con respecto á práctica psicoterapéutica, apuntar como compoñentes:

- Asunción da linguaxe, posición e visión do paciente.
- Comunicación persuasiva.
- Imperativos para realizar condutas fóra de sesión.

Con respecto ás **fases da terapia**:

1. *Captura suxestiva*. Acordo de obxectivos, definición do problema, identificación da resistencia e solucións intentadas e establecemento da relación terapéutica.
2. *Desbloqueo da patoloxía*. Uso de estratexias para deter as solucións intentadas e modificar o sistema perceptivo-reactivo.
3. *Consolidación e reorganización* das regras do xogo.
4. *Peche*. Final do xogo. Explicación do modo de traballo e os cambios sucedidos, para fomentar a autonomía do paciente. Seguimentos a 3, 6 e 12 meses.

O primeiro obxectivo terapéutico é obter unha experiencia perceptivo-emotiva correctiva, que xere a sensación de que a realidade xa non é a de antes. Este cambio de percepción é o que modifica a reacción, despois o comportamento e despois a cognición.

Para iso utilízase unha lóxica non ordinaria que recorre a estratexemas e auto-enganos que inducen unha percepción diferente das cousas e fan reaccionar dunha maneira diferente á realidade.

Os procedementos psicoterapéuticos inclúen a metodoloxía do diálogo estratéxico. Este implica preguntas de ilusión de alternativas, paráfrases, o uso dunha linguaxe evocadora de sensacións, recapitulacións e prescricións. Foméntase a captura suxestiva do paciente e a creación dunha relación de colaboración. Esta relación establécese de maneira diferencial con pacientes que poden ser colaboradores, incapaces de colaborar, opostos á colaboración ou incapaces tanto de colaborar como de se opor.

#### 2.3.6.1. *Reflexións á volta de Nardone*

Nardone presenta o seu modelo estratéxico-constructivista como un formato de Terapia Breve Estratéxica Evolucionada. Na medida en que a súa postura se parece ao MRI, son aplicábeis ao seu modelo os mesmos elementos de xuízo.

Trátase dunha postura **subxectivista**, onde en ausencia dunha teoría do suxeito nada podemos dicir da súa realidade, organización e vontade individual e particular, excepto aquilo que el nos vai contando. A súa postura é tamén **pragmatista**, tanto na concepción do terapeuta como do cliente, cunha elaborada teoría da persuasión.

Desenvólvese porén unha concepción operatoria, de **construción subxectual, non subxectivista, dos problemas**, entendidos como a posta en marcha reiterada de estratexias

ineficaces, que se estudan e clasifican e para as que se deseñan intervencións específicas.

Quero apuntar entón as diferenzas co MRI, aquilo no que supón unha evolución. O punto chave está no concepto de sistema perceptivo-reactivo, e no mapeo das solucións intentadas que permita descubrir a estrutura recorrente das distintas patoloxías e deseñar protocolos de tratamento. Neste labor, como víamos, recibiu o apoio de Watzlawick, discrepando do resto de persoas do MRI.

Esta tarefa apóiase por un lado nunha fundamentación epistemolóxica quizá maior que a doutros autores que valoramos. Por outro lado, nunha extensión e afondamento na definición das solucións intentadas e das estratexias de persuasión.

A extensión e afondamento na definición das solucións intentadas lévase a cabo co estudo do que denomina lóxica non ordinaria. Isto supón unha ampliación do interese do MRI nos paradoxos, e presenta unha estreita relación coas estratexias de persuasión. Posibilita unha descrición máis complexa dos problemas e un deseño máis axustado das solucións, que recordemos “calzan” a estrutura do problema.

A fundamentación epistemolóxica parte da concepción interaccional do MRI. Esta promove a descrición dos eventos psicolóxicos en termos de secuencias de operacións. Rexéitase unha concepción do coñecemento como representación do real, sen caer no primado pragmatista da eficacia como único criterio de valor. Búscase a definición dos problemas en termos das estratexias que supoñen as solucións intentadas.

O método para investigar isto é o que Nardone chama coñecer facendo. A idea é a do *método construtivo-dedutivo* onde é o control máis eficaz dos problemas o que nos dá conta da súa estrutura. Isto permite un coñecemento válido, non relativista e progresivamente máis adecuado. Esta saída supón, como víamos xa esbozada no MRI, unha concepción operatoria e construtiva dos problemas que escapa tanto á cegueira pragmatista como á rixidez da representación positivista.

Resulta, non obstante, difícil ver en que medida o método construtivo-dedutivo é algo diferente do *método hipotético-dedutivo*. En calquera caso, o proceso é o de posta a proba de hipóteses e reorganización do coñecemento de acordo cos resultados. Parecería máis unha variante do método hipotético-dedutivo, na que se examina con particular detalle os procedementos prácticos de control dos problemas psicoterapéuticos, que un método de investigación diferente.

O estudo das modalidades perceptivo-reactivas dos trastornos e o conseguinte deseño de protocolos introducen un novo matiz. Aínda que segue esencialmente sen haber unha teoría do suxeito, comeza a esbozarse. Estúdanse dimensións subxectuais na construción de trastornos específicos. Isto apunta, cando non a unha teoría xeral do suxeito, a unha teoría de como o suxeito constrúe certos trastornos específicos. Non hai polo tanto unha concepción xenética xeral mais si rudimentos en forma de **concepción operatoria subxectual dos transtornos**.

A través da súa metodoloxía Nardone xera un saber tecnolóxico a partir dun contexto práctico. Nese sentido, con respecto á teoría do suxeito, probabelmente diría que non a precisa, pois nese contexto vaise xerando a teoría precisa para solucionar os problemas, non máis. Ao estilo da navalla de Ockham, “todo o que se pode facer con pouco, faise en van con moito”. Poderíamos responderlle que está a exercer implicitamente moito máis coñecemento en relación ao que é unha persoa, un suxeito, e que o interese da psicoloxía como disciplina está en sistematizar iso.

#### 2.4. Recapitulación dos modelos valorados: Onde está o Construtivismo?

Ao longo das páxinas previas fixemos un percorrido por distintos modelos de construtivismo en psicoterapia. Excede o ámbito deste traballo comparar a eficacia terapéutica das distintas alternativas, e a moi espiñosa cuestión de se os terapeutas fan o que din facer. Á falta destes datos decidimos quedar co que os terapeutas din facer e con como describen o seu ámbito, e establecer un certo sentido epistemolóxico ao respecto.

A **opción construtivista que defendo** non é unha cuestión que responda á simple preferencia persoal. Non é unha elección postmoderna, entre opcións indiferentes en termos de validez. Xorde como forma razoada de dar saída a problemas que doutra maneira quedan sen resolver, ou se resolven peor, á hora de organizar o noso coñecemento sobre o psicolóxico.

Referímonos a aqueles enunciados nos criterios de análise. Remiten á distinción entre natureza e liberdade. A idea dunha xénese construtiva é a que mellor dá conta dos problemas pendentes que mencionamos. Trátase da dialéctica entre positivismo como desenvolvemento dunha concepción determinista da natureza, e pragmatismo como exercicio dunha liberdade e vontade incondicionada que queda fóra do esquema causal. Trátase tamén da dialéctica entre obxectivismo que explica o exercicio da función e a actividade como derivado de realidades dadas, previas, e o subxectivismo que formula a actividade en termos igualmente a-xenéticos mais referidos a unha vontade interior, irracional e individual.

É a posibilidade de verdades plurais, que non sexan a única representación auténtica do mundo. De coñecementos que teñan valor de verdade, negando o escepticismo que provén do desengano perante a imposibilidade de aquela verdade única.

Isto realízase, entendo, a través dun proceso en que a realidade, a vontade e o suxeito non son realidades primarias. Son realidades construídas a través de procesos filoxenéticos e ontoxenéticos. Eses procesos son os que constitúen os aspectos subxectuais e tamén os aspectos particulares do suxeito, que se expresan nos seus modos de coñecer e actuar. Entendo que esta matriz pode facilitar o afondamento da psicoloxía como disciplina.

A diversidade conceptual dos construtivismos en psicoterapia é moi grande. Os criterios de clasificación que se exercen para englobalos a todos son moi laxos, como vimos ao referirnos

a Mahoney e Neimeyer. Entón o marco dáno uns principios xerais ligados ao rexeitamento epistemolóxico do realismo que devén en moitas ocasións na idea postmoderna da existencia dunha pluralidade de realidades, todas igualmente válidas. Esta postura vese reforzada pola importancia crecente da idea de linguaxe, significado e narración para entender o psicolóxico. E conflúe con unha idea xeral, pouco especificada, do individuo como construtor activo do coñecemento.

A postura que exerzo pretende sinalar os modelos valorados como distintas sondaxes, distintas estratexias a respecto desa idea crítica de construción e suxeito que mencionamos.

**O Construcionismo Social de Gergen** defende a pluralidade postmoderna de verdades e rexeita a posibilidade de coñecemento válido. Supón entón unha postura relativista e irracionalista. Dilúese o significado e mais o individuo en termos da multiplicidade do social e o relacional, dun xeito que cualificamos de subxectivista, e incluso indo máis lonxe, de intersubxectivista. Non se apura esta opción, que nos colocaría nunha posición obxectivista, a do suxeito determinado polas súas relacións. Mantense entón Gergen nunha ambigua postura irracionalista, na que se postula un suxeito relacional, mais na que se nega a posibilidade de coñecelo. Esta disolución non concluída do suxeito polarízase entón en termos dunha vontade particular e individual, nun claro primado pragmatista da liberdade. É, polo tanto, a de Gergen unha sondaxe de disolución do coñecemento e o suxeito, que defende non obstante o primado pragmático da actividade nun mundo multiforme, cambiante e, en suma, incognoscíbel.

**A Terapia Centrada en Solucións** non se pronuncia sobre a realidade, a verdade, o suxeito ou os problemas, nunha posición de fondo escéptica que renuncia a exercer a racionalidade. A actividade psicolóxica é particular e individual, e nada podemos dicir dela salvo o que vaiamos descubrindo en cada conversación concreta, nun claro subxectivismo. Trabállase entón cun principio de liberdade, actividade e competencia do cliente que non podemos coñecer máis aló do caso particular, nunha posición pragmatista. O seu método de traballo baséase en organizar conscienciadamente a maneira de traballo do terapeuta, a modo de elaboradas prácticas conversacionais. Aquí, na ignorancia sobre o suxeito e o mundo, o foco disciplinar céntrase en organizar a actividade do terapeuta. Diríamos que así esa actividade do terapeuta parece exercerse no vacío.

**O modelo narrativo de White e Epston** identifícase coa análise foucaltiana dos relatos dominantes como conformadores, e da posibilidade de liberdade do axente a través dunha crítica a estes relatos. Unha crítica que, como víamos, non queda clara a posición desde a que se exerce. O axente, aínda que condicionado polos relatos, ten capacidade para afastarse deles a

través da toma de conciencia. É como se puidese exercer a súa posición de crítico e observador desde ningunha parte. Hai entón un primado da posibilidade de vontade e liberdade incondicionadas que supón un evidente pragmatismo. A realidade confórmase cada vez que se re-narra unha historia. Esta postura escéptica reforza o pragmatismo xa que a verdade parécese aos diferentes efectos de cada relato para o individuo. O psicolóxico redúcese á narración persoal cuxo criterio de valor é o interese individual, nunha posición subxectivista.

A posición de White e Epston reduce o suxeito a narración, e conserva o sentido de axencia a través da capacidade do individuo para criticar e utilizar distintas historias, que o conforman de distinta maneira. É como conservar a idea de axente individual, ao que se lle poden ir intercambiando as narracións, que constitúen a forma de organización do suxeito e a actividade psicolóxica, e sobre as cales non podemos teorizar, senón que só as podemos coñecer polos seus efectos individuais. Supón un pragmatismo narrativista.

A **Psicoterapia Cognitiva Narrativa de Gonçalves** reduce tamén a actividade psicolóxica a narración. Son as narracións as que permiten responder á necesidade psicolóxica de dar orde, sentido e coherencia á experiencia, nunha realidade múltiple. Mais Gonçalves desenvolve isto dun xeito diferente ao narrativismo postmoderno, establecendo categorías non pragmatistas de intelixibilidade das historias. As Matrices Narrativas presentan invariantes que conforman narrativas prototipo dos distintos trastornos. A narración constitúe a actividade do suxeito, mais aquí presenta características e trazos xenéricos que se poden estudar, coñecer e modificar. Aquí o axente non parece tanto unha entidade “libre”, que pode criticar e xerar narracións alternativas, á maneira de White e Epston. Os procedementos de Gonçalves responden máis ben á dinámica de ampliar, afondar e enriquecer as historias, traballando sobre as súas invariantes. Mais aquí, diríamos, a narración come ao suxeito, eliminando calquera outra dimensión construtiva e operatoria. Esta postura supón un obxectivismo narrativista.

O “Alternativismo Construtivo” da **Teoría dos Construtos Persoais de Kelly** defende a actividade psicolóxica como un sistema organizado de construtos bipolares, individual e particular mais cognoscíbel. Hai verdades definíbeis en cada sistema, mais son categorías puramente persoais. É polo tanto un subxectivismo. Si que hai un principio operatorio a través das comprobacións da veracidade das predicións dos construtos, e unha idea de xénese construtiva da liberdade e a actividade a través das limitacións e posibilidades do sistema de construtos, e do seu desenvolvemento, o que o afasta tanto do positivismo como do pragmatismo. Mais o subxectivismo deste modelo permite só a descrición e uso da imaxe individual do mundo que cada un compón. Non permite a elaboración de dimensións subxectuais nin da conseguinte teoría do suxeito.

Na **Psicoterapia Construtiva de Mahoney** suxírese a idea dunha organización do suxeito, con procesos de ordenamento nucleares que non se concretan de forma suficiente, e duns procesos de cambio. Entre as tarefas do terapeuta destaca a de facilitar un encontro persoal e respectar os ritmos do outro. A énfase nunha idea xeral de actividade, significado e procesos persoais de cambio tende a establecer un “talante” mais a esvaecer a súa formulación. Queda como idea do encontro psicoterapéutico e a psicoterapia como auto-coñecemento na liña dun xenérico “humanismo”. Neimeyer desenvolve, como vimos, a posición de Mahoney do construtivismo como postura xenérica e laxa. Guidano, pola súa parte, exerce a estratexia de articular e afondar, nun sentido construtivista, nesa idea de suxeito que Mahoney non concreta.

Con respecto a **Neimeyer** xa apuntamos que defende o construtivismo como opción postmoderna. É así un paraugas no que se resgardan todo tipo de alternativas que aludan a algunha idea de construción. Caben o que chamamos versións débiles, subxectivistas, da construción, que defenden que cada persoa ten o seu punto de vista propio e particular, na liña dos construcionismos, as narrativas e a importancia do diálogo e a linguaxe como creadora de realidades. Caben tamén versións fortes do construtivismo, que buscan establecer as condicións e posibilidades da construción e organización do suxeito e manteñen o Eu como axente. Para Neimeyer estas opcións son as de Kelly, Mahoney e Guidano. Os criterios de análise exercidos mostraron as particularidades de cada autor, e en especial colocan a Kelly fóra da versión forte da construción por subxectivista. Apuntamos que Neimeyer defende unha consideración postmoderna do construtivismo. Isto supón un rexeitamento da idea positivista de coñecemento como representación. Mais non hai un criterio alternativo distinto do relativismo. Isto supón abarcar dentro do construtivismo de Neimeyer todo o abano de contradicións da dialéctica entre positivismo e pragmatismo, sen vías para a súa resolución.

**Guidano** defende o coñecemento como construído, nun sentido forte, non simplemente individual nin incognoscíbel; non subxectivista, polo tanto. Describe entón as formas de coñecer, que son as diferentes organizacións do significado persoal. Estas organizacións teñen unha dinámica de xénese e cambio. Cambian a través das interaccións con outros que cristalizan en procesos de apego, e a través da auto-conciencia que transforma e reorganiza o Eu que exercemos no Min que coñecemos. Hai polo tanto unha teoría xenética do suxeito. A organización, desenvolvemento e dinámica deste suxeito obscurece non obstante as dimensións do contexto e os problemas concretos. O proceso terapéutico é, como non podía ser doutro modo, aquel do suxeito auto-observándose para alambicarse e refinarse. Aquí a teoría do suxeito recolle a dimensión de organización subxectual do significado e as categorías. Non é obxectivista nin subxectivista, positivista nin pragmatista, é unha opción centrada a respecto da idea de suxeito. O resultado final tende a ser, porén, un tanto auto-referente, eliminando as

dimensións de logro, de metas e fins e de éxito ou fracaso que implica unha concepción operatoria.

A **Terapia Breve Estratéxica do MRI** presenta unha carencia de teoría do suxeito e os seus fins e obxectivos, e está interesada só en estudar e sistematizar formas de producir cambios. É entón unha formulación subxectivista e pragmática. Pon, no entanto, énfase na concepción interaccional dos actos, e no estudo das solucións intentadas como estratexias. Isto fai que desenvolva unha teoría construtiva e operatoria dos problemas. Os problemas son definidos a través da categorización das solucións intentadas, para as que se sistematizan estratexias de intervención. Así introdúcense dimensións subxectuais, en tanto que referidas a estratexias xenéricas. Non hai polo tanto unha teoría xenética, lonxitudinal, do suxeito, mais si unha teoría construtiva e operatoria dos problemas.

**Nardone** refírese ao seu modelo de terapia estratéxico-construtivista como un formato de Terapia Breve Estratéxica Evolucionada. Hai entón tamén unha carencia de teoría do suxeito, co subxectivismo que implica, e un interese pragmatista no cambio que desenvolve a través das súas formulacións sobre a persuasión.

Amplía a definición das solucións intentadas en termos da lóxica non ordinaria. O punto chave na evolución con respecto ao MRI é de que maneira lle permite isto o estudo das modalidades perceptivo-reactivas dos transtornos e o conseguinte deseño de protocolos específicos para patoloxías concretas.

Entón, aínda que segue esencialmente sen existir unha teoría xenética e construtiva do suxeito, esta comeza a esbozarse. Iso acontece mediante a definición dimensións subxectuais, operatorias xenéricas, na construción de transtornos específicos.

Vista no seu conxunto a variedade de autores revisados, cabe apuntar unha coincidencia chamativa. Os modelos que pretenden unha concepción máis organizada e explícita, máis dura e teórica dos suxeitos, narracións ou problemas son os de Guidano, Gonçalves e Nardone. Son todos eles autores europeos continentais.

Gergen, a Terapia Centrada en Solucións, White e Epston, Kelly, Neimeyer e o MRI, son autores ou enfoques que tenden, grosso modo, a un maior subxectivismo e pragmatismo, e foron desenvolvidos no ámbito anglosaxón. Mahoney, que estando no ámbito anglosaxón parece pretender algo máis similar a unha concepción dura do suxeito, non chega porén a concretalo nas obras consultadas. Hai polo tanto nos autores do ámbito anglosaxón estudados unha maior tendencia ao pragmatismo e individualismo.

#### 2.4.1. Cadro da localización relativa (e tentativa) dos enfoques psicoterapéuticos na dimensión Subxectivismo-Obxectivismo.

Preséntase a continuación un cadro no que se localizan, de maneira tentativa, os enfoques psicoterapéuticos valorados dentro do continuo da dimensión Subxectivismo-Obxectivismo. É unha proposta de localización espacial dos modelos á fin de concretar e completar dun xeito sucinto e sinxelo as análises realizadas previamente.

Con respecto ás dimensións de clasificación Subxectivismo-Obxectivismo dáse delas unha descrición superficial. Foron descritas con máis detalle na sección «1.1.3. Categorías de Análise».

**A elección da dimensión subxectivismo-obxectivismo responde a que se trata dunha categorización que permite situar a presenza dunha idea de suxeito construtiva, operatoria e xenética, e situar todos os enfoques a respecto desa referencia.** Foi indicado nas categorías de análise que a dimensión pragmatismo-positivismo, que utilicei amplamente, cabe localizala dentro da distinción subxectivismo-pragmatismo como un caso particular. Escollín entón a categoría máis xeral.

En relación ás notas coas que se describe cada enfoque, son unha explicación do porqué da súa localización nese lugar e non noutro. Son extremadamente sucintas, e proveñen da reflexión que se realizou con anterioridade despois de expor cada modelo.

A respecto da localización de cada modelo no continuo da dimensión Subxectivismo-Obxectivismo, cabe apuntar que **é unha localización relativa e ordinal, non absoluta. Non podemos definir a cantidade absoluta está cada enfoque de cada un dos polos da dimensión. O punto medio da dimensión está desprazado cara abaixo para permitir a clasificación ordinal dos enfoques.** Este punto medio remite á idea de suxeito. Entón, pondo como exemplo a localización da Terapia Narrativa de White e Epston por debaixo da Terapia Centrada en Solucións e por enriba de Kelly, esta propón que White e Epston están máis próximos ao subxectivismo e máis afastados da idea de suxeito que Kelly, aínda que menos próximos ao subxectivismo e menos afastados da idea de suxeito que a Terapia Centrada en Solucións. Os enfoques máis centrados son os de Nardone e Guidano.

**Mahoney** localízase entre interrogantes. Isto é debido a que na obra consultada o seu modelo está exposto dun xeito demasiado impreciso. A súa situación no cadro responde entón ao que parece apuntar na súa exposición, máis que ao que efectivamente concreta.

Exclúese dos cadros a **Neimeyer**. O motivo é que a obra analizada, *Constructivist Psychotherapy*, expón unha caracterización do que é o construtivismo en psicoterapia, mais non explica o enfoque particular deste autor. Por iso non é posíbel situalo no cadro.

*Cadro de localización na dimensión Subxectivismo-Obxectivismo*

**SUBJECTIVISMO**

**Individuo sen xénese. A vontade é interior, irracional, individual.**

**CONSTRUCIONISMO SOCIAL DE GERGEN**  
Teoriza a disolución do axente nas relacións nas que participa.  
O axente é individual e particular. A negociación crea o real.  
Subxectivismo e Pragmatismo.

**TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIÓNS**  
Axente con cualidades xerais de actividade e competencia, mais individual e particular, con queixas e solucións específicas. Para encontrar a solución non é preciso coñecer o problema.  
Subxectivismo e Pragmatismo

**TERAPIA NARRATIVA DE WHITE E EPSTON**  
Axente individual conformado polas súas narracións. Faise "libre" mediante a crítica ao relato dominante. Mellor narración a que recolle mellor a súa experiencia persoal.  
Efectos individuais e particulares de cada narración. Subxectivismo e pragmatismo narrativista.

**TERAPIA DOS CONSTRUTOS PERSOAIS DE KELLY**  
Subxectivismo. Cada sistema de construtos é individual, particular e non xeneralizábel a outro suxeito.  
Se hai xénese construtiva da liberdade e actividade, que o afasta do pragmatismo e o positivismo.

**TERAPIA ESTRATÉXICA DO MRI**  
Subxectivismo, non teoría do suxeito nin os seus fins. Énfase pragmática na persuasión.  
Construción operatoria subxectual dos problemas a través da categorización das solucións intentadas para cada problema particular.

**TERAPIA ESTRATÉXICA EVOLUCIONADA DE NARDONE**  
A respecto do MRI afonda na categorización das solucións intentadas.  
O sistema perceptivo-reactivo como dimensións subxectuais, xenéricas, non subxectivistas de cada patoloxía específica que esboza teoría do suxeito.

**PUNTO MEDIO DA DIMENSIÓN  
SUBJECTIVISMO-  
OBXECTIVISMO**

**PSICOLOXÍA CONSTRUTIVA DE MAHONEY?**  
Suxeito activo e con modos de organización subxectuais xenéricos, mais non especificados, que condicionan o seu ritmo de desenvolvemento e evolución. Atención a problemas concretos, patróns e procesos. Terapia como auto-coñecemento.

**TERAPIA COGNITIVA POSTRACIONALISTA DE GUIDANO**  
Teoría do Suxeito. Tipoloxía da xénese e dinámica das formas subxectuais de organización do significado persoal, que establecen os cursos de desenvolvemento. O suxeito en desenvolvemento reduce a importancia do contexto, metas, fins e logro. Cambio por auto-observación e toma de conciencia persoal. Non obxectivismo nin subxectivismo.

**PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA DE GONÇALVES**  
Psicopatoloxía constituída nos trazos da Matriz Narrativa. As invariantes da Narración asumen a operatoriedade, absorben o axente. Cambio por enriquecemento e coherencia dos relatos. Tendencia ao obxectivismo narrativista.

**OBXECTIVISMO**

**A actividade psicolóxica deriva de realidades dadas (xenes, cerebro, ambiente, linguaxe...)**

## 2.5. Construcionismo e Construtivismo. Ser ou non ser... Sucesso

Realicei até aquí un percorrido por diferentes autores construcionistas e construtivistas, e na sección anterior recapitulei as súas posturas. Tras este percorrido pretendo agora dar unha caracterización xeral dos construtivismos e construcionismos encontrados. A continuación introduciré unhas notas críticas desde a posición construtivista que defendo, a partir da concepción da linguaxe e a idea de axente e construción.

### 2.5.1. Recapitulación das posturas xerais de construtivismos e construcionismos

#### **Construtivismos**

Feixas (2003) chama psicoterapias cognitivas construtivistas a modelos como o dos Construtos Personais de Kelly, a Terapia Posicionalista de Guidano, o enfoque dos procesos de cambio de Mahoney e a Terapia Cognitivo-Narrativa de Gonçalves. Estes formatos céntranse, de distintas maneiras, na descrición dun suceso activo, auto-organizado, que xera significados persoais e funciona segundo patróns organizados e xerarquizados.

Esa é a materia sobre a que se basea a psicoterapia, ese é o seu obxecto de coñecemento. Ao centrarse máis no Eu e a súa organización tenden a centrarse en procesos e pautas xerais máis que en síntomas e problemas concretos.

Desta maneira este tipo de construtivismos, ao facer énfase nas características individuais do suceso que constrúe, recolle con frecuencia a tradición dos formatos máis tradicionais de terapia baseada no *insight* e a auto-comprensión.

A diferenza dos formatos cognitivos clásicos como Beck ou Ellis, non se trataría aquí de corrixiar erros ou distorsións, senón dun proceso de coñecer construíndo patróns progresivamente máis coherentes. O terapeuta é experto no proceso terapéutico e o paciente é experto no seu mundo. O cambio require un equilibrio para conservar o sentido da identidade, e é un proceso no que o cliente vai reconstruíndose a si mesmo, o cal esixe flexibilidade e fai difícil establecer programas pautados. Coñecer é, ademais, dar significado á experiencia, e enténdese que toda forma de sensación, emoción ou pensamento forma parte dese proceso de coñecer.

O seu punto forte apunta ao desenvolvemento dunha teoría do suceso. Conceptualízase o suceso como activo e enfatízase o desenvolvemento de mapas deste, e faise unha procura sobre o que debería facer a persoa para mellorar.

*Os modelos estratéxicos construtivistas* non son mencionados polos autores da anterior corrente construtivista. Refírome aquí, con estes modelos, ao MRI e Nardone. Watzlawick participou e colaborou na elaboración de ambos modelos. A forma de proceder destes enfoques está influenciada polos métodos de Milton H. Erickson e centrada no estudo do cambio. Neste

sentido resultan enfoques que, aínda que se conceptualizan en boa medida desde o construtivismo, presentan marcadas diferenzas cos anteriores. Non hai unha teoría do suxeito, e en relación con isto non se valora especialmente o auto-coñecemento nin os procesos persoais de cambio. Poténciase o uso do concepto de solución intentada para definir os problemas, e a sistematización de estratexias persuasivas para facilitar que o cliente emprenda as accións que o levarán a solucionar o problema. Se nos anteriores modelos o peso da terapia residía no proceso de cambio do cliente, aquí reside nas habilidades e capacidade de influencia do psicoterapeuta.

O seu punto forte consiste no desenvolvemento dunha teoría construtiva e operatoria dos problemas. Destácase o que debería facer o terapeuta para o suxeito mellorar, baixo a dita concepción dos problemas.

### **Construccionismos**

De acordo con Díaz Olguín (2007), ao longo dos anos 80, o groso das escolas de terapia familiar, até entón construtivistas, re-etiquétanse como construccionistas sociais, quizá por afinidade epistemolóxica e metodolóxica ou por rexeitamento do emerxente construtivismo neocognitivo vía modelos estruturalistas de traballo psicoterapéutico individual. As narrativas construccionistas asóciase máis a formatos familiares e de grupo, promovendo a acción, mentres as construtivistas se asocian máis a formatos individuais promovendo o coñecemento sobre as propias regras de funcionamento, o *insight* e a auto-comprensión.

Neste sentido pódese supor que o traballo con familias, onde cada membro ten unha visión e unha narración do problema, predispón quizá a formas de práctica nas que se negocian e se comparan as narracións unhas con outras, co fin de elaborar as que abran camiños para o cambio.

En calquera caso, o construccionismo defende que os tipos de coñecemento son versións consensuadas da realidade e o significado é xerado e actualizado na interacción social interpersonal. O coñecemento é resultado da negociación a través da interacción, na que a linguaxe ocupa un papel central. Mais a linguaxe, en si mesma, é tamén un acordo froito da negociación. Hai un concepto pragmático da constitución do real, e a verdade valórase segundo criterios de utilidade persoal (De Koster et al., 2004).

Caracteristicamente os modelos construccionistas, que en ocasións se denominan a si mesmos construtivistas, describen a psicoterapia como un proceso de co-construción interaccional a través da linguaxe de novos significados, narracións ou realidades.

Perante a carencia dunha teoría do suxeito, ponse o foco no método do terapeuta. Búscase a maneira na que o terapeuta pode desenvolver interaccións máis efectivas, formas de traballo que orienten a actividade do individuo, que se presupón sen capacidade para xeneralizar nada sobre el mesmo.

## 2.5.2. Aspectos críticos da distinción entre construcionismos e construtivismos

Vamos apuntar dous aspectos críticos para diferenciar construtivismos e construcionismos. Trátase da idea de linguaxe, por un lado, e a idea de axente e construción, por outro. Desta maneira é probábel que algunhas formulacións que se propoñen a si mesmas como construtivistas, en formatos subxectivistas, quedarían caracterizadas cunha clara deriva cara o construcionismo.

### 2.5.2.1. A linguaxe como creadora de realidades ou como operación sobre operacións

O papel da linguaxe é outro punto de diferenza entre construcionismo social e construtivismo, segundo entendo. Esta cuestión requiriría un tratamento extenso no que non vou entrar. Quero, porén, expor a miña postura.

O **Construcionismo Social** de Gergen, tal e como foi exposto, fai algunhas apreciacións con respecto á linguaxe:

-A linguaxe non é representación nin reflexo da realidade.

-Sentido pragmático. Por un lado linguaxe e historias adquiren valor polos seus efectos pragmáticos, polas súas consecuencias en cada situación, en cada relación, en cada contexto. Por outro lado a significación de calquera enunciado é unha realización temporal nacida dun momento de colaboración. O sentido provén do acordo e consenso en cada interacción concreta.

-Isto conduce á idea da linguaxe como fundadora de múltiples realidades que só teñen sentido no seu marco cultural e, por extensión ao ámbito da psicoterapia, no marco persoal de cada cliente.

Esta posición pode, por un lado, conducir ao estudo do uso efectivo da linguaxe, como foi exposto ao valorar a Terapia Centrada en Solucións, ao referirme ao artigo de Mc Gee, Del Vento e Beavin Bavelas (2004), que definen a súa postura como un construcionismo non radical.

Non obstante, no construcionismo social esta postura dáse en ausencia dunha teoría do suxeito. Entón a idea da linguaxe como fundadora de realidades pode conducir á redución da acción á linguaxe, e case diríamos á **redución da actividade psicolóxica á linguaxe**. Esta idea deséñase en ocasións nas formulacións das terapias narrativas e da terapia definida como elaboración de significados a través da conversación, ou co-creación conversacional de realidades.

É unha idea que subxace a moitas formulacións que se denominan a si mesmas construtivistas, e serían quizá máis propiamente construcionistas, no sentido de que a realidade é construída a través da linguaxe e a conversación.

A referencia ao suxeito, dunha ou doutra maneira, permitiría entender as condicións,

límites e posibilidades da acción lingüística. Sen esa referencia ao suxeito que xera coñecemento a través da súa acción, das súas operacións materiais, a idea da linguaxe como creadora do real supón unha opción pragmatista como primado da vontade libre. Esta opción pragmatista centrada no discurso pódese ler como un rexeitamento ás razóns positivistas que alimentaron o ciclo dos condutismos e a psicoloxía cognitiva.

Queremos apuntar unhas notas como contraste desde unha postura construtivista, seguindo o artigo de Sánchez (2009b) “Los límites del constructivismo”. **A raíz do significado é prelingüística**, e os obxectos do mundo adquiren significado pola relación que o organismo mantén con eles. Esta relación non cabe enteiramente nos límites da linguaxe, aínda que estea mediada pola propia linguaxe. O organismo supón un sistema de funcións xa desde o nacemento, cando aínda non controla a linguaxe. **A linguaxe é un sistema de operacións sobre esas operacións previas**. Pode medialas, transformalas, potencialas. Mais aínda que as transforme, non elimina nin pode reducir só á linguaxe as accións nin todas as dimensións de atención, memoria e organización psicolóxica que exercemos ao actuar.

Non se pretende con isto diminuír a importancia radical que a linguaxe ten. Se houbera que escoller un tema entre os que quedaron fóra deste traballo, sería probabelmente a idea da linguaxe como creadora de realidades, que cabe retrotraer cando menos até Wittgenstein, a súa liñaxe e a maneira en que isto se operativiza en terapia. É de rigor o estudo dunha das nosas ferramentas psicoterapéuticas máis potentes.

Mais si quero indicar o inapropiada que resulta a redución do psicolóxico á linguaxe, no que supón unha forma peculiar de tomar a parte polo todo.

#### 2.5.2.2. *A idea de Axente. Versión forte e débil da idea de construción*

Para a constitución e desenvolvemento da psicoloxía e a psicoterapia como disciplina é pertinente expor de que maneira definimos e en que grao é cognoscíbel o axente que realiza a actividade psicolóxica. Isto está en relación coa idea de construción, forte ou débil, que utilizan os distintos modelos.

Hai unha liña divisoria de fondo na idea xeral de suxeito, moderno, que nos construtivismos está baseado nunha versión forte da idea de construción, e a súa disolución postmoderna nos construcionismos que utilizan unha versión débil da idea de construción.

A análise dos enfoques que realizamos permite establecer dúas categorías xerais en canto á idea de axente e construción:

- 1. O axente como individual e particular.** Baséase na versión débil da idea de construción, que consiste en que é cada persoa a que elabora e ten o seu punto de vista particular e persoal, e en relación a el os seus modos de actuar.

Son posturas subxectivistas, nas que os axentes non teñen dimensións que poidan xeneralizarse a outros. É a opción de Kelly, por un lado, e por outro dos construcionismos de Gergen, da Terapia Centrada en Solucións e das opcións narrativas na liña de White e Epston. Dependendo de como se conceptualice, o individuo resulta máis ou menos estábel e cognoscíbel. Mais dada a súa particularidade, para cada novo axente na entrevista temos que comezar a coñecelo desde cero.

Moitos auto-denominados construtivismos, que buscan a exploración das dimensións da experiencia persoal sen establecer claramente dimensións xerais da organización dos suxeitos, estarían situados nesta opción.

**2. O axente organizado segundo dimensións xenéricas, subxectuais.** Baséase na versión forte da idea de construción, de raíz kantiana e darwiniana, que busca establecer a organización e xénese operatoria das nosas maneiras de coñecer. Búscanse as condicións subxectuais, xenéricas, da acción, por oposición ao individualismo e particularismo que ás veces se expresa na palabra subxectivo. Non implica a ausencia de aspectos persoais e particulares no individuo, senón que implica que estes aspectos se dan no contexto dunhas maneiras subxectuais de operar.

Dos enfoques valorados encontramos aquí a Guidano, e presumimos que tamén a Mahoney. O MRI e Nardone, definen dimensións xenéricas, que denominamos subxectuais, na construción dos problemas, aínda que carecen dunha teoría do suxeito, que en Nardone se suxire. Por iso están máis próximos desta opción.

Gonçalves presenta características polo demais pouco construtivistas, no sentido de que a construción se dá no relato, e máis tendentes ao obxectivismo, por canto o suxeito é determinado polos relatos. A súa énfase en racionalizar as invariantes dos relatos sitúao, en todo o caso, máis perto desta opción que da anterior, aínda que diríamos que o relato comeu ao axente, e o seu modelo é máis cognitivista e obxectivista que construtivista nese aspecto.

Desde un punto de vista construtivista o que coñecemos son as cualidades da interacción que xorden nos límites que encontramos nas nosas accións. A organización destas cualidades e límites, xa sexa consciente ou exercida a través da acción, é o que constitúe os obxectos.

Unha tendencia nos **construtivismos**, nun sentido xeral, é a de delimitar as características e categorías do suxeito coñecedor para explicar a acción. Así fai Guidano, e iso suxire Mahoney ou, dunha forma máis subxectivista, Kelly. Isto pode conducir, no límite, a pór o peso do coñecemento en definir a organización do suxeito, eliminando o seu contexto, medios, fins e sentido do logro dos seus actos.

Polo contrario, as versións máis **construcionistas**, asumindo que só coñecemos a

interacción, quedan nela, desenvolvendo métodos para refinala, e sen levar máis aló desta as súas propostas. Hai entón unha liña divisoria de fondo entre construtivismos, cunha idea de suxeito, e a súa disolución postmoderna nos construcionismos.

Unha vez rexeitada a noción de verdade, e sen unha teoría alternativa do suxeito, o que cabe é o relativismo e a sedución. O construcionismo proponnos establecer unha relación entre individuos sen que teñamos ningunha idea do que é un individuo. Este individuo convértese nun xestor dos seus intereses, nun exercitador de estratexias, nun elaborador de significados lingüísticos ou nun xerador de negociación e acordos, mais do que nada máis podemos dicir a priori.

O terapeuta reconece esa especificidade na que o cliente é o único experto posíbel en si mesmo. Achégase entón a el a través do diálogo para coñecer a súa forma individual e única de ver as cousas.

A conversación terapéutica con individuos únicos está condenada a comezar cada día desde cero. Os modos de traballo en psicoterapia, entón, exércense a través de sondaxes únicas, só válidas para un cliente concreto xa que non poden apoiarse nun coñecemento organizado do suxeito. Mais sondaxes organizadas conforme un método de entrevista para producir resultados pragmáticos.

Na liña que apunta Fernández Liria (2000) para os modelos narrativos non cabe tanto facer interpretacións ao texto, canto comentarios. É razoábel supor, no entanto, que o terapeuta que realiza esta psicoterapia exerce necesariamente máis coñecemento sobre o suxeito do que explicita.

O **construtivismo postmoderno** que Mahoney e Neimeyer postulan inclúe baixo o seu paraguas ambas as versións da construción, a forte e a débil. A pretensión de ser unha metateoría abarcadora, a partir de principios como o de actividade e significado, fai que se esvaeza. No seu interior cabe xa calquera enfoque, con tal de que utilice a palabra chave: “construír”.

O **construtivismo, tal como o propoño**, busca algo diferente. Trátase de caracterizar o suxeito como construtor de verdades e valor, non só de interpretacións e negociacións. As verdades non son representación senón consistencia operatoria, é dicir, consecución de logros a través de operacións organizadas, organizacións de sentido e acción que buscan consistencia. Cabe pedirlle á psicoterapia o desenvolvemento de métodos e estratexias que maximicen a acción do terapeuta, ao estilo construcionista. Mais cabe pedirlle tamén a busca dun coñecemento das maneiras de éxito e erro, de función e disfunción típicas.

Non se trata de saber para informar ao cliente de como debe actuar, pois iso supón xeralmente unha estratexia basta e pouco útil. Mais si se trata de buscar un coñecemento desde o que sexa máis fácil entender e actuar para exercer influencia nas estratexias do cliente, os seus puntos fortes e débiles e as súas alternativas. Un coñecemento que busque tanto coñecer a capacidade operatoria e estratexias do cliente, como refinar as do terapeuta para influír naquel.

**Dos modelos comentados**, cabe establecer dous enfoques nos que se está a exercer, con máis claridade, unha opción construtivista. As dimensións xerais de xénese dun suxeito con categorías xenéricas, subxectuais, de facer e coñecer, vese con máis claridade en Guidano. Xa apuntamos, porén, como ese suxeito se distancia do contexto e os problemas concretos.

A respecto dunha concepción operatoria e construtiva dos problemas, descritos en base a estratexias subxectuais que o individuo pon en marcha, esta desenvólvese con máis claridade no modelo de Nardone. Deste apuntamos, no entanto, como carece dunha teoría do suxeito aínda que insinúe.

Vimos, até aquí, distintos modelos de psicoterapia construtivista. Valoramos en que medida e en que aspectos nos podemos referir a estes enfoques como construtivistas a través da aplicación dos criterios definidos inicialmente. Vou presentar a continuación unhas conclusións a esta segunda parte, Construtivismos en Psicoterapia.

## 2.6. Conclusións da Parte Segunda. Construtivismos en Psicoterapia

Quero explicitar algunhas conclusións froito da análise realizada:

1. **Os construcionismos en psicoterapia** valorados (Gergen, a Terapia Centrada en Solucións, as narrativas de White e Epston) son opcións postmodernas, subxectivistas e pragmatistas. A persoa é individual e particular, o coñecemento sobre cada un non pode ser xeneralizado. O útil e verdadeiro mídese unicamente segundo o criterio persoal. Tenden a disolver a idea de axente apoiándose en nocións como a da linguaxe como creadora, a narración como configuradora e o acordo como constitutivo da realidade. Céntranse en desenvolver a metodoloxía de conversación do terapeuta, sen unha teoría do suxeito que a sustente.

2. **O construtivismo en psicoterapia ao estilo de Mahoney e Neimeyer** é unha opción postmoderna, que se define fronte á idea do mundo como independente e a verdade como representación. Organízase a través da noción laxa de construción e a idea do individuo como activo. Entón caben versións débiles da idea de construción, subxectivistas e pragmatistas, ao estilo dos construcionismos, ou nunha maneira máis xenética e construtiva, mais tamén subxectivista, de Kelly. Cabe, ademais, todo o resto do abano de opcións até as versións fortes da construción, que desenvolven unha teoría do suxeito a través de dimensións subxectuais, xenéricas, da construción, ao estilo do modelo de Guidano ou a proposta sen concretar de Mahoney.

3. **A tradición de Watzlawick e a terapia estratéxica do MRI-Nardone** reivíndicase, en diversa medida, como construtivista. Faino en ausencia dunha teoría do suxeito, mais destacando as dimensións operacionais de creación e solución dos problemas e conceptualizando a relación terapéutica como un proceso de influencia e persuasión por parte do terapeuta. Ten así un sentido pragmatista e subxectivista, aínda que podemos ver tamén un esbozo de condicións subxectuais, xenéricas no seu modelo. Con respecto á relación destes enfoques co construtivismo de Mahoney e Neimeyer, a ausencia de citas cruzadas no material revisado suxire que se ignoran mutuamente.

4. **Hai opcións construtivistas en psicoterapia**, na versión forte da idea de construción. Trátase especialmente do modelo de Guidano, que propón unha teoría do suxeito a través da súa xénese construtiva. Trátase tamén do modelo de Nardone, en canto que establece dimensións subxectuais na creación e resolución dos problemas psicolóxicos especificando a súa construción operatoria.

5. **Os modelos valorados utilizan maioritariamente unha versión débil da idea de construción**, que considera que cada persoa constrúe o seu punto de vista particular e individual, sen alusión a dimensións xenéricas, subxectuais desa construción. Esta visión é coherente co postmodernismo e a idea de pluralidade acrítica dos coñecementos e verdades. Hai, en xeral, ausencia dunha teoría do suxeito e dunha versión forte da construción. O construtivismo de moitas psicoterapias construtivistas tende así a ser un subxectivismo que utiliza unha idea laxa de construción para distanciarse do realismo e enfatizar a idea de actividade e peculiaridade persoal dos individuos.

Na parte seguinte non comezaremos por modelos concretos para ver o que hai de construtivista neles. Antes ao contrario, faremos a viaxe inversa. A intención é, desde a posición que manteño, ver as consideracións que se poden facer sobre a psicoterapia. Estas consideracións serán necesariamente xerais, pois non se pretende o desenvolvemento dun modelo psicoterapéutico concreto, senón explorar as condicións nas que a psicoterapia ten sentido desde un punto de vista construtivista.

## PARTE TERCEIRA: PSICOTERAPIA EN CHAVE CONSTRUTIVISTA

### 3.1. *Psicoterapia en Chave Construtivista. Do coñecemento á incitación*

Pretendo aquí realizar unha serie de consideracións sobre a psicoterapia, entendida en chave construtivista. O referente é a idea construtivista de suxeito e psicoloxía que se esbozou na parte anterior, e as súas implicacións.

Xa formulei algunhas das **cuestións que implica para a psicoloxía o construtivismo**. Unha idea central é a da lóxica de construción. Ten que ver coas condicións filoxenéticas e ontoxenéticas nas que se entende a xénese das categorías do suxeito kantiano despois do evolucionismo de Darwin.

Entre elas está a idea de construción xenética dos modos organizados de coñecemento e acción do suxeito. Dos autores valorados exemplifícase mellor en Guidano.

Tamén está a idea dunha construción operatoria dos problemas, que entre os autores valorados se ve con máis claridade en Nardone.

Por outro lado está a elaboración sociohistórica de valores, verdades e prexuízos. Esta elaboración conforma o contexto no que o suxeito crea espazos de vida e convivencia familiar, grupal, profesional e sociopolítica. Estas cuestións, que en psicoloxía remiten con máis claridade a Vigotski, son en parte retomadas polos formatos máis próximos ao construcionismo social, aínda que coas características de relativismo e subxectivismo que apuntei. Estas características responden en parte á concepción da linguaxe como creadora de realidade, que critiquei, e non como mediador, como instrumento que se exerce sobre un sistema de funcións reais, materiais, non puramente lingüísticas.

Con respecto ao suxeito, cabe apuntar que de acordo coa proposta construtivista desenvolvida e aplicada previamente, o suxeito cobra sentido concibido de forma construtiva e xenética, onde a vontade, realidade e verdades non son primarias senón elaboradas no proceso. Estas son as condicións do desenvolvemento dunha teoría do suxeito á que nos referimos. Son unha proposta de saída ás contradicións do par natureza/liberdade, e das dialécticas positivismo/pragmatismo e obxectivismo/subxectivismo.

É o patrón de funcionamento do cliente e a súa forma de operar o que determina as direccións e os graos de liberdade posibles cos que o terapeuta debe traballar, e ese suxeito é o obxecto que precisamos coñecer para realizar a tarefa psicoterapéutica. Cabe pedirlle á psicoloxía un coñecemento da estrutura e organización psicolóxica dos medios e fins do suxeito que nos permita elaborar un coñecemento disciplinar.

Porén, a miña intención é referirme non á psicoloxía, senón á psicoterapia como ámbito específico de exercicio. A psicoterapia non é o coñecemento do suxeito, como podería reclamar a psicoloxía. A **psicoterapia é un encontro entre suxeitos** que pretende aliviar o sufrimento de

polo menos un deles.

É aquí pertinente a distinción que Gómez Fontanil e Coto Ezama (1990) establecen entre *acción instrumental*, que sería unha manipulación directa sobre obxectos, e *acción comunicativa*. A acción comunicativa implica dous axentes, un dos cales é “paciente” con respecto ao outro axente. É unha manipulación en dous tempos na que o primeiro axente provoca que o destinatario da comunicación realice un cambio sobre os obxectos que si que é unha manipulación directa. O segundo axente sería unha sorte de instrumento do primeiro. Un exemplo sería cando lle pedimos a outra persoa que prepare un té, o cal fai que esta persoa emprenda toda unha serie de accións instrumentais sobre os obxectos a partir da nosa acción comunicativa.

A psicoterapia como encontro entre suxeitos precisa entón operar dous tipos de coñecementos. O primeiro *remite a unha teoría do suxeito*, e consiste en saber o que fai este, que é o que lle xera os problemas e o que pode facer para saír deles. O segundo *remite a unha teoría da interacción entre suxeitos*, e consiste en saber o que pode facer o terapeuta para que o cliente faga aquilo que lle permitirá mellorar, é dicir, como facer actuar ao outro.

Non se trata de pedirlle ao outro que cambie sen máis (a non ser que facelo funcione!), esa tarefa non require unha pericia especial, nin acostuma aportar resultados útiles. Trátase de descubrir *como incitalo a que cambie* (Wittezaele, 2004). Trátase de indagar que aspectos da acción do terapeuta poden facilitar o afastamento da realidade problemática ou o cambio na dirección desexada. Iso leva a considerar tanto a situación de entrevista como a situación e proceso en que o paciente se encontra.

Os construcionismos presentan unha carencia de teoría do suxeito. Céntranse entón en desenvolver refinados métodos de conversación para facer actuar o outro. Fano desde unha posición de humildade, xa que o outro, individual e exclusivo, é o único experto posíbel na súa situación e formas de funcionar.

A opción oposta sería unha teoría do suxeito sen un modelo de interacción entre os suxeitos. Supón a idea dun modelo normativo do psicolóxico no que ensinar, instruír ao cliente. Isto responde a un certo cliché sobre o psicoterapeuta, que sería alguén que che di como son as “ cousas psicolóxicas ” en realidade e che dá consellos para te comportares adecuadamente conforme a esta verdade.

*Non ter unha teoría do suxeito* supón ter que recrealo desde cero en cada nova conversación. *Non ter un modelo da interacción entre suxeitos* supón vernos como observadores externos, alleos, e non como observadores participantes na interacción co outro, que é a única maneira de influír. En ambos casos o risco é entender peor o que pasa e ter menos posibilidades de exercer procedementos efectivos. A experiencia da interacción con outros implica exercer dalgunha maneira tanto unha noción do que o outro é como unha noción de como relacionarse con el. Á psicoloxía interésalle un coñecemento eficaz e explícito de ambas condicións, e non só

un exercicio implícito, tácito.

Denominei esta parte Psicoterapia en chave construtivista. Non se pretende, obviamente, o desenvolvemento dunha psicoterapia concreta. O que se busca é avanzar cara unha conceptualización e contextualización da psicoterapia desde o construtivismo. Non se pretende o construtivismo como interpretación que agrupe modelos, para dicir que uns son construtivistas e outros non, senón como marco desde o que tomar decisións e configurar o coñecemento e a práctica.

Na análise que emprendo a continuación percorrerei varios puntos. O primeiro será unha contextualización sociohistórica do *igualitarismo na relación terapéutica*. É relevante tocar este aspecto por canto é un sinal de identidade da práctica construtivista en case todos os modelos e concepcións.

Especialmente as opcións construcionistas e tamén o sentido máis laxo das opcións construtivistas, fan bandeira dun estilo de relación igualitario: o paciente activo, a súa consideración de axente, a necesidade de que acepte, asuma e asimile as propostas, o trato igualitario, o paciente como suxeito de dereitos, o estilo participativo e colaborador, a abertura de posibilidades...

Desde a crítica construtivista que exercerei, o igualitarismo, que ten un sentido psicolóxico como estratexia que facilita a acción psicoterapéutica, ten tamén sentido desde o valor da idea de cidadanía e dereitos. Valorarei o igualitarismo non en termos de relativismo sociohistórico, senón de xénese sociohistórica do sentido.

Despois abordarei unha idea esencial ao construtivismo que defendín, a da *especificidade do psicolóxico fronte ao médico* entendido como fisiolóxico-anatómico. Esta reflexión epistemolóxica levárame a pronunciarme nos ámbitos específicos da *investigación* e o *uso de protocolos en psicoterapia*.

### 3.2. Respecto ao contexto sociohistórico da psicoterapia como relación igualitaria

Os modelos construtivistas en psicoterapia mostran as características xerais de trato “igualitario” e poñen progresivamente máis en valor a postura do paciente. É característica a **conceptualización da relación terapéutica como unha experto-experto**, onde o cliente é o experto no seu problema e o terapeuta en psicoloxía ou incluso só en técnicas de conversación. Vou facer unha contextualización sociohistórica desta postura construtivista.

Cabe apuntar que entronca coa **corrente igualitarista e democratizadora** que se desenvolve no occidente a partir da Ilustración e da Revolución Francesa.

Nesta liña desenvolvéronse progresivamente os dereitos do home, da muller, da infancia, dos animais, do planeta e das diversas minorías, razas, culturas e linguas.

De acordo con Collins (2009), esta extensión do dereito ás minorías faise particularmente patente no occidente a partir da revolución cultural dos anos 60. Por un lado

desconfíase do Poder e a Verdade con maiúsculas. Por outro, coa multiplicidade de discursos e intereses que emerxen, desconfíase de todo discurso e verdade que xa non é instrumento de liberación fronte á ignorancia e a tradición, ao estilo da razón ilustrada, senón que se ve como ferramenta de intereses, desvelados ou non. Neste contexto aumenta a concepción de todo coñecemento como, no fondo, irracional.

A efectos de coidado da saúde, é neste curso da ampliación do círculo da ética e do aumento do número de interlocutores válidos onde cabe entender que o paciente pase de ser obxecto de actos médicos a ser suxeito de dereitos.

Isto exemplifícase claramente na doutrina do **Consentimento Informado** que xorde nun contexto xudicializado como o dos EE.UU a partir dos anos 50 do século pasado. Trata de protexer o dereito dos pacientes a unha maior liberdade de elección obrigando aos médicos a comunicar ao paciente cal é a súa doenza e as alternativas de tratamento cos seus riscos e posibilidades de éxito de forma que sexa este quen decida (por escrito) aceptalas ou rexeitalas. É unha resposta do sistema legal a reclamacións por negligencia médica. Historicamente supuxo un cambio, cando menos formal, na tradición paternalista da medicina que abriu o camiño a posteriores transformacións da relación médico-paciente.

Por exemplificalo dun xeito meridiano:

- En palabras de **Hipócrates**: "Oculta ao doente, durante a túa actuación, a maioría das cousas... Respóndelle algunhas veces de forma estrita e severa, mais outras ánimo con solicitude e habilidade, sen mostrarlle nada do que lle vai pasar nin do seu estado actual; pois moitos acoden a outros médicos por causa da declaración, antes mencionada, do pronóstico sobre o seu presente e futuro" (Hipócrates, *Sobre a decencia*, citado en Gómez Sancho, 1998, p. 335).

- Na **Lei de Autonomía do Paciente** (2002, p. 40127) española: o Consentimento Informado é "a conformidade libre, voluntaria e consciente dun paciente, manifestada no pleno uso das súas facultades despois de recibir a información adecuada, para que teña lugar unha actuación que afecta á súa saúde."

Nos seus trazos máis inespecíficos, o que se deu en chamar construtivismo en psicoterapia propón un estilo cuxos trazos máis característicos serían, segundo Neimeyer (Neimeyer e Mahoney, 1998, cap. 2):

-Estilo participativo, comprensivo e colaborador máis que autoritario.

-Promoción de creación de significados para a abertura de posibilidades máis que corrección de déficit.

-Resistencia ao cambio como forma lexítima de reacción, que permite protexerse e regular o ritmo de cambio.

Estes trazos axústanse perfectamente ao citado proceso igualitarista e de ampliación dos dereitos, o cal entendo que explica en parte os motivos da súa popularidade.

A idea a considerar é, entón, de que maneira esta tendencia “democratizadora” en psicoterapia acontece nun contexto sociolóxico peculiar. Este contexto provén dun longo ciclo histórico en que, especialmente no occidente, a persoa está a fortalecerse como suxeito de dereitos e axente con lexítimo poder de decisión, a diversos niveis sociais, legais e sanitarios.

### *3.2.1. Reflexión e crítica construtivista*

Apuntei aspectos históricos e sociolóxicos que convén ter en conta. Non quixera, non obstante e como é de esperar, pretender que estes ángulos esgoten os niveis de análise, e que a adopción dun estilo de trato igualitario se xustifique e explique por unha cuestión puramente sociolóxica ou como simple estratexia persuasiva. Quizá en parte si, mais non só por iso, porque entendo que é unha cuestión con máis dimensións.

Neste sentido a idea de cidadanía e dereitos na que se constitúe a idea de relación igualitaria entre médico e paciente, ou terapeuta e cliente, permite exemplificar un aspecto construtivista que mencionei anteriormente de esguello.

Refírome á idea da elaboración sociohistórica de valores e verdades, de raíz vigotskiana, que remite a como o suxeito crea colectivamente as categorías. Esta elaboración está a crear o contexto en que o suxeito crea espazos de vida e convivencia familiar, de grupo, profesional e sociopolítica. Estes valores e categorías chegan ao presente cun sentido e unha historia, e son as condicións do futuro sentido e historia. Teñen un valor de verdade posta a proba colectivamente. Sen ser a verdade, forman parte de verdades plurais e históricas, nin relativistas nin arbitrarias, senón cun sentido, mellor ou peor. Hai entón problemas que están ligados a condicións sociohistóricas que xeran ámbitos de conflito e sufrimento, ou convivencia e crecemento. Hai proxectos de sentido que fan aceptábel o sufrimento, e ausencia de sentido que fai intolerábel o sufrimento ou inexistente a satisfacción. Eses marcos sociohistóricos ao tempo xéranse pola acción dos suxeitos, e son a condición para o exercicio desa acción dos suxeitos.

Esta posición permite revisar a anterior análise sociohistórica da popularidade do estilo igualitario en psicoterapia que o construtivismo recolle. Refírome a que o trato igualitario na relación psicoterapéutica se contextualiza na evolución da idea de cidadanía e dereitos do individuo. O individuo conceptualízase como axente con capacidade e responsabilidade persoal de acción e decisión. As institucións confórmanse entón para atender eses cidadáns. E a psicoterapia tamén. Entón a situación psicoterapéutica organízase en termos igualitarios ao presupor no outro a capacidade e responsabilidade como axente. Desta maneira tal situación acaba por esixirlle esa capacidade persoal de acción e decisión, que podía non ser previa nel.

Hai funcionamentos das persoas máis pasivos ou máis dependentes doutros. A concepción igualitaria da relación terapéutica, na que se presupón ao outro como axente, tende a configuralo conforme a capacidade e responsabilidade persoal de acción e decisión que se lle presupón. O que resulta ser un valor e verdade configurado sociohistoricamente a través da acción colectiva dos individuos, crea unha situación na que se pide, polo menos implicitamente, ao individuo que se constitúa de acordo con el.

O exercicio do trato igualitario, polo tanto, ten un referente sociohistórico e ao mesmo tempo configúrao. Ten ademais un valor, distinto doutras concepcións da persoa, como a tribal que poida existir en determinadas sociedades africanas ou a dos estamentos dunha sociedade feudal, quizá en parte reflectida nas castas da India actual. A elección deste estilo non é polo tanto unha simple cuestión relativista, irracional, como podería apuntar o construcionismo social, senón que incorpora dimensións de sentido e configura a realidade a nivel colectivo.

Lida dunha maneira operatoria, material e non subxectivista, isto mesmo encontramos na frase de Von Foerster: *“Debo vivir co mundo que creo ao actuar dun ou doutro xeito. Nese mundo pode ser capaz de durmir, ou ter pesadelos”* (citado en Bröcker, 2004, p. 25).

**Os enfoques construcionistas tenden a categorizar a relación igualitaria en psicoterapia baixo a concepción do cliente como experto.** Algúns enfoques construtivistas, ao estilo de Mahoney e Neimeyer, suavizan esta postura coa concepción da psicoterapia como encontro entre expertos, o cliente experto no que lle pasa e o terapeuta experto nos procesos de cambio. Esta cuestión merece unha reflexión máis repousada.

Expuxen anteriormente que a psicoloxía e psicoterapia como disciplinas implican unha teoría do suxeito e da interacción entre suxeitos. Neste sentido a relación terapéutica non pode ser unha de igual a igual. O psicoterapeuta aporta coñecemento disciplinar, é un experto. O sentido dunha disciplina estriba en aportar coñecemento especializado e organizado, máis válido que o “sentido común”. Se non pode facer iso, entón efectivamente a psicoterapia é unha conversación como calquera outra, tan válida ou tan pouco válida como a que se podería ter con calquera, independentemente da súa formación.

A pretensión de relación de igual a igual en psicoterapia, por canto o cliente é tamén un experto, é característica dos enfoques construcionistas. Apóiase na asunción básica de que só é posíbel coñecer individuos concretos e particulares nunha conversación dada, e non pode xeneralizarse nin coñecerse nada máis. Se non podemos saber nada dos individuos nin as patoloxías, en cada problema só cabe un experto, que é quen o padece.

Desde unha óptica postmodernista todos os coñecementos son relativos, e non hai verdades en maior grao que outras. Entón o construcionismo propón a relación igualitaria non como un formato de relación entre persoas, senón como un formato de constitución da realidade a través da negociación entre interlocutores equivalentes. Ambos interlocutores teñen

coñecementos igualmente válidos, ou igualmente non válidos, porque na realidade nada se pode dicir da diferenza dos seus coñecementos, excepto que nun sentido pragmatista lle sexan máis ou menos útiles ao cliente.

Aquí o igualitarismo, en ausencia dunha teoría do suxeito e das operacións, fai que o terapeuta converta a realidade particular e persoal do cliente na única realidade de referencia. En ausencia de algunha teoría sobre as verdades e sobre o psicolóxico, convertemos na verdade de referencia aquilo que o cliente nos diga que el cre.

Mais padecer ou saber moito de algo non converte a ninguén nun experto. O que o converte nun experto é tamén a calidade dese coñecemento. Saber o tempo que fixo cada un dos días do ano non converte a ninguén en experto en meteoroloxía. Para ser experto en meteoroloxía requírese un coñecemento específico e organizado, que permite entender e predicir. O sentido común ou persoal pode ser moi válido, mais unha disciplina o que busca de algunha maneira é sistematizar a validez e levala máis aló do simple uso individual e peculiar.

Neste sentido, despois de máis dun século desde a fundación do laboratorio de psicoloxía experimental de Wundt en 1879, deberíamos poder saber que si que é posíbel coñecer algo do psicolóxico máis aló do individuo concreto. Outra cousa é que sexa fácil operativizalo, estender pontes ao uso práctico deste coñecemento. Mais esa é máis unha tarefa a realizar que un labor a negar por imposible. A sospeita razoábel é que os terapeutas construcionistas están a empregar moito máis coñecemento e habilidade do que nos din que é posíbel. A suposición que cabe facer é que o están a exercer, sen explicitalo.

Polo tanto é pertinente marcar distancias coa concepción da relación psicoterapéutica como igualitaria en base á conceptualización do paciente como experto. A psicoterapia é para o cliente, e el é o protagonista. É chave a súa narración, a súa visión, os seus valores e as súas metas. Mais iso non quere dicir que a súa forma de coñecer e actuar sexa a que define o válido e o eficaz. Na medida en que a súa forma de coñecer e actuar estea en relación cos problemas que o traen á psicoterapia, estas formas son máis ben o material de traballo da psicoterapia. E para traballar con esas formas de facer, é preciso facelo desde un coñecemento e formas de facer do terapeuta, distintas ás do cliente. Esa acción e coñecemento do psicoterapeuta son os que constitúen a psicoloxía e a psicoterapia.

Mais quero marcar distancias tamén coa elección da igualdade como simple procedemento persuasivo. Esta é **a posición da terapia estratéxica do MRI. Para estes autores a relación igualitaria é de elección por canto facilita os procedementos persuasivos.** É a máis útil como medio de persuasión, mais hai que estar preparado para cambiar a estilos máis autoritarios se resultan máis eficaces. De acordo co punto de vista construtivista exercido neste apartado, a elección dun estilo de relación de igual a igual incorpora dimensións éticas, de sentido e de proxecto de convivencia. Exerce un valor relativo ao concepto de cidadán como axente de acción, decisión, dereitos e deberes, e configura aos individuos de acordo con el. A

flexibilidade e control de distintos rexistros por parte do terapeuta é enormemente valiosa. Mais a elección dun estilo ou outro incorpora non só compoñentes de eficacia, senón tamén de valor e de conformación social e individual dos suxeitos.

O estilo de relación crea un contexto para a acción psicoterapéutica e configúraa a ela, ao cliente e ao terapeuta. Confórmaos como axentes. Non é un simple “excipiente”, ao modo da sacarosa que fai máis agradábel a inxestión da píldora que contén o principio activo.

Nas dúas últimas seccións ocupeime dun dos sinais de identidade dos construtivismos en psicoterapia, o da relación terapéutica igualitaria.

Xa apuntei que cabe contextualizala nun ciclo histórico no que, especialmente no occidente, está a fortalecerse a persoa como suxeito de dereitos e axente con lexítimo poder de decisión, acción e responsabilidade, a diversos niveis sociais, legais e sanitarios.

Marquei distancia coa idea de igualdade na relación baseada na idea do paciente como experto, que tende a anular o valor da psicoloxía e psicoterapia como disciplinas. Esta é unha idea de cuño postmodernista, relativista e escéptico en canto á posibilidade de verdades.

Marquei tamén distancia coa idea da igualdade como estilo de elección por canto facilita os procedementos persuasivos, que é unha idea de cuño pragmatista.

As posturas socioloxistas, escépticas e pragmáticas teñen o seu sentido como crítica ao dogmatismo, promoción da flexibilidade e consideración da experiencia e coñecemento do cliente como valiosos. Mais resultan excesivamente limitadas.

A través da crítica realizada a estas posicións tratei de exemplificar a idea construtivista de xénese sociohistórica de valores e verdades. Neste caso o igualitarismo está ligado a unha idea de cidadán e axente como suxeito de dereitos e deberes e con capacidade de decisión, acción e responsabilidade. Por suposto que é pertinente que o terapeuta sexa capaz de controlar e elixir entre estilos máis ou menos igualitarios ou autoritarios, flexíbeis ou directivos, e que iso pode ter relación co resultado terapéutico. Mais ao exercer un estilo e non outro, constituímonos e constituímos o cliente a través da relación. As categorías que exercemos permítennos ao mesmo tempo a acción e configúrana.

### *3.3. Respecto ao contexto epistemolóxico e psicolóxico da psicoterapia como encontro entre suxeitos*

Á hora de considerar a psicoterapia hai unha primeira consideración básica e ineludíbel, non sociolóxica. É a existencia de **niveis diferentes da realidade**, que non poden ser explicados un polo outro senón que teñen modos de organizarse e regras de funcionamento diferentes.

O fisiolóxico presupón o inorgánico, mais funciona dun xeito diferente e non se explica por iso. De igual maneira o psicolóxico presupón o fisiolóxico mais non se explica por iso, porque ten unha forma de organizarse e funcionar diferente. Esta é unha distinción ontolóxica

que resulta da construción epistemolóxica da realidade.

Os niveis de organización da materia son debidos a que cando estudamos e traballamos cos fenómenos encontramos niveis de análise que teñen regras diferentes uns dos outros, e non poden explicarse uns por outros. A fisioloxía parte do inorgánico, mais non pode entenderse nin utilizarse segundo as regras do inorgánico. O psicolóxico parte do fisiolóxico, mais non pode entenderse nin utilizarse segundo as regras do fisiolóxico. Os campos operatorios non son reducíbeis uns a outros. Se se cre que o psicolóxico funciona segundo as regras do fisiolóxico, entón defínese o psicolóxico como epifenómeno, como innecesario para entender nada, como irrelevante, exercendo un monismo fisioloxista. Mais o problema non é dicilo, que é sinxelo, senón mostralo e facelo funcionar.

Partiremos dos principios epistemolóxicos e psicolóxicos esbozados até aquí, relativos a unha concepción construtivista do suxeito e a unha concepción da psicoterapia como encontro entre suxeitos. Vamos entón referirnos a tres puntos, a saber: o médico como analoxía do psicolóxico, a investigación en psicoterapia, e o papel dos protocolos de tratamento na clínica.

### *3.3.1. O médico como analoxía do psicolóxico*

O obxecto de coñecemento da Medicina está caracterizado dun xeito fisiolóxico-anatómico. Esa é a súa maneira de operar e o seu ámbito de coñecemento como disciplina. O cal non elimina o feito de que o acto médico teña, obviamente, moitas máis compoñentes cando se dá na interacción humana con doenzas e pacientes reais.

Esta conceptualización fisiolóxico-anatómica da súa realidade dáse en todas as ramas da Medicina, e é tamén o proxecto inacabado da Psiquiatría como disciplina médica. Por exemplificalo en palabras do profesor de Psiquiatría Kenneth Kendler (2006, p. 127), “de todas as disciplinas médicas a psiquiatría é a que intenta relacionar a mente co cerebro. Tomemos, por exemplo, a situación clínica típica: estou a tratar unha rapaza que sufriu un episodio de depresión, e falamos de como se sente e dun problema conxugal relacionado coa súa relación conflitiva co seu pai. Falamos de cuestións profundas do seu mundo mental, a súa identidade e sentido e, porén, no transcurso da visita teño que desconectar e pensar o que ocorre no seu sistema neurolóxico, como lle afecta ao hipocampo e a amígdala, e se lle estou a dar a dose correcta de medicación para que se lle regulen os receptores. Entón teño que desconectar outra vez e volver ao mundo da mente. De forma que, no traballo diario, os psiquiatras estamos a pensar sempre nesa inextricábel interrelación entre a mente e o cerebro. É dicir, observar a mente, o mundo que vemos desde o noso interior, e o cerebro. Abrir o cerebro e pensar onde están a cambiar os receptores e se estamos a usar a medicación correcta no tratamento farmacolóxico.”

A aplicación deste modelo médico resulta, por outro lado, menos potente en Psiquiatría que noutras ramas da Medicina. Unha característica da Psiquiatría é que non consegue a efectiva

definición das síndromes sobre as que se ocupa en termos de doenzas. Sen prexuízo de que se avance no coñecemento dos mecanismos fisiolóxicos dos psicofármacos e dos trastornos mentais, non hai unha definición fisiolóxico-anatómica da etioloxía e curso das síndromes que permita caracterizalas conceptualmente como doenzas. Isto permanece como proposta e plan de traballo a futuro, aínda que o leigo na materia o supoña xa feito.

Neste sentido, seguindo a Moncrieff e Cohen (2009), cabe apuntar os debates internos da Psiquiatría coa proposta dun modelo centrado na acción do fármaco. Este modelo propón centrarse nos psicofármacos como produtores de estados físicos e mentais alterados específicos, que poden suprimir as manifestacións de certos trastornos mentais. Oponse ao xa tradicional modelo da acción do psicofármaco centrado na doenza, que asume que os fármacos actúan corrixindo as anormalidades biolóxicas subxacentes que producen os síntomas psiquiátricos.

A cuestión que presentei remite á idea da dificultade de conceptualizar os trastornos psicolóxicos en termos fisiolóxico-anatómicos, e ademais ter éxito no empeño. Os psicofármacos teñen, por outra parte, unha utilidade en moitos casos probada, sen que ese marco teórico funcione. Mais quero apuntar que esta dificultade para a conceptualización das manifestacións psicolóxicas en termos fisiolóxico-anatómicos cobra sentido ao entender o psicolóxico como un nivel de funcionamento distinto ao fisiolóxico, que presupón o fisiolóxico mais non se explica por iso.

Fixen até aquí alusión aos problemas do modelo médico en Psiquiatría para abordar o psicolóxico. A partir deste punto cando me refira á Medicina enténdase que me refiro ao uso máis exitoso do modelo médico en especialidades que si que conseguen o acoutamento fisiolóxico-anatómico das súas doenzas. Un exemplo serían as formas de coñecer e proceder da Cardioloxía, Dermatoloxía ou Neuroloxía.

A Medicina pode entón exercer un potente recorte do seu obxecto ao reduci-lo a fisioloxía e anatomía, con un máis que notábel éxito en moitos casos. Mais en psicoterapia, xa desde a escoita psicanalítica, hai unha forte, diríamos inevitábel, tendencia a aumentar o protagonismo do “paciente”, do “obxecto” e a consideralo como axente, como suxeito.

Unha formulación terapéutica fisiolóxico-anatómica tratará na entrevista de recabar información que lle permita estimar cal é a variábel fisiolóxica ou anatómica que hai que modificar e despois indicar o tratamento adecuado ao paciente, cuxa colaboración se presupón. Simplificando, unha vez “inxerido” ou “operado”, o tratamento funcionará por si mesmo, de forma unidireccional e independente da vontade do paciente. Dado que a realidade sobre a que se opera é fisiolóxico-anatómica, en boa medida o paciente como suxeito de vontade e acción é un “estorbo”. Hai, implicitamente, unha concepción do psicolóxico como erro, na liña do platonismo.

A idea simplificada de que os tratamentos médicos, unha vez postos en marcha, actúan a nivel eminentemente fisiolóxico-anatómico independente da vontade ou acción do suxeito é

unha idea que funciona ben en moitos casos, mellor canto máis clara estea a causalidade e funcionamento fisiolóxico do trastorno, e probabelmente peor cantos máis factores psicolóxicos estean implicados ou teñan peso.

Podemos supor que o obxectivo, sentido e uso que o paciente faga da técnica ou intervención é pouco relevante para a intensidade do seu efecto, ou que é unha categoría dicotómica con só dous valores, que o paciente a use (como se inxerise un fármaco) ou que non a use (como se non tomase o fármaco). Se aceptamos isto podemos tomar o efecto fisiolóxico dos fármacos como boa metáfora e modelo para entender o efecto psicolóxico das técnicas psicoterapéuticas, establecendo unha analoxía entre o fisiolóxico e o psicolóxico. Esta analoxía maniféstase como idea de fondo en formatos de investigación e clínica que conciben os tratamentos psicolóxicos como paquetes para tratar patoloxías ou problemas, dos que se intenta buscar a dose adecuada e alambicar as compoñentes activas.

En palabras de M. Pérez (en González Pardo e Pérez Álvarez, 2008, p. 295, letra cursiva e aspas do autor) “...boa parte do éxito da terapia de conduta e cognitivo-condutual é á custa da *mimetización* do modelo médico e dunha certa *desvirtuación* do modelo psicolóxico (contextual, psicosocial, aberto a varias solucións). O feito de que a terapia de conduta e cognitivo-condutual ofrecera modelos psicolóxicos dos diversos cadros diagnósticos, lonxe de revelar a súa obxectividade, o que pon de relieve é, en realidade, o carácter construtivo-práctico (e habería que ver para que e para quen) dos ditos cadros e non, precisamente, o carácter natural (que está suposto pola lóxica sobre a que se “constrúen”). Esta mimetización do modelo médico que, como se dixo, ten o grande mérito de mostrar a eficacia dos tratamentos psicolóxicos en relación cos psicofarmacolóxicos, ten tamén o risco de dirixir a psicoloxía clínica por camiños que a poden pór de lado en terreos xa colonizados á vez que a poden afastar do seu propio rumbo aberto aos cambiantes problemas da vida”.

Vamos agora referirnos á investigación, para despois facer unhas consideracións sobre a clínica no tocante aos protocolos de tratamento.

### 3.3.2. Investigación en psicoterapia. O Dodo e outros paxaros

A historia do paxaro Dodo provén do libro de Lewis Carroll (1991) *Alicia no País das Marabillas*. Logo de ter sido mollados polas lágrimas de Alicia, os animais organizaron unha carreira para se secaren. Correron por unha pista circular. Mais fixérono dun modo peculiar, xa que cada un comezou e acabou a carreira cando considerou oportuno. Logo de concluír, os participantes preguntaron: Quen gañou? O Dodo dixo: Todos gañastes, e polo tanto, todos debedes ter un premio.

Este “veredicto do Pexaro Dodo” exemplifica a postura da perspectiva dos Factores Comúns para a investigación e psicoterapia. Afirmar que moitos enfoques psicoterapéuticos son igualmente efectivos, e son os factores ou ingredientes comúns que dan conta desa eficacia o

que nos interesa.

Esta posición opónse de fronte ao enfoque hoxe de referencia, o dos **Tratamentos Empiricamente Validados**, que propón que algúns modelos e técnicas de terapia serán máis efectivos que outros con algúns clientes e problemas determinados e iso é o que nos interesa estudar e clasificar.

Ampliaremos, de acordo con Castelnuovo e cols. (2004), o enfoque dos **Tratamentos Empiricamente Validados**. Este aliméntase da idea da Medicina Baseada na Evidencia e apóiase na metodoloxía dos ensaios clínicos controlados e aleatorizados. O esforzo para identificar, estudar e promover terapias empiricamente validadas comeza oficialmente na American Psychological Association (APA) en 1995, coa creación da súa División 12.

Castelnuovo e cols. (2004) apuntan ademais que esta metodoloxía de investigación favorece a investigación da eficacia de tratamentos manualizados e realizados a partir de diagnósticos, e nela prosperaron os modelos cognitivo-condutuais. Criticouse, non obstante, que se focaliza na eficacia antes que na efectividade, e tende a restrinxir o ámbito da investigación e psicoterapia. Apuntouse tamén que a súa metodoloxía presenta distintos problemas técnicos e que as psicoterapias empiricamente validadas non encontran a ampla acollida que sería esperábel entre os clínicos.

Estenderemos o **enfoque dos Factores Comúns** seguindo a Duncan (2002). Refire este autor que esta metáfora foi usada por primeira vez por Rosenzweig no seu artigo de 1936 “Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy”, en relación á equivalencia da eficacia entre psicoterapias. Esta imaxe e concepto foi reutilizada nos anos 70 por autores como Frank ou Luborsky. A contribución recente máis relevante é quizá a de Lambert.

Duncan (2002) continúa a afirmar que o modelo dos tratamentos empiricamente validados se funda no modelo médico, baixo a idea de que a mellora nos síntomas se produce a partir do diagnóstico adecuado e a aplicación do tratamento recomendado. Mais, en psicoterapia, o feito de privilexiar os datos lidos baixo o modelo médico non explica os procesos de cambio, non permite seleccionar os tratamentos máis eficaces e non permite predicir resultados, porque estas cuestións derivan máis de factores comúns como os relativos á alianza.

Con respecto ao coñecido estudo de Lambert (1992), o que o autor afirma en conclusión é que o resultado e a mellora en psicoterapia depende de factores comúns (30%), cambio extraterapéutico (40%), expectativas e placebo (15%) e técnicas (15%). Os factores comúns terían, entón, un peso considerabelmente maior que as técnicas.

Esta corrente tivo tamén a súa plasmación institucional na APA, a través da creación da División 29, desde a que se publicou o libro *Psychotherapy Relationships that Work* (Norcross, 2002). Esta obra recompila estudos baixo a idea das relacións terapéuticas empiricamente validadas, como contraste ás guías de tratamento baseadas unicamente en listaxes de

tratamentos empiricamente validados. Trata, entre outros, factores comúns cuxa efectividade considera ben establecida como a alianza, a cohesión en terapia de grupo, a empatía e o acordo sobre metas e colaboración.

Quero indicar con estas notas que o debate entre estes dous enfoques da investigación e práctica en psicoterapia non é unha cuestión menor, senón con fonda traxectoria e resonancias disciplinares, institucionais e prácticas.

A continuación vou apuntar algunhas das contradicións deste debate a través da postura que B. E. Wampold defende na súa obra *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings* (Wampold, 2001). Wampold defende o **modelo contextual**, que afirma baseado no enfoque dos factores comúns, fronte ao modelo médico en psicoterapia. O desenvolvemento do modelo médico en psicoterapia basearíase nos manuais de tratamento e os tratamentos empiricamente validados.

De acordo con Wampold o modelo dos tratamentos empiricamente validados é un modelo ecléctico que trata de responder á pregunta enunciada en 1969 por G.L. Paul (Paul, 1969, citado en Wampold, 2001, p. 21): “Que tratamento, aplicado por quen, é máis efectivo para este individuo con este problema específico, baixo estas circunstancias [...]?”.

O modelo dos factores comúns é un modelo que explica que hai unha serie de factores comúns que son psicoterapéuticos. A partir do modelo dos factores comúns xorde tamén o modelo contextual, que Wampold defende. Chámase modelo contextual porque destaca os factores contextuais da psicoterapia. Unha das súas expresións máis representativas dáse en Jerome Frank a través da súa obra *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Nela, sempre seguindo a Wampold, a psicoterapia alcanza os seus efectos tratando a desmoralización que resulta dos síntomas máis que os síntomas en si mesmos.

Vexamos o que propón Frank (1961):

-En todas as culturas a relación de curación ten tres aspectos. O primeiro é un influenciador que se preocupa do benestar de quen sofre. O segundo é o poder que se atribúe a esas figuras de influencia. O terceiro é que o influenciador media entre o influenciado e a sociedade ou forzas suprapersoais ou supernaturais.

-O alivio do sufrimento prodúcese a través dalgún ritual ou tarefa que permite liberarse dos erros, require a implicación activa dos participantes e é tipicamente repetitivo. O proceso de influencia expresa e é guiado por un sistema conceptual que inclúe a doenza e a saúde, o normal e o anormal. Especifica as causas do sufrimento e como saír del.

-Aínda habendo aspectos específicos, relativos aos esquemas conceptuais e métodos de cada tipo de terapia, moita, cando non toda a eficacia da psicoterapia sería debida a aspectos que as distintas psicoterapias teñen en común antes que a outros aspectos que as distinguen. Estes aspectos terían que ver, entre outras cousas, co uso da persuasión e a capacidade de mobilizar o

placebo en canto expectativa do paciente de ser axudado. É importante mobilizar a expectativa de axuda, se ben non é adecuado que o clínico use métodos nos que non cre. Mais é útil asumir o exercicio de influencia nos pacientes de forma consciente, antes que inconsciente.

-O cambio en psicoterapia daríase porque produce activación e facilita a aprendizaxe, facilita a integración emocional e a substitución de emocións negativas por outras máis positivas, introduce a novidade en informacións, emocións, actos e situacións, e xera cambios que conducen a novas experiencias vitais.

Unha vez aclarado en termos de Frank o que significa o modelo contextual, volvemos a Wampold (2001). Para este autor, no modelo contextual os ingredientes específicos son necesarios como modo de articular un tratamento coherente onde o clínico crea e facilita unha explicación convincente aos clientes.

O modelo contextual, defende Wampold, é máis unha meta-teoría na que cabe calquera modelo terapéutico. Ademais, os factores comúns e factores contextuais non poden separarse da aplicación de cada modelo concreto. O que di este modelo contextual é que na aplicación de calquera modelo psicoterapéutico as compoñentes específicas do tratamento son irrelevantes en canto aos seus efectos específicos. A eficacia das compoñentes específicas provén da crenza no modelo terapéutico que manteñen terapeuta e cliente e do significado que lle atribúen a tales compoñentes específicas no contexto da dita crenza no modelo e a súa coherencia.

É interesante buscar a que se opón este modelo contextual. En palabras de Wampold (2001), oponse ao **modelo médico**. Mais define o modelo médico dun xeito peculiar. Para Wampold (p. 11), “o modelo médico caracterízase pola insistencia na correcta explicación dun transtorno e na adopción das accións terapéuticas concomitantes”.

*O modelo médico en psicoterapia* ten entón para o autor cinco compoñentes: o problema ou queixa, a explicación psicolóxica desta, os mecanismos de cambio do modelo, os ingredientes terapéuticos (accións) específicos, e a especificidade conforme á cal o efecto dos ingredientes específicos é responsábel da mellora.

Tras expor a posición de Wampold, cabe apuntar unha primeira nota crítica a estas formulacións. Diríase que o modelo contextual explota conceptualmente as dimensións do efecto placebo e a persuasión inespecífica para a psicoterapia, mais é difícil conceptualizar os problemas e solucións psicolóxicas como unicamente efecto placebo e persuasión. O autor toma esta posición a partir da súa crítica ao modelo médico.

Mais, en realidade, o que Wampold denomina modelo médico, e ao que opón o modelo contextual, non é tal cousa. O que chama modelo médico é o modelo racional, xenérico, de solucionar un problema a partir dunha explicación acerca de como funciona. Se iso é modelo médico, entón calquera que soluciona un problema faino baixo unha versión do modelo médico. Aquí cabe desde un cerralleiro até un enxeñeiro, pasando por calquera intento de solucionar un

problema que parta dalgún coñecemento, e non só de respostas ao acaso. Cabe tanto que non define nada.

O modelo médico non é a idea de solucionar un problema a partir da súa correcta explicación, senón o uso de explicacións médicas, fisiolóxico-anatómicas para ese proceso racional. O diagnóstico da doenza asóciase entón a uns mecanismos etiolóxicos e patolóxicos e consecuentemente a un tratamento. O problema en Saúde Mental é que o diagnóstico (CIE, DSM) é unha etiqueta descritiva que non leva asociado o coñecemento dos mecanismos etiolóxicos e patolóxicos fisiolóxico-anatómicos, polo que a súa potencia para tratar é menor que noutras ramas da Medicina.

O modelo médico en Psicoloxía, entón, se é algo, será a concepción do psicolóxico por analogía co médico fisiolóxico-anatómico. Oporíase á idea do específico e particular das operacións e funcionamento psicolóxico, non reducíbel a fisioloxía.

Mais rexeitar a idea de solucionar un problema a partir da súa explicación é puro irracionalismo. Se os problemas se crean e solucionan, interésanos saber como. Se a persuasión e placebo funcionan, interésanos saber como. Ambos tipos de coñecemento interesan á Psicoloxía. Pretenderíase a súa definición como operacións organizadas e estratexias dos suxeitos, que permita a súa intelixibilidade. E se non é posíbel coñecelos, é difícil defender a psicoloxía como ámbito de coñecemento, aínda que poida constituírse como prácticas organizadas pola súa utilidade.

De acordo con J. Beavin Bavelas (na súa Palestra *Observing co-construction: Microanalysis of therapeutic dialogue*, no XXIX Congreso Nacional de Terapia Familiar celebrado en Oviedo, do 30 de outubro ao 1 de novembro de 2009) a investigación útil para a psicoterapia provén de catro fontes, que son os estudos controlados e aleatorizados de psicoterapias, os estudos microanalíticos, os experimentos en principios básicos de psicoloxía e os análogos experimentais. O primeiro tipo de estudos permite saber que é o que funciona, e os outros tres tipos de estudos buscan saber como ou por que funciona.

Os construtivismos psicoterapéuticos, en xeral, orientan as investigacións en psicoterapia cara outro lado, cara os procesos. Por un lado no sentido de microanálise da interacción, propia de orientacións construcionistas e interaccionais en sistémica. Por outro lado en canto ao interese nas variábeis de proceso no tocante aos factores comúns en psicoterapia, antes que á investigación sobre técnicas específicas, característica de formulacións construtivistas laxas como as de Neimeyer e Mahoney.

A investigación sobre eficacia de técnicas ou paquetes de tratamento é útil como forma de discriminar e de orientar certas decisións en psicoterapia. Mais só o estudo que nos permita un coñecemento operativo sobre o funcionamento do suxeito, os seus trastornos e a psicoterapia capaz de axudarlle a resolvelos é capaz de xerar un coñecemento disciplinar. Sen unha definición de como funciona aquilo sobre o que estamos a aplicar as técnicas, tendemos ao

pragmatismo.

No entanto, quero establecer tamén distancias coa idea dos factores comúns. Estas distancias teñen que ver coa idea, exposta por Nardone e Portelli (2006), que recollín na exposición do modelo de Nardone e que estrutura en boa medida as reflexións desta parte do traballo. É a postura de que para a psicoterapia, aínda que é necesario controlar os factores inespecíficos e de relación, *un coñecemento operativo do problema posibilitáanos unha boa técnica coa que o terapeuta pode ser moito máis activo, e non só utilizar eses factores inespecíficos.*

A investigación adecuada ao noso obxectivo será aquela que nos permita entender a eficacia das técnicas desde a súa relación coas operacións que establecen os problemas e a súa solución. Será tamén aquela que nos permita entender cales das nosas accións, incluídas aquelas que remiten aos factores comúns, facilitan que o suxeito aplique técnicas e emprenda cursos de acción máis útiles.

Corremos o risco de que nin a investigación sobre tratamentos empiricamente validados nin a investigación sobre factores comúns contribúan a iluminar eses aspectos específicos. A investigación sobre tratamentos validados, por centrarse demasiado especificamente na eficacia, co risco pragmatista que implica; a investigación sobre factores comúns, por centrarse en dimensións excesivamente xenéricas. O rigor ben entendido pasa por adaptar a metodoloxía á materia e obxectivos de estudo, e non por adaptar a materia e obxectivos de estudo á metodoloxía.

Wampold (2001, p. 18) expón que hai dous desenvolvementos recentes da investigación en psicoterapia que son característicos do modelo médico. Trátase dos tratamentos manualizados e dos tratamentos empiricamente validados que utilizan aqueles tratamentos manualizados. Refire que o primeiro tratamento manualizado tería sido o de Beck, Rush, Shaw e Emery no ano 79, *Cognitive Therapy of Depresión*, e que a División 12 da APA sacou a súa primeira lista de tratamentos empiricamente validados no ano 95.

Vamos agora estender estas consideracións en relación aos protocolos e tratamentos manualizados en psicoterapia.

### 3.3.3. O psicolóxico dos protocolos de tratamento psicolóxico

Pretendo aquí pechar un círculo, abordando cuestións que deixaba formuladas na sección referida ao médico como analoxía do psicolóxico.

A idea de **protocolos e manuais como secuencias de pasos concretas, definidas e ríxidas**, si que tende a unha analoxía co modelo médico (diagnóstico que implica funcionamento fisiolóxico-anatómico do transtorno que permite medidas terapéuticas nese plano, exercidas unidireccionalmente por parte do terapeuta). Mais se o que facemos é fundar en

termos de operacións psicolóxicas tanto o funcionamento do transtorno como as estratexias terapéuticas, iso non é modelo médico senón desenvolvemento dun modelo especificamente psicolóxico.

A execución de calquera protocolo require a sincronización coas estratexias do usuario, que é activo e non comparábel nese punto ao funcionamento dun órgano. Sen iso, a rixidez dun protocolo pode contribuír á súa ineficacia. Isto podería influír na inoperancia práctica real dos tratamentos manualizados empiricamente validados, que xa apuntamos que non son tan populares como se podería pensar. Aquí xurdiría entón a postura contraria, aquela do modelo contextual: o psicolóxico, que sabemos que funciona, é todo persuasión e placebo. Sálvase o psicolóxico, porque non se pode entender a terapia prescindindo diso. Mais faise á custa de baleiralo de contido.

No límite, os problemas dos peores manuais e tratamentos empiricamente validados terían que ver con asumir un modelo que implica que a un diagnóstico lle corresponderá unha terapéutica, mais asumilo á falta dun modelo psicolóxico do transtorno. Entón farían unha analogía co funcionamento fisiolóxico-anatómico do médico, que tende ao mecanicismo e á terapia como acción unidireccional do terapeuta, e exclúe a importancia da interacción, a suxestión, o placebo, as expectativas, as metas e os medios instrumentados e a actividade en termos operacionais e de estratexias, propias do psicolóxico tanto do cliente como do terapeuta. O problema cos protocolos de tratamento consiste, diríamos, en que non se conciban conforme a unha lóxica psicolóxica.

Entón quizá o modelo médico en psicoterapia sexa precisamente o contrario do que Wampold defende. O modelo médico en psicoterapia non sería a presenza de explicacións psicolóxicas dos problemas senón a súa ausencia, substituída entón por unha ambigua analogía co médico concibido como fisiolóxico-anatómico. O desenvolvemento de protocolos de tratamento psicolóxicos consiste non en anular o valor en si das explicacións psicolóxicas, como propón o modelo contextual ao reducilas a persuasión e placebo, senón en desenvolvelas, en termos de lóxica psicolóxica.

J. Beavin Bavelas, coñecida coautora da *Teoría da comunicación humana*, facía unha crítica de algúns presupostos desta obra recentemente (na súa palestra *Observing co-construction: Microanalysis of therapeutic dialogue* no XXIX Congreso Nacional de Terapia Familiar celebrado en Oviedo do 30 de outubro ao 1 de novembro de 2009). Afirmaba, ou así o entendín, que o coñecido axioma da imposibilidade de non comunicar non é certo. Chega con que ninguén interprete esa comunicación, sexa da maneira que for.

O que a analogía dos tratamentos psicolóxicos cos tratamentos fisiolóxico-anatómicos non respecta é a idea de que os tratamentos psicolóxicos, para que teñan posibilidade de actuar, requiren ser “usados” psicolóxicamente. Non é suficiente con que sexan prescritos ou escoitados. Ás veces, no caso de prescrición de tarefas nin sequera chega con que se realicen ou

repitan senón que é importante a implicación e compromiso con elas. As tarefas, prescricións, explicacións ou sobreentendidos non poden actuar en si mesmas, senón que só poden actuar na medida en que o suxeito as utilice, as exerza. Sen a condición de ser usadas polo cliente, as técnicas non teñen opción a resultar útiles.

O que o modelo contextual non respecta, ao centrarse na persuasión e o placebo, é a idea de funcionamento específico dos problemas psicolóxicos. Esta especificidade psicolóxica fará que unhas técnicas ou accións sexan máis útiles que outras en termos do funcionamento do problema. O que propón o modelo contextual é que en realidade calquera técnica vale igualmente, sempre que se utilice con fe.

A psicoterapia entendida en termos psicolóxicos implica conxugar, por un lado, unha idea do suxeito e as súas accións para o funcionamento dos problemas. Por outro lado, unha idea da interacción e da acción do terapeuta que mobiliza a acción do cliente nun sentido beneficioso para o dito cliente.

Desde unha consideración psicolóxica e operatoria a eficacia terapéutica xa non pode residir exclusivamente na técnica en si, senón na forma en que o outro suxeito está disposto cara a uns ou outros obxectivos e cara a uns ou outros usos das técnicas e as intervencións. O cálculo do terapeuta debe incluír non só a presunta efectividade da técnica ou acción que propón respecto ao problema do cliente, en termos de operacións e explicacións psicolóxicas. O cálculo do terapeuta debe incluír tamén o presunto efecto e sentido das súas propias accións e intervencións no contexto das estratexias e fins dese outro suxeito que é o paciente.

Os protocolos de tratamento nos que podemos ver unha analoxía co médico concíbense frecuentemente como secuencias ríxidas de pasos. Configúranse á maneira dunha manipulación unidireccional sobre a fisioloxía ou anatomía, á maneira dun protocolo médico. A aplicación desta secuencia pode ignorar o carácter activo e diferencial do psicolóxico respecto ao fisiolóxico-anatómico. A idea de concibir un tratamento por secuencias e módulos corre o risco de facer *tabula rasa* da idea de que a función, a actividade psicolóxica, é un exercicio integrado, cunha forma de operar, con sentido e con dimensións de logro, non a resultante de compoñentes modulares. Se un paquete de tratamento non alcanza os resultados apetecidos e hai unha escasa implicación do cliente, tal vez non sexa suficiente para melloralo con acrecentar un módulo de motivación.

No límite podería conceptualizarse a curación médica como unha *relación suxeito(terapeuta)--obxecto(fisiolóxico-anatómico)*. En certa medida podería verse así a acción dun traumatólogo ou un cardiólogo, aínda que sexa obvio que o acto médico ten moitas máis compoñentes. A xeneralización en psicoterapia de protocolos ríxidos, segundo analoxías médicas fisiolóxico-anatómicas parece, alén de pouco plausíbel, pouco popular na práctica real, a pesar das listaxes de tratamentos empiricamente validados.

Isto é así, segundo entendo, porque a psicoterapia só se pode conceptualizar como *unha*

*relación entre suxeitos*. A psicoterapia expón como esencial o que fai o cliente, en canto que é el quen realiza as operacións efectivas que o fan mellorar ou empeorar. A función do psicoterapeuta dificilmente pode ser concibida á maneira médica fisiolóxico-anatómica como un actuar sobre a patoloxía, senón máis ben como un *facer actuar ao cliente sobre a súa patoloxía ou problema*.

Os suxeitos presentan diversidade de medios e fins, e características peculiares na súa organización. A chave dos protocolos e coñecementos psicoterapéuticos é entón o seu deseño a través dunha idea do proceder operatorio dos suxeitos, considerando como tales tanto ao cliente como ao terapeuta. Isto implica un nivel de flexibilidade que un protocolo ríxido pode non respectar.

A psicoterapia, entendida como encontro entre suxeitos, coas implicacións que este concepto comporta, require considerar dous planos. Un plano é o da *teoría do transtorno e do suxeito*, o das dimensións subxectuais da forma de actuar dos clientes en relación aos problemas ou patoloxías e a súa solución. O outro plano é o da *teoría da interacción entre suxeitos* que nos oriente sobre que accións emprender como terapeutas para controlar o plano previo; que nos explique como facer que o outro actúe, e que nos faga conscientes de acompañar as nosas accións ás do outro. A clarificación e afondamento en ambos, nun sentido operatorio, construtivo e xenético é, entendo, a tarefa da psicoterapia entendida nun sentido construtivista.

#### *3.4. Notas finais á parte terceira. Psicoterapia en Chave Construtivista.*

Prefiro denominar esta sección como “notas finais”, antes que como “conclusións”, xa que teñen un sentido de proposta. Responden á lóxica de resumir aqueles aspectos esenciais do valorado, da mesma maneira que as conclusións da parte segunda.

1. **A psicoterapia é unha relación entre suxeitos.** Isto implica que lle son pertinentes dous tipos de coñecementos. O primeiro é unha teoría do suxeito e a formación e solución dos problemas e transtornos. Isto permítenos entender cal é o proceder das persoas en relación aos problemas e a súa solución. O segundo é unha teoría da interacción entre suxeitos. Isto permítenos entender que accións emprender como terapeutas para facer actuar ao outro en relación aos seus problemas. O coñecemento da acción sen teoría do suxeito é cego; a teoría do suxeito sen coñecemento da interacción é a-psicolóxico e posibelmente inoperante.

2. **Á Psicoloxía e Psicoterapia como disciplina interésalle un coñecemento explícito de ambos niveis.** Todo psicoterapeuta exerce necesariamente un modelo do suxeito e un modelo da interacción entre suxeitos. Cabe supor que a súa eficacia, e a eficacia dos modelos psicoterapéuticos, está relacionada con isto. O interese da Psicoloxía e Psicoterapia como

disciplina estriba non só en adestrar aos psicoterapeutas que exerzan dimensións de efectividade, como seguramente está a acontecer en todos ou moitos dos enfoques criticados previamente, senón en saber como e cales son esas dimensións. O interese dunha disciplina está en explicitar as dimensións de eficacia, non só en exercelas dunha maneira tácita.

**3. Os modelos psicoterapéuticos valorados na parte segunda, Constructivismos en Psicoterapia, poden ser valorados como pasos nalgunha desas dúas direccións.** Os constructivismos tenden a unha concepción do suxeito, máis ou menos subxectivista ou subxectual (Kelly, Mahoney, Guidano), e a describir as accións que debe emprender o cliente para mellorar. Os construcionismos apuntan o valor (Gergen) ou sistematizan unha metodoloxía (Terapia Centrada en Solucións, White e Epston) de entrevista e interacción co cliente. Definen as accións que debe emprender o terapeuta na conversación á fin de capitalizar en positivo a capacidade do cliente para ser activo e para xerar significados. Na Terapia Estratéxica, especialmente na evolución do MRI que desenvolve Nardone, hai un intento de conxugar ambos planos, en canto estratexias de interacción e persuasión por un lado, e desenvolvemento dunha concepción subxectual e operatoria de patoloxías específicas por outro.

**4. O igualitarismo na relación terapéutica é unha característica central aos constructivismos.** Cabe contextualizalo nun ciclo histórico no que, especialmente no occidente, está a fortalecerse a persoa como suxeito de dereitos e axente con capacidade de acción, decisión e responsabilidade. A idea de igualdade na relación baseada na idea do paciente como experto, tende a anular o valor da Psicoloxía e Psicoterapia como disciplinas. Esta é unha idea de cuño postmodernista, relativista e escéptico en canto á posibilidade de verdades, característica dos construcionismos. A idea da igualdade como estilo de elección por canto facilita os procedementos persuasivos é unha idea de cuño pragmatista. Mais a elección dun estilo de relación crea un contexto e configúranos a nós e mais ao cliente a modo de axente con capacidade de decisión, acción e responsabilidade. Tratar ao outro como suxeito de dereitos e deberes implica promover que se comporte como tal. O trato igualitario en psicoterapia cobra sentido entendido desde unha idea constructivista de xénese sociohistórica de valores e verdades.

**5. O ámbito do psicolóxico presenta unha especificidade** nas súas maneiras de organizarse e funcionar que presupón o fisiolóxico e anatómico, mais non se explica por iso. Nese sentido cabe resaltar as dificultades para o reduccionismo fisioloxista dos trastornos mentais. Convén entón valorar con prudencia o uso do médico como analoxía do psicolóxico.

**6. O modelo médico é a caracterización dos problemas e a súa solución en termos fisiolóxico-anatómicos.** Busca unha definición das síndromes como doenzas cunha etioloxía e

curso definidos en termos fisiolóxico-anatómicos, somáticos. Entón diagnósticase para prescribir despois o correspondente tratamento unidireccional por parte do médico deses aspectos somáticos, descrito como unha secuencia de operación sobre eles.

**O modelo psicolóxico é a caracterización dos problemas en termos psicolóxicos**, que é o que cabe pedir á Psicoloxía como disciplina. Sen ese modelo só cabe, como máximo, un conxunto de prácticas de conversación organizadas, mais non Psicoloxía nin Psicoterapia como disciplina.

7. En psicoterapia úsanse como modelos de investigación de referencia o dos Tratamentos Empiricamente Validados e o dos Factores Comúns, incluíndo este último ao modelo contextual. Ambos modelos teñen unha utilidade evidente. Mais, no límite, non necesariamente implican avances para o coñecemento do psicolóxico e a súa constitución como nivel explicativo e de uso. A énfase na simple eficacia dos paquetes de tratamento, no límite, pode obscurecer o coñecemento dos motivos e dinámicas psicolóxicas en virtude das cales funcionan. **Un coñecemento operativo dos problemas posibilita unha boa técnica coa que o terapeuta pode ser moito máis activo e non só utilizar ingredientes inespecíficos.**

8. Os protocolos ou manuais de tratamento que pide a investigación de tratamentos empiricamente validados, concíbense ás veces como secuencias ríxidas de pasos. Poden entón supor unha analoxía co médico en canto tratamento unidireccional por parte do médico dos aspectos fisiolóxico-anatómicos, descrito como unha secuencia de operación sobre eles. Este formato deixa escaso espazo para o funcionamento do cliente como suxeito psicolóxico, con modos, expectativas, fins e medios para alcanzalos segundo dimensións de logro. **Son de interese protocolos flexíbeis, descritos como estratexias e modos de operación con respecto aos modos de operar e estratexias do cliente que crean os problemas.**

### *A modo de Epílogo*

A práctica da Psicoloxía Clínica implica tomar decisións acerca de cuestións ligadas á formación, docencia, xestión, investigación, crítica e exercicio da psicoterapia. As respostas a estas cuestións son ás veces inmediatas, e ás veces froito do diálogo e a reflexión. Este traballo forma parte dese proceso de busca de respostas, que en ocasións leva a reescribir as preguntas.

Este texto componse de tres partes diferenciadas. Na primeira parte, “Construtivismo”, a modo propedéutico, expoño os principios construtivistas que son o eixo de referencia de todo o traballo. Realizar esa síntese supuxo máis esforzo do que podía imaxinar. Este esforzo estivo motivado polo desexo de aumentar a transparencia e intelixibilidade da análise posterior.

Na segunda parte, “Construtivismos en Psicoterapia”, exploro o ámbito das psicoterapias construtivistas. Para iso utilicei aqueles criterios de análise iniciais, á fin de

considerar o que hai de construtivista e en que medida posibilita a constitución dun suxeito e unha disciplina psicolóxica cada enfoque considerado. Ao tempo que pisaba un terreo cómodo (por veces non tanto) sentía que me impulsaba a curiosidade, por canto a tarefa consistía en aplicar uns criterios coñecidos sobre un novo material.

Na terceira parte, “Psicoterapia en Chave Construtivista”, apunto elementos que se poden dicir da psicoterapia a partir dos criterios construtivistas expostos inicialmente. É unha parte máis ambiciosa, e con todo quizá menos fundamentada. O impulso para escribirla naceu do desexo, exposto na introdución, de que os conceptos utilizados poidan orientar a práctica. Naceu tamén da convicción de que a realización máis elegante e lexítima do coñecemento non é a acumulativa, senón aquela tentativa de facer propostas que creen unha diferenza. Esa foi a miña aspiración.

## Bibliografía

- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia centrada en soluciones, en Navarro Góngora, J., Fuentes, A., Ugidos, T. (comps), *Intervención y prevención en salud mental*, Salamanca: Amarú.
- Bröcker, M., (2004). The Part-of-the-World Position of Heinz von Foerster. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 19-26.
- Carroll, L. (1991). *Alicia en el País de las Maravillas*. Barcelona: Ediciones 29.
- Castelnuovo, G., Faccio, E., Molinari, E., Nardone, G., Salvini, A. (2004). A critical review of Empirically Supported Treatments (ESTs) and Common Factors perspective in Psychotherapy. *Brief Strategic and Systemic European Review*, 1, 208-24.
- Collins, H. (2009). We can not live by scepticism alone. *Nature*, 458, 30-31.
- De Koster K., Devisé, I., Flament, I., Loots, G. (2004). Two practices, one perspective, many constructs: on the implications of social constructionism on scientific research and therapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 74-80.
- De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- De Shazer, S., Kim Berg, I., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., y Weiner-Davis, M., (1999). *Terapia breve: el desarrollo centrado en soluciones*, en Nardone, G., Watzlawick, P. *Terapia breve: filosofía y arte* (121-146), Barcelona: Herder.
- Díaz Olguín, R. (2007). *El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista*. Consultado en línea el 18/2/09 en [www.cipra.cl](http://www.cipra.cl).
- Duncan, B.L. (2002). The Legacy of Saul Rosenzweig: The Profundity of the Dodo Bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12 (1), 32-57.
- Elkaim, M. (1996). Ecología de las ideas. Constructivismo, construccionismo social y narraciones ¿En los límites de la sistémica?. *Perspectivas sistémicas*, 42. Consultado en línea el 5/3/2007 en <http://www.redsistemica.com.ar/articulo42-1.htm>.
- Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 56, 107-112.
- Feixas Viaplana, G., Villegas Besora, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández, T.R., Sánchez, J.C. (1990). Sobre el supuesto mecanicismo de la selección natural. Darwin visto desde Kant. *Revista de Historia de la Psicología*, 11 (1-2), 17-46.
- Fernández, T.R., Sánchez, J.C., Loy, I. (1995). *Kant y la historia del Sujeto: un esbozo biográfico*. Comunicación presentada al VIII Symposium de la Sociedad Española de Historia de la Psicología, 27-29 de Abril, Palma de Mallorca.
- Fernandez Liria, A. (2000). From interpretation to commentary: Truth and meaning in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 325-34.
- Fisch, R., Weakland, J.H., Segal, R. (1994). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Frank, J.D. (1961), *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Gergen, K.J. (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

- Gómez Fontanil, Y., Coto Ezama, E. (1990). Modelos para el análisis de la interacción: un esquema básico para la construcción de categorías. *Psicothema*, 2 (2), 151-172.
- Gómez Sancho, M. (1998). *Medicina Paliativa. La respuesta necesaria*. Madrid: Aran.
- Gonçalves, O.F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- González Pardo, H., Pérez Álvarez, M. (2008). *La Invención de los Trastornos Mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?*. Madrid: Alianza.
- Guidano, V.F. (1991). *The self in process. Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hermans, H.J.M., Dimaggio, G. (2004). *The dialogical self in psychotherapy*. New York: Bruner-Routledge.
- Kant, I. (2006). *Crítica de la Razón Pura*. Madrid: Tecnos.
- Kelly, G.A. (1963). *A theory of personality: the psychology of personal constructs*. New York: W. W. Norton & Co.
- Kendler, K. (2006), Las bases genéticas de la ansiedad, en Punset, E., *Cara a cara con la vida, la mente y el universo. Conversaciones con los grandes científicos de nuestro tiempo* (121-130). Barcelona: Destino.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for Integrative and Eclectic Therapist, en Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (comps), *Handbook of psychotherapy integration* (94-129), Nueva York: Basic.
- Ley de Autonomía del Paciente (2002). LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *B.O.E.*, nº 274, viernes 15 de noviembre, pp. 40126-40132.
- Lipchik, E. (2009). *Uncovering MRI Roots in Solution-Focused Therapy*. Consultado en línea el 3/3/2009 en <http://brianmft.talkspot.com/asp/templates/topmenuclassical.aspx/msgid/363102>
- Machado, P.P.P., Gonçalves, Ó.F. (1999). Introduction. Narrative in Psychotherapy: The Emerging Metaphor. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (10), 1175-1177.
- Mahoney, M.J. (1991). *Human Change Processes. The Scientific Foundations of Psychotherapy*. BasicBooks.
- Mahoney, M.J. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M.J. (2004). What is constructivism and why is it growing?. Consultado en línea el 29/3/2007 en <http://www.constructivism123.com/index.htm>.
- Mahoney, M.J., Granvold, D.K. (2005). Constructivism and psychotherapy. *World Psychiatry*, 4(2), 74-77.
- Mc Gee, D., Del Vento A., Beavin Bavelas, J. (2004). Un modelo interactivo de preguntas como intervenciones terapéuticas. *Sistemas Familiares*, 20(3), 51-66.
- Moncrieff, J. Cohen, D. (2009). How do psychiatric drugs work?. *BMJ*, 338 (27), 1535-1537.
- Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico, fobias. La terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., Balbi, E. (2008). *Solcare il mare all'insaputa del cielo. Lezioni sul cambiamento terapeutico e le logiche non ordinarie*. Milano: Ponte alle Grazie.

- Nardone, G., Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., Watzlawick, P. (comps.) (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Neimeyer, R.A. (2004). Constructivist psychotherapies. En *The Internet encyclopaedia of personal construct psychology*. Consultado en línea el 27/3/2007 en <http://www.pcp-net.org/encyclopaedia/constpther.html>
- Neimeyer, R.A. (2009). *Constructivist Psychotherapy*. New York: Routledge.
- Neimeyer, R.A., Mahoney M.J. (comps.) (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Norcross, J.C. (comp.) (2002). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- O'Hanlon, W. H., Weiner-Davis, M. (1997). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque de psicoterapia*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Rodríguez-Arias Palomo, J.L., Venero Celís, M. (2006). *Terapia familiar breve. Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. Madrid: CCS.
- Sánchez, J. C. (2009a). Función y génesis. La idea de función en psicología y la especificidad del constructivismo. *Estudios de psicología*, 30(2), 131-149.
- Sánchez, J. C. (2009 b). Los límites del constructivismo, en Loredo, J.C., Sánchez-Criado, T., López, D. (comps.), *¿Dónde reside la acción? Agencia, constructivismo y psicología*. Madrid: UNED. Manuscrito presentado para publicación.
- Sánchez, J. C., Loredo, J. C. (2007). Para una crítica de los constructivismos contemporáneos. *Revista de Historia de la Psicología*, 28 (2/3), 35-41.
- Selekmán, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa.
- Tarnas, R. (1997). *La Pasión del Pensamiento Occidental*. Barcelona: Prensa Ibérica.
- Trepper, T.S., McCollum, E.E., De Jong, P., Korman, H., Gingerich, W., Franklin, C. (en línea). *Solution focused therapy. Treatment Manual for Working with individuals. Research Committee of the Solution Focused Brief Therapy Association*. Consultado en línea el 6/5/09 en <http://www.sfbta.org/research.html>
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R. (1995). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- White, M., Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Winkin, Y. (comp.) (1994). *La nueva comunicación*. Barcelona: Kairós.
- Wittezaele, Jean-Jacques (2004). A systemic and constructivist epistemology for a relational vision of a man. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 11-18.



## APLICACIÓN DO MODELO PARTE SA / PARTE ENFERMA Á INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON ADOLESCENTES



### **Roberto Antón Santiago**

Psicólogo (USC. Santiago de Compostela). Experto en Programas de Intervención Familiar (UDC. Ferrol). Máster en Terapia Breve Estratéxica (Centro di Terapia Strategica di Arezzo). Terapeuta Familiar acreditado pola FEATF. Psicólogo do Equipo de Atención Familiar do Concello de Pontevedra (Fundación Meniños). Director do Centro de Psicoterapia Proceso de Pontevedra.

Enderezo electrónico: roberto\_anton\_santiago@hotmail.com

### **RESUMO**

*Neste artigo ofrécese os resultados obtidos polo Equipo Técnico da Fundación Meniños, no desenvolvemento do Programa de Atención Familiar do Concello de Pontevedra ao longo dos últimos cinco anos, coa demostración da súa eficacia no contexto dos Servizos Sociais de atención primaria, para a intervención en problemas de conduta en mozos e mozas.*

*Amósanse unha serie de compoñentes que resultaron centrais no proceso de intervención, como son a aplicabilidade do modelo e as ferramentas técnicas utilizadas para ofrecer aos nosos usuarios a mellor das intervencións posibles.*

**Palabras chave:** *adolescentes, servizos sociais, modelo parte sa / parte enferma.*

### **ABSTRACT**

*This issue features the results obtained by the Technical Team of Fundación Meniños in the development of the Programa de Atención Familiar in Pontevedra City Council during the last five years. It shows up its efficiency to handle behaviour difficulties in teenagers in the context of the first aid Social Services.*

*There have been observed a series of components that have turned out to be middlemost in the family intervention process, such as the relevancy of the model and the technical tools used to offer the best of the possible interventions to our users.*

**Key Words:** *teenagers, social services, retrieve healthy part / ill part model.*

## 1. Introducción

Acostuma ser bastante habitual para os que traballamos con adolescentes, cando comentamos quen son os destinatarios da nosa intervención, obter respostas que emerxen dunha serie de prexuízos existentes na sociedade e que se centran nunha visión restrinxida da realidade dos mozos. Este tipo de situacións non teñen maior transcendencia cando se dan na esfera relacional habitual, mais o feito de extrapolar esta visión parcial ao ámbito profesional pode ser un dos ingredientes que propicie o fracaso nas intervencións. Desde o noso punto de vista, se un profesional entra nunha dinámica pesimista e centrada no negativo, acaba por ter dificultades para observar a riqueza e o dinámico que pode chegar a ser o mundo adolescente, resultándolle complicado afrontar as dificultades do traballo diario desde unha perspectiva na que o cambio se considera pouco frecuente ou até imposíbel. Por isto, propomos unha reflexión sobre a abordaxe de aquelas situacións relacionais cos adolescentes para optimizar a atención profesional que lles podemos prestar.

O propio termo “adolescente” é utilizado polos máis vellos para referírense (case sempre en ton negativo) aos máis novos; este aspecto pódese comprobar rapidamente ao introducirmos o termo nun buscador xenérico de Internet, ou en calquera hemeroteca virtual de calquera periódico rexional, nacional ou internacional. Observarase que aparece xeralmente asociado a temas de consumo de drogas, violencia, vandalismo... Resultando altamente significativo que os propios adolescentes non utilicen este termo para se definiren a si mesmos nin aos seus iguais.

Como teoría explicativa da construción da compoñente negativa que implica a palabra 'adolescente' podemos afondar nas teses do Construtivismo, onde se afirmaba que non é posíbel ter un acceso directo a unha “suposta realidade”, senón que esta está mediatizada por:

- ✓ Limitacións neurolóxicas: Os sentidos. Hai animais que son capaces de visualizar tonalidades ás que non chega o ser humano (infravermellos, ultravioletas,...). Da mesma maneira, existen reaccións químicas que se producen na adolescencia, que quizá sexan de difícil comprensión para os adultos (a pesar de as ter experimentado xa).
- ✓ Limitacións sociais: Os condicionantes socioculturais, como a cultura compartida ou a linguaxe. Os esquimós poden diferenciar entre cincuenta tipos de branco. Aos menos novos cústalles entender certo tipo de costumes que para os adolescentes son fundamentais para integrarse no seu grupo de iguais (SMS, Tuenti, xerga, gustos musicais, vestimenta,...).
- ✓ Limitacións individuais: Crenzas, valores, intereses, estados emocionais e demais aspectos persoais e idiosincrásicos que fan que cada persoa faga unha construción da realidade única e exclusiva.

Tendo en conta estas limitacións, o ser humano, segundo Gringer e Bandler (1993), constrúe a realidade a través dos seguintes procesos:

- ✓ **Eliminación:** De todo o que se podería percibir téndese a unha parte, e desestímanse outras. En certo modo, acostúmase definir os adolescentes centrándose nos aspectos máis negativos, obviando recursos e potencialidades.
- ✓ **Xeneralización:** As persoas acostuman extraer conclusións de cada experiencia particular e aplicalas a outras circunstancias similares. Centrarse en certos aspectos particulares dos adolescentes permite extraer conclusións parciais.
- ✓ **Distorsión:** Cando as persoas toman unha imaxe do exterior acostuman aplicarlle aspectos da súa colleita, de maneira que non pode ser nin tomarse como unha copia exacta do representado. Isto pode acontecer se as condutas observadas polos adolescentes son analizadas cos parámetros anteriormente comentados.

Polo tanto, faise necesaria unha reflexión sobre a posibilidade de que as nosas intervencións poidan estar contaminadas por este tipo de “distorsións”. Por iso propomos un marco de intervención adaptado do modelo parte sa – parte enferma (Gutiérrez, 1998) nacido nun contexto psicoeducativo con familiares de pacientes con esquizofrenia, e que intentamos aplicar nós mesmos no ámbito da intervención social en xeral e ao traballo con adolescentes en particular.

## **2. Modelos de intervención social con adolescentes**

Historicamente, o modelo de intervención no contexto dos Servizos Sociais desenvólvese dunha maneira similar á dos modelos de atención médicos, chegando a utilizar unha terminoloxía idéntica para desenvolver certos conceptos (Servizos de Atención Primaria e especializada, derivacións...). Despois, mediante a creación dunha linguaxe similar, xeráronse realidades similares.

Como consecuencia, moitos dos esforzos destínanse a buscar a avaliación, a clasificación diagnóstica e, por ende, a razón última da dificultade observada. Xeralmente este proceso de estudo das causas (etioloxía) finaliza cunha conclusión sobre o problema que desemboca nunha intervención directa sobre este mesmo problema, coa finalidade de modificalo para obter o cambio. Como resultado, podemos caer nunha perniciosa ilusión de alternativas: ou hai mellora ou hai empeoramento.

Para exemplificalo podemos imaxinar un problema de absentismo escolar dun adolescente que falta tres días á semana ás aulas. Os esforzos de intervención céntranse nos problemas, buscando as súas causas e concentrándose na modificación desas circunstancias que xeran a situación de absentismo escolar (transtorno do adolescente, acoso escolar, consumo de substancias, trauma na infancia...). Tras a intervención, pódense presentar catro posíbeis situacións:

1. O problema diminúe mais continúa a ocupar unha parte importante na vida do usuario. En lugar de faltar tres días falta un. Os pais están un pouco máis contentos mais aínda reprochan a



Neste modelo a intervención centrouse en maximizar os recursos (ver figura 2, círculo branco).

Ao igual que no modelo orixinal (Gutiérrez, 1998), obsérvase un aumento da competencia, a independencia e a responsabilidade.

#### Modelo de Intervención alternativo

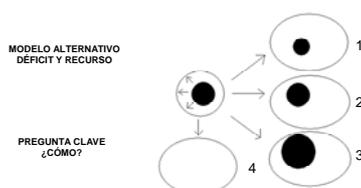


Figura 2. Modelo de Intervención Alternativo en Intervención Social.

### 3. Ingredientes para a intervención con adolescentes

Para desenrolar o modelo de intervención proposto anteriormente, é necesario acudir a unha serie de ferramentas que beben da terapia familiar sistémica, non obstante esta orientación abarca un grande número de correntes / modelos / perspectivas que comparten aspectos en común, mais que, por outra parte, difiren enormemente, até o punto de que o mero feito de recibir esta etiqueta non garante o vínculo entre dous enfoques (Gutiérrez, Escudero e Álvarez, 1989). A pesar desta dificultade, pódese afirmar que teoricamente recolle ideas fundamentalmente das correntes estratéxicas, estruturais e breves de Terapia Familiar (De Shazer 1986, 1989; Fisch, Weakland e Seagal, 1984; Minuchin, 1997), aínda que no nivel práctico se nutre de diversas fontes estreitamente relacionadas coa evolución individual, a formación e as características máis persoais dos técnicos de intervención.

De maneira xeral, pódese asegurar que, canto á súa estrutura, a intervención que realizamos con adolescentes non difire excesivamente do traballo realizado con adultos, porén, é necesario atender a unha serie de aspectos diferenciadores que, segundo o noso punto de vista, poden resultar definitivos á hora de converternos en axentes xeradores de cambio.

#### 3.1. Aspectos relacionados co contexto:

✓ Tempos. Desde o noso punto de vista, é necesario acurtar os tempos de intervención (no sentido de duración das sesións e de periodicidade). Sesións longas acostuman resultar pouco efectivas, e a demora nas intervencións réstalles potencia.

- ✓ Espazos. Cando for posíbel, pódense acomodar os espazos de intervención con adolescentes e utilizar estratexicamente lugares onde se encontre máis cómodo (cafetaría, parque...), para abordar certas cuestións.
- ✓ Asistentes. No contexto dunha intervención familiar é imprescindible ofrecer un tempo individual ao adolescente.
- ✓ Ferramentas. Como instrumentos de apoio pode resultar útil introducir aspectos relacionados coa súa realidade (computadores, móbiles, carpetas...) como maneira de relacionarse e de xerar cambio.

### **3.2. Aspectos relacionados co proceso:**

- ✓ Consensuar obxectivos que sexan relevantes, expresados en termos concretos, posíbeis de lograr e que dependan dos propios adolescentes. (Rodríguez – Arias, J. L.; Venero, M., 2006).
- ✓ Informarse acerca de todos aqueles aspectos que foron potenciadores de cambio noutras ocasións, ou que lle serviron a iguais en situacións similares (De Shazer, S., 1986).
- ✓ Desactivar as condutas que están a manter o problema rompendo o círculo vicioso, detectando todas aquelas accións que buscan solucionar o problema contribuíndo finalmente ao seu mantemento (Fisch, Weakland e Segal, 1982).
- ✓ Asegurar unha positiva alianza de traballo para avanzar no camiño do cambio. (López, S. e Escudero, V., 2006).

### **3.3. Trece Técnicas e Estratexias que resultaron eficaces:**

- ✓ Re-encadramento. Consiste en atribuír un novo significado a unha conduta determinada suficientemente distinto como para marcar unha diferenza na forma de percibir o cambio e reaccionar perante el (Beyebach, 2006). Exemplos de redefinicións puntuais serían cambiar timidez por introspección, hiperactivo por desperto, pelexas como mostras de interese, depresión por sensibilidade...
- ✓ Metáforas. As alegorías son ferramentas útiles que debemos ter preparadas para utilizar cando for preciso. Un bo exemplo sería a seguinte (López, 2006), na que se lle expón ao mozo que “A túa vida é como un filme, e se un filme dura oitenta ou noventa minutos, pois na actualidade o filme está no minuto catorce. Até agora non fuches protagonista do teu propio filme, xa que o director decidiu que foran outras persoas as quen guiaran (pais, profesores...). Agora é bo momento para te converteres no verdadeiro protagonista, e para iso quero que me contes como vai ser o minuto quince do teu filme...”.
- ✓ Utilización. Centrarse en todos os recursos e utilízalos. Unha norma é que non saian da primeira sesión sen encontrar aspectos positivos ou nos que o menor se sente competente. Non podemos deixar pasar a oportunidade de preguntar ao rapaz polo que lle gusta (*hobbies*, afeccións...).

- ✓ Externalización. Outra das ferramentas útiles á hora de traballar con adolescentes céntrase na utilización de metáforas relativas ao seu problema que o sitúan fóra da súa propia persoa. Este tipo de técnicas activas facilitan unha comunicación allea á linguaxe verbal que en ocasións oprime a transmisión de información cos mozos. En ocasións solicitámoslles que na próxima sesión traian algún obxecto que poida ofrecernos a visión de como é o seu problema e a partir de aí, utilizar metáforas que posibiliten o cambio a través dese mesmo obxecto.
- ✓ Atribución de locus de control interno. Intentar xerar nos adolescentes a idea de que teñen ferramentas de cambio, centrándose en todos os inconvenientes que supón a situación actual, e en todos os aspectos positivos que podería implicar unha modificación de certas condutas. Unha estratexia que pode resultar útil pode ser falar en futuro negativo “Pensa no peor que pode ocorrer en relación co teu problema... e nese caso, que farías? e... como o farías?”.
- ✓ Humor e sorpresa. Ambos aspectos son indicativos dunha positiva alianza de traballo. Traballar con adolescentes implica un plus de adaptabilidade a novas situacións e de busca de atractivos. Cando se está a traballar individualmente cun mozo cualificado como “resistente”, resulta fundamental facer florecer un leve sorriso ou un leve asentimento, isto significa que a intervención vai na dirección correcta.
- ✓ Auto-abertura. Resulta positivo normalizar certos aspectos mediante o apelo a experiencias propias reais ou supostas. Comezando con algo curto e tentativo para observar a retroalimentación perante este tipo de mensaxes (Roberts, 2009). Este tipo de intervencións facilitan que o adolescente valore que se trata dun contexto seguro para a comunicación.
- ✓ Pórese do lado do adolescente. Estratexicamente pode ser positivo pórese do lado do adolescente para lograr a súa alianza e poder ter marxe á hora de realizar manobras de confrontación. Xeralmente os mozos chegan coa sensación de que todo o mundo está na súa contra e encontrar un aliado nun momento determinado da intervención pode chegar a ser unha panca de cambio.
- ✓ O enfoque de Colombo (Selekmán, 1996). Trátase de utilizar unha estratexia de aparente despiste e descoñecemento. Con adolescentes cualificados como difíciles resulta interesante non activar resistencias e evitar escaladas, polo tanto é importante manterse nunha postura “one down”, situándose por tras do adolescente, mostrando sorpresa e certa sensación de estar perdido.
- ✓ Técnica do *Judo*. Aproveitar a forza do contrario. Ao observarmos que o adolescente pode estar a ofrecer información inconsistente, solicítase máis información para desbancar aproveitando as posíbeis incongruencias
- ✓ Argumentos xeradores de cambio. Polo xeral, calquera persoa se convence mellor con argumentos aos que chega por si mesmo a través das súas propias reflexións, do que polos argumentos inducidos por outra persoa, de maneira que resulta de utilidade aproveitar a potencialidade do diálogo estratéxico (Nardone, 2004).

- ✓ Truísmos. Xenofonte afirmaba que cando Sócrates quería explicar algo comezaba polos presupostos que contaban con maior probabilidade de asentimento, xa que consideraba que este era o camiño máis seguro para argumentar con outros. Desta maneira, pódese utilizar esta técnica persuasiva para introducir elementos de cambio no discurso.
- ✓ Solicitar permiso á hora de contactar con axentes externos. Isto provoca nos adolescentes unha sensación de ser partícipes das decisións tomadas, concedéndolle a importancia que merece a abordaxe con terceiros dos aspectos relacionados coa súa persoa. Unha estratexia que resultou útil á hora de xestionar a información nestes contactos consistiu en imaxinar que estaba presente o mozo e escoitaba o que tiñamos que compartir con outros profesionais.

## 4. Resultados

### 4.1. Motivo da intervención

Desde o inicio do programa realizouse unha intervención no ámbito familiar con 46 adolescentes e as súas familias (30 rapaces e 16 rapazas), derivados ao Programa por problemas de conduta (absentismo escolar, comportamento no domicilio, comportamento no Instituto...) no contexto dos Servizos Sociais de Atención Primaria.

Os adolescentes e as súas familias acoden derivados polas traballadoras sociais, que realizan as seguintes demandas:

- ✓ Intervención en problemática de absentismo escolar: 25 adolescentes (14 rapaces e 11 rapazas). 54,35 %.
- ✓ Intervención en condutas problemáticas no ámbito familiar: 16 adolescentes (12 rapaces e 4 rapazas). 34,78 %.
- ✓ Intervención en condutas problemáticas acontecidas no centro educativo: 5 adolescentes (4 rapaces e 1 rapaza). 10,87 %.

### 4.2. Resultados tras o pechamento

Finalizouse a intervención cun total de 37 adolescentes (24 rapaces e 13 rapazas). Os resultados obtidos a nivel global son os seguintes:

- ✓ 29 Adolescentes (18 rapaces e 11 rapazas) cumpren cos obxectivos fixados no Plan de Traballo (Plan de Mellora Familiar) realizado no inicio da intervención. 78,37 %.
- ✓ 6 Adolescentes (4 rapaces e 2 rapazas) non cumpren cos obxectivos fixados no Plan de Traballo. 16,21 %.
- ✓ 2 Adolescentes (2 rapaces) son baixa no programa por cambio de domicilio. 5,40%.

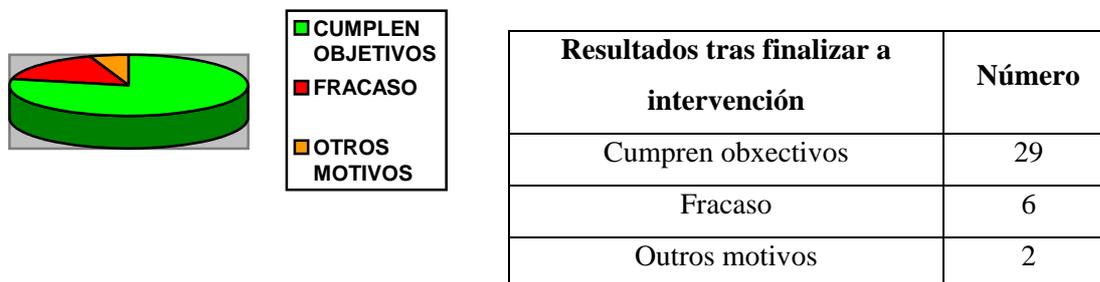
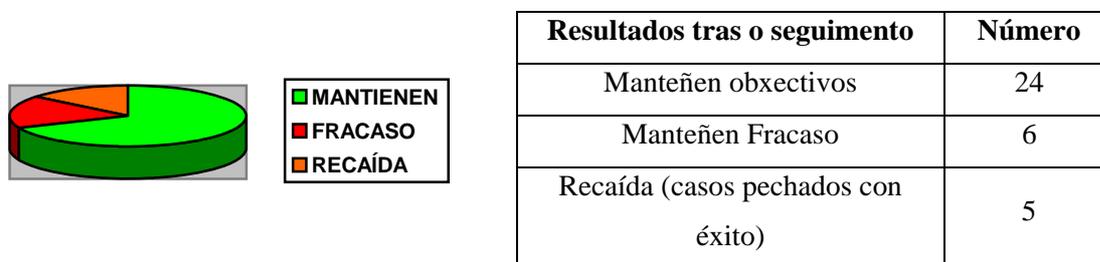


Gráfico 1. Resultados tras finalizar a intervención.

#### 4.3. Resultados tras o seguimento

Realizouse un seguimento dos expedientes pechados tras finalizar a intervención (excepto os dados de baixa no programa por cambio de domicilio). Os resultados obtidos a nivel global son os seguintes:

- ✓ 24 Adolescentes (15 rapaces e 9 rapazas) manteñen a situación que provocou o pechamento da intervención. 68,57%.
- ✓ 5 Adolescentes (3 rapaces e 2 rapazas) cos que se pechou o expediente por cumprimento de obxectivos, encóntranse no seguimento con dificultades. 14,29%. Dous deles (1 rapaz e 1 rapaza) reinician a intervención.
- ✓ 6 Adolescentes (4 rapaces e 2 rapazas) non cumpriron cos obxectivos fixados no Plan de Traballo e, segundo a información obtida, non mellorou a situación. 17,14%.



. Resultados tras o seguimento.

## Conclusións

Ao finalizar a intervención, o programa logra unha porcentaxe de éxito dun 78,37 %.

No seguimento, tras un ano, o Programa mantén o cumprimento de obxectivos no 82,75 % dos casos finalizados con éxito. Polo tanto, a intervención mantén a mellora nun 68,57% dos casos tras a finalización e o seguimento posterior anual.

O Programa demostra a súa eficacia para a intervención neste tipo de problemáticas, lanzando uns resultados semellantes a programas de intervención de similares características (Rodríguez - Arias 2004, Rodríguez - Morejón, 2004).

É posíbel, pois, abordar dificultades relacionadas coa adolescencia desde o contexto dos Servizos Sociais de Atención Primaria, xa que o adolescente e a súa familia son receptores dunha intervención psicosocial de tipo preventivo, próxima ao seu medio de interacción habitual, cun inicio inmediato e con flexibilidade canto aos contextos de intervención e ás técnicas empregadas para obter cambio.

En definitiva, traballar con adolescentes no ámbito da intervención social pode converterse nunha ardua tarefa, cargada de problemas, vaivéns e dificultades, ou pode ser un lugar de encontro con persoas cargadas de ideais, de futuro, de aspectos que aprender e que ensinar. Pois, como afirmaba Campoamor, “En este mundo traidor, nada es verdad o mentira, todo depende del color, del cristal con que se mira”.

## Bibliografía

- Beyebach, M. (2006): *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- De Shazer, S. (1986): *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1989): *Pautas de terapia breve: un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- Fisch, R.; Weakland, J. H. e Segal, L. (1984): *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Friedlander, M. L.; Escudero, V. e Heatherington (2009): *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Grinder, R. e Bandler, R. (1993): *Trance Fórmate. Curso práctico de hipnosis con PNL*. Madrid: Gaia.
- Gutiérrez, E.; Escudero, V. e Álvarez, C. (1989): “El Presente Multifacético de la Terapia Familiar: Un Intento de Sistematización”. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 9-10: 3-34.
- Gutiérrez, E. (1998): “La alternativa de la parte sana en el modelo psicoeducativo”. *Sistemas Familiares*, 14, 1, 49-60.
- López, F. (2006): “Del maltrato al buentrato, de la protección al cuidado: La necesidad de un discurso positivo sobre las necesidades de la infancia”. Congreso Nacional de Infancia Maltratada. Santander.
- López, S., Escudero, V. (2003): *Familia, evaluación e intervención*. Madrid: CCS.
- Nardone, G. (2004): *Psicosoluciones*. Barcelona: Herder.
- Minuchin, S. (1997): *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Roberts, J. (2009): Entrevista a Janine Roberts. Mosaico. Revista da Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar. 41, 1, 52-53.
- Rodríguez-Morejón, A. (2004): “La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados”. *Papeles del psicólogo*. 25, 87, 45-56.
- Rodríguez-Arias J.L.; Otero M.; Venero M.; Ciordia N. e Vázquez P. (2004): “Estudio de resultados en terapia familiar breve”. *Papeles del Psicólogo*. 25, 87, 29-44.
- Rodríguez-Arias, J.L. e Venero, M. (2006): *Terapia Familiar Breve*. Madrid: CCS.
- Selekman, M. (1996): *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Gedisa.



## INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN CONTEXTOS CLÍNICOS: DESCRICIÓN DE METODOLOXÍA NO HOSPITAL DE CEE



**Bajo Lema, Jorge**  
Psicólogo Interno Residente  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

**Rodríguez-Arias Palomo, José Luis**  
Psicólogo Clínico  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

### **RESUMO**

*Neste artigo pretendemos describir brevemente as alternativas que encontramos a nivel metodolóxico cando se pretende realizar unha investigación de resultados en psicoterapia, así como os seus puntos fortes e limitacións. Dentro destas alternativas resaltamos o uso de estudos naturalísticos, de natureza máis correlacional, polo interese en maximizar a validez externa dos resultados.*

*Nunha segunda parte, describimos un exemplo da metodoloxía seguida neste tipo de estudos, como é o programa de investigación de resultados nun hospital comarcal, baixo a dirección do segundo asinante. É un deseño que trata de facer un balance entre as esixencias de rigorosidade das investigacións coa axilidade necesaria para que poida incluírse na tarefa habitual dun contexto clínico. Este programa de investigación encóntrase nas súas fases finais, unha vez que xa se deu por finalizada a etapa de intervención terapéutica, que durou desde febreiro de 1999 até agosto de 2010, polo que en breve se poderán ver os primeiros resultados.*

## INTRODUCCIÓN

A estas alturas do desenvolvemento da psicoterapia non parece necesario insistir na necesidade da avaliación dos resultados que produce calquera intervención psicoterapéutica. Xa pasaron máis de cincuenta anos desde o famoso reto de Eysenck e durante este período puidéronse obter datos que defenden a eficacia xeral da psicoterapia (un exemplo en Shadish et al, 2000).

Actualmente a abundante bibliografía sobre este tema é bastante consistente á hora de apuntar dúas posibilidades, cada unha coas súas vantaxes e inconvenientes: por un lado estarían os estudos de eficacia, que subliñarían a validez interna, e polo tanto tratarían de reducir o influxo de factores estraños mediante criterios de homoxeneización, e por outro lado os estudos de efectividade, cuxo obxectivo principal sería máis ben maximizar a validez externa e a xeneralización a todo tipo de contextos e poboacións (p.ex. Bados, Garcia e Fusté, 2002; Barlow, 1996; Botella, 2000; Morrison, Bradley e Westen, 2003; Nathan, 2004).

Aínda que o deseño experimental é o que máis garantías nos ofrece en canto á posibilidade de establecer relacións causais, debido ao maior control sobre variábeis, tanto as independentes como as estrañas, existen controversias acerca de se actualmente é o método máis recomendábel ou factíbel para a investigación psicoterapéutica. Isto é debido ás distintas dificultades metodolóxicas que se foron apuntando, sobre todo nestas dúas últimas décadas, e que poderíamos dividir en: as críticas en relación a como se está a realizar ou promover a investigación de resultados na actualidade, o que correspondería en esencial ao movemento dos “tratamentos empiricamente validados” (Garfield, 1996; Golfried e Wolfe, 1998), e aqueles que van máis aló coa dúbida de que sexa a metodoloxía máis adecuada, debido ás esixencias inherentes ao método experimental (Baskin, 2003; Morrison et al, 2003).

### *Críticas á corrente dos tratamentos empiricamente validados*

A metodoloxía proposta pola corrente dos tratamentos empiricamente validados partiu dun intento por parte da American Psychological Association (APA) por demostrar que os tratamentos psicolóxicos podían ser tanto ou máis efectivos que os tratamentos médicos, obxectivo que se cumpriu nun inicio (APA, 2006). Para competir nas mesmas condicións tomáronse algúns puntos deste modelo médico, como o uso dun diagnóstico sintomático e un tratamento específico, que en principio non serían necesarios para demostrar a científicidade do tratamento (Westen e Bradley, 2005). E estes puntos foron os que nun principio suscitaron máis críticas, principalmente por parte de enfoques que non as compartían:

*Diagnóstico e non representatividade das mostras.* As críticas máis importantes tiveron que ver co uso de mostras nos estudos de eficacia moi pouco representativas dos pacientes que se encontran en contextos clínicos (Morrison et al, 2003; Westen et al. 2004; Westen, 2005;

Humphreys e Weisner, 2000). As taxas de exclusión nos estudos de eficacia abarcan unha proporción importante das mostras iniciais, pois até naqueles estudos menos estritos esta exclusión afecta a máis da metade da mostra (Humphreys e Weisner, 2000; Westen e Morrison, 2001). Os criterios de exclusión acostuman excluír pacientes máis graves: pacientes con abuso de substancias comórbido, presenza de transtorno grave en eixo I ou II, ideación suicida, ter recibido tratamentos anteriores sen resposta...

Por outro lado, existe certa controversia acerca da utilización do DSM-IV (APA, 2002) para especificar diagnósticos, pois existe unha grande proporción de pacientes en contextos clínicos habituais que non chegan a alcanzar criterios de diagnóstico segundo este manual, e cando se alcanza é frecuente a comorbilidade (Westen e Arkowitz-Westen, 1998; Barlow, 1986).

De feito, existen algúns enfoques, tanto sistémicos como humanistas, que prefiren o uso doutro tipo de especificación dos problemas polos que acode alguén a psicoterapia. Porén, é certo que os tratamentos empiricamente validados non rexeitan a posibilidade doutras clasificacións ou definicións de problemas, aínda que na práctica o modelo médico, coas súas clasificacións diagnósticas, prevalecera (Chambless e Ollendick, 2000).

*Tratamentos e manuais.* A importancia de que o tratamento teña un manual (Chambless e Hollon, 1998), máis ou menos ríxido, susténtase na posibilidade de réplica do ensaio clínico por parte doutros grupos de investigación. Sobre a maior ou menor rixidez que impón houbo certa polémica, e a actitude dos clínicos, cando foi investigada, foi de certo rexeitamento aínda que acompañada tamén de certo descoñecemento (Addis e Krasnow, 2000). Outras críticas, consistentes coa perspectiva dos “factores comúns”, apuntaron a excesiva importancia dada á técnica por enriba doutras habilidades terapéuticas (Garfield, 1996). Isto reflectiuse na diferenciación que fixo a APA entre as *guías prácticas*, que son as que orientan a actuación do clínico segundo a área de actuación, así como os asuntos a tratar, e as *guías de tratamentos*, que pretenden dar información específica sobre tratamentos en función do transtorno (APA, 2002). Estas últimas serían as máis problemáticas, xa que por tras delas subxacen ideas de como se produce o transtorno, que é diferente para cada enfoque terapéutico.

*Resultados do tratamento.* Algúns críticos apuntaron que as medidas de resultados se basean principalmente na sintomatoloxía, o que non coincide cos obxectivos de todos os enfoques. Posibelmente a asunción do modelo médico tivo bastante que ver nisto, mais non existe unha contraindicación ao uso doutras medidas de resultados. De feito, temos diferentes instrumentos de medida que inclúen outros tipos de resultados, como de funcionamento social ou de benestar subxectivo: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure - CORE-OM (Barkham et al, 2001) ou o Outcome Questionnaire -OQ-45 (Lambert et al, 1996).

Outra cuestión importante é de que maneira facer a medida do resultado final nos casos de finalización prematura do tratamento, o que habitualmente se denomina *abandonos*. O grao

en que este problema se presenta é bastante significativo, por exemplo, Bados informa dun 43,8% de abandonos nunha mostra de 203 pacientes, sendo o resultado coherente cos doutras investigacións, e un 13,3% deles informan que se debe á mellora (Bados et al, 2007), polo que non sempre é evidente o resultado nestes casos. Nos estudos de eficacia, normalmente só se inclúen os resultados das persoas que acabaron a terapia ou cumpriron un número significativo de sesións, mais supoñen unha proporción importante á hora de xeneralizar os resultados.

### ***Críticas á adecuación do método experimental á investigación de psicoterapia***

As críticas até agora citadas, se ben apuntan problemas importantes, permiten o uso de certas medidas correctoras, e de feito déronse avances significativos: uso de mostras cada vez máis parecidas ao contexto clínico real e o uso doutros tipos de diagnósticos ou clasificacións; maior flexibilidade á hora de especificar os tratamentos, o uso de varias medidas para valorar o resultado... mais existen outro tipo de críticas que van máis lonxe e céntranse nalgunhas dificultades metodolóxicas que o deseño experimental esixe e que o coñecemento actual da psicoterapia non pode obviar.

*Ingredientes activos e grupo control.* O deseño experimental baséase, para poder dar lugar a inferencias acerca de ingredientes activos, na posibilidade de que un grupo control careza destes ingredientes. O modelo que se deu como ideal, proveniente do ambiente médico, é o uso de placebo, baixo condicións de duplo-cego (tanto cliente como terapeuta descoñecen a condición na que están) para evitar a influencia que pode ter este coñecemento no resultado. En psicoterapia, as cousas son algo máis complexas. Para comezar, o terapeuta vai ser coñecedor da condición na que está. Polo tanto, o placebo ten que estar coidadosamente deseñado, para poder determinar certa especificidade do tratamento e evitar que as diferenzas entre grupos poidan deberse a calquera outro factor estraño. A revisión realizada por Baskin (Baskin et al, 2003), é bastante esclarecedora: a medida que o deseño do placebo inclúe máis tempo de contacto terapeuta-cliente e unha explicación máis racional ou plausíbel do transtorno, máis se esvaecen as diferenzas entre o grupo control e o experimental, polo que se pode supor que este tipo de placebo non é tan inocuo como se podería esperar. Aínda que este resultado pode resultar algo sorprendente, está en consonancia cos resultados doutro tipo de deseños, os denominados de compoñentes. Estes, en principio, tratan de obviar a condición placebo, comparando dúas condicións de tratamento que só se diferencian nunha parte do tratamento, que se omite nun deles. A meta-análise levada a cabo por Ahn e Wampold (Ahn e Wampold, 2001) conclúe que ningunha compoñente dos distintos tratamentos estudados se demostra necesaria, sendo similar a eficacia dos tratamentos con ou sen a compoñente estudada. Un exemplo coñecido é o da terapia cognitiva en depresión (Gortner et al, 1998), onde se obtiñan resultados similares tanto co paquete completo como cando se eliminaba a compoñente cognitiva e se deixaba só a condutual.

Estes resultados xustifican o estudo dos “factores comúns” dos tratamentos, ou polo

menos o estudo do que teñen en común os tratamentos que non teñen relación coas compoñentes en que se divide. Estes centráronse principalmente na alianza terapéutica, da que despois falaremos.

*Duración dos tratamentos.* Quizá o obstáculo máis importante que diferencia os tratamentos empiricamente validados e a función no contexto clínico habitual, ten que ver coa duración dos tratamentos e *cando considerar que un paciente se beneficiou dun tratamento*. Os tratamentos “manualizados” teñen unha duración prefixada, dun mínimo de seis sesións e polo xeral dunhas oito-doce. É habitual considerar que só quen chega até o fin se beneficiou de maneira suficiente do tratamento.

O problema é que o número de sesións habitual na práctica é moito menor do que os tratamentos “eficaces” necesitan: segundo informa Lambert, cunha mostra de máis de seis mil pacientes, a media de duración do tratamento era de tres sesións, sendo o máis habitual que se trate dunha soa sesión, nun terzo da mostra (Lambert, 2001). Esta discrepancia é bastante chamativa e as causas non están totalmente claras. Unha posíbel explicación é que exista unha diferenza importante na maneira de realizar a terapia en investigación e en contextos reais, o que nos levaría a preguntarnos polo que se está a investigar nos estudos de eficacia.

Outra explicación máis interesante, xa que apareceu desde diferentes tipos de análises, é a que propoñen Lambert (Lambert, Hansen e Finch, 2001), mediante a análise de supervivencia, e Kelly (Kelly et al, 2005), co estudo das ganancias repentinas (*sudden gains*) na depresión. Ambos indican a presenza de mellorías nas primeiras sesións, entre a primeira e quinta sesión. Este fenómeno é difícil de explicar se nos limitarmos a considerar exclusivamente as técnicas, dado que moitas non se empregaron nesas fases iniciais (para discusión, ver Ilardi e Craighead, 1994; Tang e De Rubeis, 1999 e Busch et al, 2006).

### ***A investigación naturalística***

Perante estas críticas, cabe preguntar se realmente funciona o que pensamos que funciona e se facemos o que dicimos facer. E é prioritario tomar como estándar o que se está a facer na práctica, por medio do estudo dos procesos de cambio que se producen neste contexto, sobre todo nas primeiras sesións, cun enfoque correlacional que nos permita ter en conta un maior número de variábeis para poder establecer hipóteses sobre os mecanismos de cambio, que aínda que sabemos que se producen na psicoterapia, aínda non sabemos de que maneira. Como Westen propón, “examinar patróns de co-variación na práctica clínica entre intervencións específicas, estratexias de intervención e procesos de cambio por unha parte e os resultados obtidos en diversos momentos de avaliación, por outra; e utilizar estes datos para identificar posíbeis tratamentos eficaces que deberán ser investigados despois en estudos controlados” (Morrison et al, 2003. Tradución [ao castelán] en Bados et al, 2008).

### ***O exemplo do Hospital Virxe da Xunqueira***

A mostra inclúe todas as persoas atendidas na consulta de psicoloxía no Servizo de Saúde Mental do Hospital Virxe da Xunqueira de Cee (A Coruña), durante o período comprendido entre a súa posta en funcionamento, en febreiro de 1999, até agosto de 2010. O número de pacientes atendidos ascende a cerca de tres mil persoas.

A metodoloxía de investigación é de tipo correlacional. Divídense as variábeis en predictoras –do paciente e de tratamento– e de resultado. Existen unhas variábeis de proceso que se poden considerar intermedias entre ambas –de cumprimento de tarefas e alianza terapéutica–.

Un dos obxectivos principais era que esta investigación puider integrarse no traballo habitual, polo que se buscou que os diferentes instrumentos de avaliación fosen rápidos e fáciles de implementar na práctica clínica.

### ***Variábeis do paciente***

Desde a famosa meta-análise realizada por Lambert (Lambert e Asay, 1984), considérase que grande parte do éxito terapéutico se debe a factores extraterapéuticos, onde se inclúen variábeis relacionadas directamente co paciente e o contexto (até un 40% da melloría experimentada en psicoterapia), polo cal é normal telas en conta na investigación.

Dentro das variábeis que se recolleron podemos diferenciar catro tipos: sociodemográficas, clínicas, escalas clínicas e as de expectativas, as cales están especificadas nas táboas 1 a 4. As variábeis sociodemográficas e clínicas recollíanse polo equipo terapéutico tras a primeira entrevista, e as escalas clínicas e de expectativas cubríaaas o paciente antes da primeira sesión, entregándose tras o primeiro contacto coa Unidade que realizaba enfermaría.

Táboa 1. – Variábeis sociodemográficas

<b>Sociodemográficas</b>
- Sexo
- Idade
- Formación
- Situación laboral

Táboa 2. – Variábeis de expectativas

<b>Expectativas xerais</b>	<b>Expectativas específicas de tratamento psicoterapéutico</b>
- Autoeficacia	- Autoeficacia
- Locus de control	- Locus de control
- Resultado	- Resultado
- Éxito	- Éxito

Táboa 3. – Variábeis clínicas

<b>Clínicas</b>
- Diagnóstico (DSM-IV)
- Gravidade (EEAG)
- Tempo de evolución
- Tratamento simultáneo (Si/Non)
- Tratamento anterior (Si/Non)
- Tratamento psicofarmacolóxico (Si/Non)

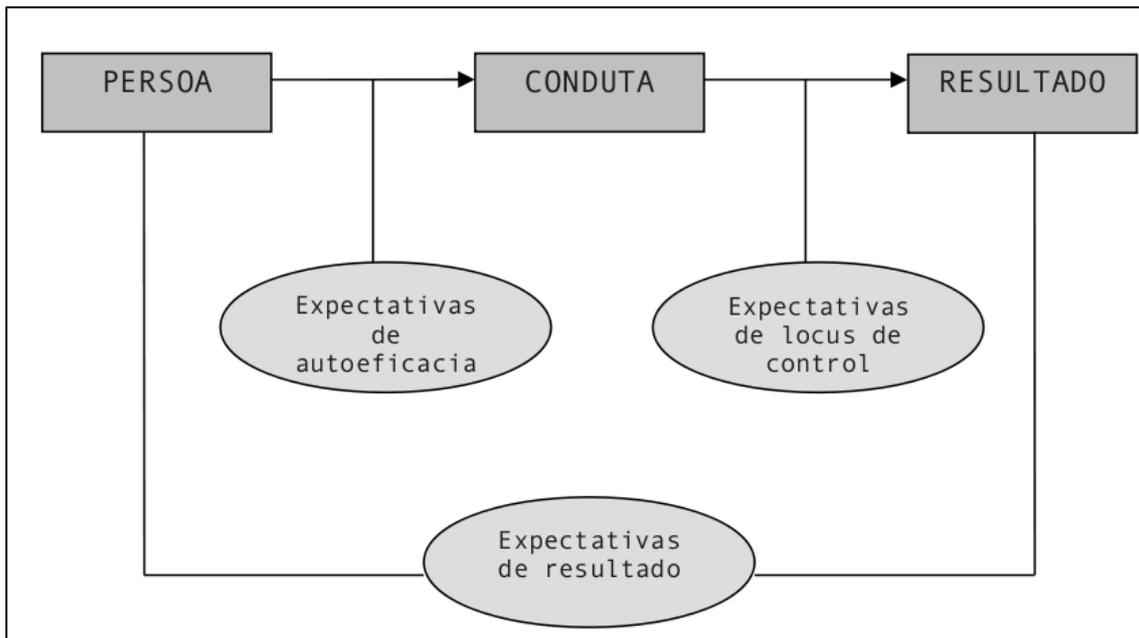
Táboa 4.- Escalas

<b>Escalas</b>
- Cuestionario de Saúde SF-36 (Alonso et al. )
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Tejero, 1986)
- STAI (State-Trait Anxiety Inventory) (Spielberg et al, 1982)

As expectativas de autoeficacia e locus de control son variábeis do paciente que, alén de ser de grande relevancia como predictores de resultados (para revisión, Garfield, 1994), poden ser consideradas focos de tratamento e modificadas. Foi tomado o modelo de Expectativas de

Control Percibido (Palenzuela, 1993) para determinar os constructos relevantes que afectarían ao control percibido: autoeficacia, locus de control e éxito, que afectan a distintos aspectos das continxencias esperadas entre a persoa, a súa conduta e a resposta do ambiente (ver Fig.1). Ademais, resulta de utilidade diferenciar entre expectativas xerais e as específicas do tratamento psicoterapéutico (Rodríguez Morejón, 1994).

Fig. 1.- Diferenzas entre os constructos expectativas de autoeficacia, de locus de control e de resultado (Palenzuela, 1990).



Para avaliar utilízanse as Escalas de Expectativas Xerais de Control Percibido, ECPG, e Escalas de Expectativas Específicas de Control Percibido (Rodríguez Morejón, 1994), que consta de tres ítems de resposta tipo Likert entre 1 e 9 para cada unha das subescalas (autoeficacia, locus de control e éxito).

### **Formulación do caso**

A formulación do caso corresponde á hipótese etiolóxica sobre o que está a causar o malestar psicolóxico e as variábeis relacionadas. O modelo é de Terapia Familiar Breve, tal como aparece descrito no manual específico (Rodríguez-Arias e Venero, 2006), baseado no enfoque estratéxico do MRI (Fisch, Weakland e Segal, 1984).

A idea xeral é que os problemas se desenvolven e manteñen debido ás solucións

ineficaces que se toman e se persiste nelas. Este tipo de solucións pódese diferenciar nunha serie de patróns ou denominador común (Fisch, Weakland e Segal, 1984; Rodríguez-Arias e Venero, 2006), que será o que se tome como hipótese e que guiará o tipo de tarefas que se soliciten.

Outras variábeis que se exploran na formulación do caso, que proveñen da Terapia Centrada en Solucións, pola súa influencia no resultado terapéutico, é o cambio pre-tratamento e a presenza de excepcións –momentos nos que o problema non está presente–, diferenciadas en deliberadas e espontáneas (Rodríguez Morejón, 1994; Johnson et al, 1998).

### ***Medidas de resultados***

A medición do resultado terapéutico divídese en dúas variábeis criterio: o resultado final e o de seguimento. A variábel “Resultado final” pode ter tres valores: “Éxito”, “Fracaso” ou “Abandono”, que se obtén por unha ponderación de distintos indicadores de resultado (para ver unha descrición detallada dese proceso, ver Rodríguez-Arias et al, 2004). A variábel “Resultado de seguimento” pode ter como valores “Éxito”, “Fracaso” ou “Recaída”, que se obtén mediante unha ponderación de distintos indicadores de resultado de seguimento (tamén en Rodríguez-Arias et al.).

Unha diferenza principal entre ambas medidas está en quen realiza a valoración. Mentres que para o resultado final é o equipo terapéutico quen determina o grao de cumprimento dos distintos indicadores, no seguimento é o paciente quen responde ao cuestionario. Aínda que parece preferíbel esta segunda opción, para evitar calquera tipo de desviación por parte do equipo, é practicamente imposíbel facelo para cubrir o resultado, dado que moitas veces a finalización do tratamento non é explícita.

Desde o mes de maio de 2009 engadiuse a avaliación de resultado en cada sesión, tanto para poder controlar este desvío como para ter unha mellor investigación do proceso. Debido á necesidade de integralo de maneira natural co traballo habitual psicoterapéutico, é recomendábel unha escala moi breve, polo que se utilizou a adaptación española da “Outcome Rating Scale” (Miller et al, 2003), baseada na escala Outcome Questionnaire -OQ-45 (Lambert et al, 1996), que consta de catro ítems de resposta mediante unha escala visual que despois se traduce a valores numéricos entre 0 e 10. O paciente debe indicar o grao de satisfacción en catro niveis: persoal, familiar, social e global. O instrumento conta con boas propiedades psicométricas, informando os seus autores sobre poboación americana dunha consistencia interna de 0,93 e de validez concorrente coa OQ-45 de 0,69 (Miller et al, 2003).

### ***Investigación de procesos***

Xunto coa avaliación sesión a sesión do resultado, en cada sesión tómanse algúns datos relativos ao proceso terapéutico, como o cumprimento das tarefas solicitadas entre sesións.

Un constructo de importancia fundamental nos estudos de resultados é a alianza terapéutica (para unha revisión en castelán, ver Corbella e Botella, 2003), polo que se decidiu

incluir unha avaliación continua desta alianza. Existe unha diversidade de instrumentos de avaliación, mais novamente as necesidades de facer un bo balance entre esixencias psicométricas e rapidez de aplicación conduciu á elección da “Session Rating Scale” (Duncan et al, 2003), una escala de catro ítems de resposta en escala visual, cun rango de tradución numérica entre 0 e 10. Está baseada principalmente na Working Alliance Inventory (Horvath e Greenberg, 1989), e cada un dos ítems recolle os distintos factores desta: vínculo emocional, acordo con metas e tarefas e acordo con método e enfoque, máis un último ítem de valoración global. O instrumento, aínda sendo breve, conta con boas propiedades psicométricas, cunha consistencia interna de 0,88 e validez concorrente con outras escalas de avaliación da alianza (Duncan et al, 2003).

## CONCLUSIÓNS

Neste artigo describimos brevemente as posibilidades que temos na investigación dos resultados da psicoterapia e as vantaxes que nos ofrecen os estudos de efectividade e deseños correlacionais.

Porque, se ben parece que un bo deseño experimental nos ofrece respostas máis seguras para poder establecer relacións causais e especificar os mecanismos de cambio que se produce en psicoterapia, estes continúan a ser confusos, e en parte pode ser, como indica Garfield (1996), polo excesivo peso que se lle deu á técnica en detrimento doutros factores comúns aos diferentes enfoques de psicoterapia.

Existe, de feito, un abundante corpus de investigación que indica a importancia de factores diversos no resultado cun importante peso específico, factores que dependen do paciente, do terapeuta, ou da interacción entre estes (para revisión en castelán, Corbella e Botella, 2004a).

A preponderancia da técnica, do tratamento específico, xurdiu dun modelo médico que se utilizou para mostrar a eficacia comparativa da psicoterapia fronte a outros tratamentos médicos, obxectivo que se cumpriu mediante o axuste ás especificacións dese modelo (diagnóstico específico, tratamento específico).

E o deseño experimental é ideal nestas condicións, e sen dúbida o máis potente. Tendo o control sobre as variábeis independentes, que neste caso son o uso ou non dunha técnica ou compoñente específica, nunha mostra cun diagnóstico específico, as conclusións que se poden obter son bastante fiábeis, no sentido de que se poden replicar por outros investigadores.

A utilidade deste deseño virá limitada porque esa selección de variábeis sexa útil e xeneralizábel á poboación xeral. E para poder garantilo, este deseño pódese ampliar, máis aló das limitacións impostas máis ou menos expresamente pola corrente dos tratamentos empiricamente validados, con distintas variábeis independentes: tipo de terapeuta, outras características do cliente ou paciente como expectativas, grao de benestar subxectivo, funcionamento social...

Mais existen variábeis que non podemos controlar, e estas teñen que ver coa interacción. Non podemos seleccionar aleatoriamente dúas mostras de pacientes cuxa condición experimental sexa nula ou pouca alianza, por un lado, moita alianza por outro. Isto non tería maior transcendencia se non fose porque esta interacción é un predictor moi potente do resultado do tratamento (Corbella e Botella, 2003) e actualmente non se pode predicir doutro conxunto de variábeis que si poidamos controlar.

Isto é o que nos leva a considerar preferíbel o uso doutras estratexias, xa que ben podería ser que os mecanismos de cambio se escondan neste constructo chamado alianza terapéutica. Para iso, e dado que non temos o control sobre esta variábel, a opción sería un deseño correlacional, co obxectivo de ver que variábeis inflúen no resultado. Coa vantaxe, ademais, de que pode facerse mentres se realiza o tratamento psicoterapéutico estándar, sen ter que realizar unha adaptación deste, cos riscos que implica de perda de validez externa.

O programa de investigación do Servizo de Saúde Mental do Hospital de Cee é un exemplo de avaliación continua de resultados integrado no traballo clínico habitual, demostrando que non ten por que ser incompatíbel a práctica da psicoterapia coa práctica investigadora. Require, evidentemente, dun esforzo de recollida de datos por parte do equipo, sobre todo tras o primeiro contacto, e por parte do paciente para cubrir os cuestionarios que lle sexa solicitado cubrir. É moi importante que isto poida facerse dunha maneira rápida e que produza a menor reactividade posíbel no paciente, que pode provocar un artefacto difícil de controlar.

Isto permítenos ter un número bastante amplo de variábeis criterio que podemos ver como inflúen no resultado: variábeis do paciente, de formulación do caso, da relación terapéutica...

Entre as que teñen unha tradición máis consolidada de investigación están as medidas de expectativas de autoeficacia e locus de control que, seguindo a Palenzuela (1993), se incluíron nun constructo maior de “control percibido”, e a alianza terapéutica, da que se tomou unha medida sesión a sesión.

En España publicouse recentemente un estudo cun deseño e obxectivos parecidos (Botella, 2008). Entre as similitudes máis significativas están o uso de medidas sesión a sesión do resultado e a alianza terapéutica, diferindo nas escalas utilizadas para a avaliación: CORE-OM (Barkham et al, 2001) para a avaliación de resultados e a adaptación española do Working Alliance Inventory versión reducida – WAI-S (Corbella e Botella, 2004b) para a alianza terapéutica. A diferenza principal estriba na elección de escalas máis curtas pola nosa parte. A elección dunha escala máis curta ou máis longa depende de buscar un equilibrio entre unhas propiedades psicométricas adecuadas (fiabilidade, validez, sensibilidade ao cambio) e, por outro lado, a rapidez de aplicación e a redución da reactividade. No noso caso, as propiedades psicométricas das escalas elixidas é adecuada cando se introduciu nunha mostra americana, así que en breve se presentarán os datos da nosa mostra para determinar se isto pode ser xeneralizado.

## Bibliografía

- Addis, M. E. & Krasnow A.D. (2000): "A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (2): 331-9.
- Ahn H. & Wampold B. E. (2001): "Where Oh Where Are the Specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy". *Journal of Counseling Psychology*, 48 (3): 251-257
- Alonso, J.; Prieto, L. & Anto, J.M. (1995): "La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos". *Medicina Clínica* 104(20):771-6.
- American Psychological Association. (2002a): "Criteria for evaluating treatment guidelines". *American Psychologist*, 57, 1052-1059.
- American Psychological Association (2002b): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006): "Evidence-based practice in psychology". *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Bados, A.; Balaguer, G. & Saldaña, C. (2007): "The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out". *Journal of Clinical Psychology* 63 (6): 585-592.
- Bados, A.; García, E. & Fusté, A. (2002): "Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica". *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 2 (3): 477-502.
- Bados, A; García, E. (2008): "Eficacia y utilidad clínica de la intervención en psicología clínica". Recurso electrónico: <http://hdl.handle.net/2445/4962>
- Barkham, M.; Margison, F.; Leach, C., et al (2001): "Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: toward practice-based evidence in the psychological therapies". *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 184-196.
- Barlow, D. H. (1996): "Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy". *American Psychologist*, 51, 1050-1058.
- Barlow, D. H.; DiNardo, P. A.; Vermilyea, B. B.; Vermilyea, J. A. & Blanchard, E. B. (1986): "Comorbidity and depression among the anxiety disorders, Issues in classification and diagnosis". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 63-72.
- Baskin, T. W.; Tierney, S. C.; Minami, T. & Wampold, B. E. (2003): "Establishing Specificity in Psychotherapy: A Meta-Analysis of Structural Equivalence of Placebo Controls". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6): 973-9.
- Botella, J. (2000): "El papel de los estudios de resultados de las terapias psicológicas". *Psicothema* 12 (2):176-9.
- Botella, L. (2008): "Resultado y proceso en psicoterapia cognitivo-constructivista integradora". *Apuntes de Psicología* 26 (2): 229-41.
- Busch, A. M.; Kanter, J. W.; Landes, S. J. & Kohlenberg, R. J. (2006): "Sudden gains and outcome: A broader temporal analysis of cognitive therapy for depression". *Behavior Therapy*, 37, 61-68.
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D.(1998): "Defining empirically supported therapies". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 7-18.
- Chambless, D. & Ollendick, T. (2000): "Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence". *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003): "La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación". *Anales de Psicología*, 19 (2):205-21.
- Corbella, S. & Botella, L. (2004a): *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Vision Net.
- Corbella, S. & Botella, L. (2004b): "Psychometric properties of the spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI)". *Psicothema*, 16 (4): 702-5.
- Duncan, B.L.; Miller, S.D.; Sparks, J.A.; Claud, D.A.; Reynolds, L.R.; Brown, J. & Johnson, L.D. (2003):

- “The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a 'Working'Alliance Measure”. *Journal of Brief Therapy* 3 (3): 3-12.
- Fish, R.; Weakland, J.H. & Segal, L. (1984): *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Garfield, S. L. (1994): “Research on client variables in psychotherapy”. En A. T. Bergin & S. L. Garfield (eds.) *Comprehensive handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 190-228). New York: Wiley.
- Garfield, S. L. (1996): “Some problems with 'validated' forms of psychotherapy”. *Clinical Psychology: Science and Practice* 3:218–29
- Goldfried, M. R. & Wolfe, B. E. (1998): “Toward a more clinically valid approach to therapy research”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 143–150.
- Gortner, E. T.; Gollan, J. K.; Dodson, K. S. & Jacobson, N. S. (1998): “Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-388.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989): “Development and validation of the Working Alliance Inventory”. *Journal of Counseling Psychology*, 64, 223-233.
- Humphreys, K. & Weisner, C. (2000): “Use of Exclusion Criteria in Selecting Research Subjects and Its Effect on the Generalizability of Alcohol Treatment Outcome Studies”. *American Journal of Psychiatry* 157 (4): 588-594.
- Ildardi, S. S. & Craighead, W. E. (1994): “The role of non specific factors in cognitive-behavior therapy for depression”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 138–156.
- Johnson, L. N.; Nelson, T. S. & Allgood, S. M. (1998): “Noticing pretreatment change and therapy outcome: An initial study”. *American Journal of Family Therapy*, 26, 159–168.
- Kelly, M. A. R.; Roberts, J. E.; Ciesla, J. A. (2005): “Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: When do they occur and do they matter?” *Behavior Research and Therapy* 43(6):703–714.
- Lambert, M. J. (2001): “The status of empirically supported therapies: Comment on Westen and Morrison (2001) multidimensional multi-analysis”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 910-913.
- Lambert, M. J. & Asay, T.P. (1984): “Patient characteristics and their relationship to psychotherapy outcome”. En Herson, M.; Michelson, L. & Bellack, A.S. (eds.) *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 157-212. New York: Wiley.
- Lambert, M. J.; Burlingame, G. M.; Umphress, V.; Hansen, N. B.; Vermeersch, D. A.; Clouse, G. C. et al. (1996): “The reliability and validity of the Outcome Questionnaire”. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249–258.
- Lambert, M. J.; Hansen, N. B. & Finch, A. E. (2001): “Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159 –172.
- Miller, S.D.; Duncan, B.L.; Brown, J; Sparks, J.A.; Claud, D.A. (2003): “The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure”. *Journal of Brief Therapy*, 2 (2): 91-100.
- Morrison, K. H.; Bradley R. & Westen, D. (2003): “The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: a naturalistic study”. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 109–32.
- Nathan, P.E. (2004): “The Evidence Base for Evidence-Based Mental Health Treatments: Four Continuing Controversies”. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4 (3): 243-54
- Rodríguez-Arias, J. L. & Venero, M. (2006): *Terapia Familiar Breve. Guía para sistematizar el tratamiento terapéutico*. Madrid: CCS
- Rodríguez Morejón, A. (1994): *Un modelo de agencia humana para analizar el cambio en psicoterapia. Las expectativas de control percibido en terapia sistémica breve*. Tese doutoral non publicada. Universidade Pontificia de Salamanca.
- Spielberger, C.; Gorsuch, R. & Lushene R. (1982): *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. California: Consulting Psychologists Press. Adaptación española. Madrid: Sección de Estudio de Tests. TEA Ediciones S.A.
- Tang, T. Z. & DeRubeis, R. J. (1999): “Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 283–288.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995): "Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations". *Clinical Psychologist*, 48, 3–23.

Tejero, A.; Guimera, E.; Farré, J. M. & Peri, J. M. (1986): "Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez". *Revista del Departamento Psiquiatría Facultad Med. Barcelona* 12: 233-238.

Westen, D. (2005): "Patients and treatments in clinical trials are not adequately representative of clinical practice". En J. C. Norcross; L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds.): *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 161–171). Washington, D.C.: APA Books.

Westen, D. & Arkowitz-Westen, L. (1998): "Limitations of Axis II in Diagnosing Personality Pathology in Clinical Practice". *American Journal of Psychiatry* 155:1767-1771.

Westen, D. & Morrison, K. (2001): "A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 875-899.

Westen, D.; Novotny, C.M. & Thompson-Brenner, H. (2004): "The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials". *Psychological Bulletin* 130 (4): 631–663.

## A SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL: O SEN-SENTIDO DUNHA POLÉMICA



**Manuel Lopo Lago**  
Psicólogo Clínico

A suposta “Síndrome de alienación parental” está a ser utilizada de forma coercitiva cada vez con máis frecuencia en contextos xudiciais de todo o Estado; cada vez máis nenos/as están a ser separados/as de algún dos seus proxenitores, xeralmente a nai, en virtude e coa única proba dun diagnóstico de SAP realizado por “supostos” expertos no asunto. En numerosas ocasións as “supostas” persoas expertas son psicólogos/as que traballan nos departamentos Psicosociais dos Xulgados, Peritos (psicólogos/as) forenses de distintas institucións públicas e privadas ou técnicos/as de Puntos de encontro familiares. A preocupación polos menores afectados xunto co numeroso grupo de psicólogos/as que se ven involucrados nestes procesos son as razóns que levaron a elaborar o presente documento.

O termo SAP é utilizado por primeira vez en 1985 por Richard Gardner, médico norteamericano cando, en calidade de perito xudicial, elaborou un informe nun caso de litixio xudicial pola custodia dos fillos. A partir dese momento comezou a ser utilizado en casos de divorcios litixiosos nos que había denuncias de incesto e/ou abusos sexuais cara un dos proxenitores (habitualmente o pai). Prodúcese o feito nun contexto social, o estadounidense, no que o incesto e os abusos sexuais a nenos/as no seo familiar comezaban a ser denunciados, nomeados e polo tanto facíanse visíbeis nunha sociedade que até ese momento se limitaba a ollar cara a outro lado.

*“A síndrome de alienación parental (SAP) é un trastorno infantil que xorde case exclusivamente no contexto de disputas pola custodia de nenos. A súa manifestación primaria é a campaña de denigración dun neno contra un pai, unha campaña que non ten xustificación. Isto resulta da combinación dunha programación (lavado de cerebro) de adoutrinamento parental e das propias contribucións do neno para o vilipendio do pai obxectivo. Cando un maltrato/abuso sexual está presente a animosidade pode estar xustificada e así a explicación da SAP para a hostilidade do neno non é aplicábel”<sup>i</sup>.* Desta maneira definiu Gardner a SAP, con pequenas variacións ao longo da súa extensa bibliografía. Na súa primeira definición a alienadora era sempre a nai; só máis tarde aparece o pai como posíbel alienador e xa en 1991 incorpora que en casos de maltrato, abuso ou negligencia pode estar xustificado o “rexeitamento”.

Ninguén en contextos xurídicos, clínicos, educativos e sociais que tivera contacto con procesos litixiosos de divorcio pola custodia e/ou réxime de visitas dos/as fillos/as, pode negar a existencia de intentos de manipulación dos fillos/as por parte dun ou ambos proxenitores. Ninguén nega isto e é, polo tanto, lícito supor que en moitos destes procesos o feito dáse. A cuestión radica en se a SAP é ou non unha síndrome médica/psicolóxica/psiquiátrica. No caso de ser considerada como tal, o diagnóstico de SAP realizado por peritos forenses e/ou profesionais da saúde mental cualificados para iso adquire carácter de proba. No caso contrario, ao non existir un diagnóstico que se constituía en proba, a suposta manipulación debería ser probada polas canles habituais nos xuízos como calquera outro elemento presente no litixio.

Ao longo destes 23 anos, desde a fixación/invención do termo por Gardner até a actualidade, os partidarios da SAP intentaron que sexa recoñecida cun resultado absolutamente negativo coa excepción de moi contadas instancias xudiciais.

No ámbito xurídico dos EE.UU Jennifer Hoult, J.D. *Law Guardian*<sup>ii</sup> en Kings County, N.Y, realizou en 2006 un extenso e exhaustivo traballo de investigación no que nos di:

*“Este artigo presenta a primeira análise exhaustiva das cuestións científicas, legais e políticas involucradas na admisibilidade probatoria da SAP. Como toda nova teoría, a admisibilidade da SAP susténtase por unha serie de probas estándar que buscan protexer o foro legal da influencia das pseudo-ciencias. Este artigo analiza cada decisión que sentou precedentes e os*

*artigos das revisións das leis que se referían á SAP nos últimos vinte anos, e encontrouse que os antecedentes sustentan que a SAP é inadmisíbel e segundo a maioría da escolástica legal é considerada negativa. Por outro lado o artigo analiza os escritos do inventor da SAP, o psiquiatra infantil Richard Gardner. Inclúense vinte e tres artigos de revisións realizadas por pares e cincuenta decisións legais que el citou para apoiar a súa pretensión de que a SAP ten validez científica e é admisíbel legalmente, e encontramos que todo este material non sustenta nin a existencia nin a admisibilidade legal da SAP”<sup>iii</sup>.*

No ámbito sanitario na actualidade a SAP non é considerada como tal pola Asociación de Psicología Americana, Asociación Médica Americana, Asociación Psiquiátrica Americana, nin pola Organización Mundial da Saúde, nin está incluída nas súas respectivas clasificacións das doenzas mentais: DSM IV e CIE 10<sup>iv</sup> v. En canto ás medidas terapéuticas que se suxiren perante a suposta Síndrome, un importante grupo de prestixiosos profesionais españois da Medicina e a Saúde mental advírtenos que:

*“O pretendido tratamento (multas, perdas permanentes de custodia, prisión, centros de detención xuvenil), é exclusivamente coacción legal inútil e contraproducente que empeora a situación, deixa secuelas nos nenos/as e nalgúns casos documentados tivo graves consecuencias. A intervención legal recomendada pola SAP leva, na práctica, a unha eliminación dos dereitos dos nenos/as en nome da saúde psicolóxica. A saída dos nenos/as do fogar materno en que se criaron satisfactoriamente, para ir vivir cun pai ao que temen, deixa unha pegada traumática que dura moitos anos. En moitos casos déixase o menor nunha situación de risco extremo, promovida pola xustiza. Dadas estas violacións da ética médica e as obrigas legais, o tratamento da SAP constitúe en si mesmo unha mala praxe médica.”<sup>vi</sup>*

### **Argumentos obvios para unha polémica sen-sentido**

A suposta síndrome foi rexeitada por razóns de moi diversa índole:

Desde unha perspectiva metodolóxica está demostrado que carece da máis mínima fundamentación, dado que non hai probas que a ratifiquen, non se presentaron instrumentos de medición fiábeis, non encontran análises de pares (peer review) en revistas científicas, e as mostras de casos que Gardner enuncia nas súas publicacións non foron corroboradas.

En segundo lugar é criticada desde unha perspectiva xurídica dado que inverte a carga da proba. Ao ser utilizada “como se” fose unha síndrome médica/psicolóxica/psiquiátrica constitúese en proba en si mesma. Isto entra en contradición cun principio básico do ordenamento constitucional (artigo 24.2), que fai referencia á presunción de inocencia. Unha vez diagnosticada como causante dunha SAP, a presunta alienadora (en ocasións, alienador) debe demostrar a súa inocencia.

En terceiro lugar, desde a psicoloxía evolutiva dado que nos presenta un neno/a sen capacidade de crítica que repite de forma “robotizada” os argumentos que se supón que pretenderon inculcarlle, e o que é aínda máis erróneo, se cabe, considérase que non son capaces de elaborar opinións propias. Tamén se bota en falta que Gardner e os defensores da SAP falen, na súa bibliografía, dos trastornos psicolóxicos graves que virían necesariamente asociados a un “lavado de cerebro”. Como afirma a Asociación Española de Neuropsiquiatría:

*“Coa SAP, bórranse as contribucións de Piaget, Vigotski, Spitz, Mahler, Klein, Freud (Anna), Ainsworth, Winnicot, Bowlby, Lebovici, Ajuriaguerra, Diatkine, Anzieu, Ericsson... A lista dos autores que elaboraron moito do que sabemos de nós mesmos a través da mente dos nenos, sería, inmensa. Toda a complexidade da psique humana, a que permite ou axuda a explicar os comportamentos e axudar desde a clínica, foi simplificada a un nivel máximo por Gardner. Isto permite, como era obxectivo seu, un diagnóstico fácil da SAP”<sup>vii</sup>*

E en último lugar, e non por iso o menos importante, a suposta síndrome é criticada desde o ideolóxico xa que esta se insire no marco teórico sobre o que Gardner elabora a súa Teoría da conduta sexual humana. As seguintes citas fálannos dunha maneira clara sobre o marco teórico no que Gardner se sustenta. Non esquezamos como dicíamos no inicio que a suposta síndrome aparece cando na sociedade norteamericana comezan a ver a luz os abusos sexuais sufridos polos menores no contexto familiar.

*“Os nenos maiores poden ser axudados a darse conta de que os encontros sexuais entre un adulto e un neno non son universalmente considerados como un acto censurábel. Poderíase falar ao neno sobre outras sociedades nas que tal comportamento foi e é considerado normal. O neno podería ser axudado a apreciar a sabedoría do Hamlet de Shakespeare, que dixo, 'Nada é bo ou malo mais o feito de pensalo faino así'. En tales discusións o neno ten que ser axudado a apreciar que na nosa sociedade temos unha actitude esaxeradamente punitiva e moralista sobre os encontros sexuais entre adulto-neno.”<sup>viii</sup>*

*“Se a nai reaccionou ao abuso de maneira histérica, ou o usou como escusa para unha campaña de denigración do pai, entón o terapeuta fai ben en tratar de ‘traela á cordura’ (...) A súa histeria (...) contribuirá ao sentimento do neno de que se cometeu un crime horríbel e polo tanto diminuírá a posibilidade de todo tipo de achegamento co pai. Débese facer todo o posíbel para axudala a pór ‘o crime’ nunha adecuada perspectiva. Ela debe ser axudada a apreciar que na maioría das sociedades na historia do mundo, tal comportamento era omnipresente, e que isto aínda é así.”<sup>ix</sup>*

*“É moi probábel que a nai teña problemas sexuais (...) En moitos casos ela mesma sufriu abusos sexuais de nena (...) Podería ser que nunca lograra ter un orgasmo a pesar do feito de sufrir abusos sexuais, a pesar do feito de que tivo moitos amantes, e a pesar do feito de estar agora casada. O terapeuta, entón, fai ben en tratar de axudala a lograr tal gratificación. Afirmacións verbais sobre os praceres da resposta orgásmica non parecen resultar moi útiles.*

*Débenselle alentar experiencias, baixo adecuadas situacións de relaxamento, que lle possibiliten lograr a meta da resposta orgásmica (...) Os vibradores poden ser extremadamente útiles a este respecto, e débese tratar de superar toda inhibición que ela poida ter con respecto ao seu uso (...); a redución da súa propia culpa sobre a masturbación fará que lle sexa máis fácil alentar nesta práctica á súa filla, se isto está xustificado. E a súa aumentada sexualidade podería diminuír a necesidade do seu esposo de dirixirse á súa filla para unha gratificación sexual.”<sup>x</sup>*

O problema agrávase ao xeneralizarse (cada vez con máis frecuencia) a utilización desta suposta síndrome a moitos divorcios litixiosos nos que sen haber acusacións de incesto ou abusos sexuais, un ou varios menores se negan a realizar as visitas ao proxenitor non convivinte. Sen ter en conta (e isto agrava aínda máis a situación) se o proxenitor non convivinte (habitualmente o pai) foi condenado por delito de malos tratos ou outras posíbeis razóns que xustifiquen a negativa dos menores, pídese que sexa retirada a custodia (e nalgúns casos as visitas) do proxenitor acusado de alienador.

Resulta bastante reduccionista o feito de considerar que os menores son simples marionetas que repiten sen o menor sentido crítico o que o presunto “alienador” introduce no seu cerebro. Resulta moi reduccionista pensar que os menores non teñen dereito a sentir, pensar e actuar por si mesmos, aínda cando non negamos que poidan ser influenciados (o cal tampouco podemos negar, aínda que en diferente medida, en relación aos adultos).

Actualmente no noso País xa existe, cando menos, unha sentenza en contra da SAP que podería servir como referente noutros xuízos na que se afirma:

*“A popularidade e invocación que desta denominada síndrome se está a realizar nos últimos tempos, e as (cualificadas como) perigosas consecuencias que está a chegar a ter en relación cos procesos de separación e divorcio, levaron a que en decembro de 2007 un moi numeroso grupo de solventes profesionais de Medicina e Saúde Mental subscribiran un manifesto perante o fenómeno psicolóxico-legal da pretendida síndrome de alienación parental, no cal, entre outras afirmacións, se expresa de forma contundente que a ideoloxía que sustenta a SAP é abertamente pedófila e sexista, e que se trata dun instrumento de perigosa fraude pseudo-científica, que está a xerar situacións de risco para os niños, e está a provocar unha involución nos dereitos humanos dos menores e das súas nais (mulleres)”<sup>xi</sup>* e tamén:

*“Nin compartimos a existencia da 'denominada' síndrome de alienación parental (xa se explicou máis arriba, e a literatura científica ao respecto é abundante, para alén de múltiples referencias en informes periciais sólidos) nin que, neste caso concreto, D.<sup>a</sup> M. D. manipulara o seu fillo para que rexeitase o relacionamento co seu pai. Existen unhas vivencias e unha serie de episodios obxectivos que dificilmente se solucionarán co recurso á forza (folio 202 das dilixencias), como expresamos en múltiples ocasións (noutros procesos de similar efecto), en que se acode á (ínsita) forza do poder xudicial para impor relacións, sentimentos, afectos.”<sup>xii</sup>*

O Consello Xeral do Poder Xudicial aprobou o 19 de setembro de 2008 unha Guía de criterios de actuación xudicial fronte á violencia de xénero na cal ocupa un destacado papel a preocupación do Consello pola utilización que se está a facer da suposta SAP ou “denominacións alternativas coa mesma virtualidade”. Nesta Guía afirmase que:

*“Aceptar, en suma, o programa de Gardner –que até incluía a aplicación da súa teoría nos casos nos que se evidenciaba unha situación de violencia, abuso ou negligencia– nos procedementos de garda e custodia de menores supón sometelos a unha terapia coactiva e a unha vulneración dos seus dereitos por parte das institucións que precisamente teñen a función de protexelos”.*<sup>xiii</sup>

Este documento recolle as formulacións expresadas na sentenza da Audiencia provincial de Biscaia antes citada e, entre outras cousas, conclúe:

*“A conduta de rexeitamento dos menores cara o pai tras unha separación pode deberse a diversas causas, algunhas delas nacidas despois da propia ruptura, en canto que outras poden deberse a factores previos á quebra das relacións afectivas que abocan na separación. Identificar todas estas circunstancias como SAP parte dunha concepción estereotipada de base cultural dos roles de homes e mulleres, e implica cargar de intencionalidade e acción supostas condutas da nai para enfrentar os seus fillos e fillas co pai, as cales só se identifican por unha sintomatoloxía que, como apuntamos antes, non se debe habitualmente a estas condutas maternas”.*<sup>xiv</sup>

*“Nos casos nos que se apreciaren problemas de relación e rexeitamento dos fillos e as fillas cara o pai, a primeira aproximación, desde o punto de vista científico, debe ser o descarte de situacións de violencia e a abordaxe do caso como un problema de adaptación ou de relación do menor ou do seu ambiente familiar, e non como unha patoloxía.”*<sup>xv</sup>

Por todo isto considero que nos informes psicolóxicos, periciais e declaracións como testemuñas-peritos ou peritos, no caso de se pensar por parte do/a profesional que existiu manipulación dos/as menores por parte de algún dos proxenitores, non se debería citar como causa do rexeitamento manifestado polos/as fillos/as cara un ou outro proxenitor a suposta Síndrome de Alienación Parental, síndrome que até a data foi rexeitada sen ningún tipo de dúbida pola comunidade científica. E neste caso o Código deontolóxico é claro; no artigo 6 dos principios xerais dísenos:

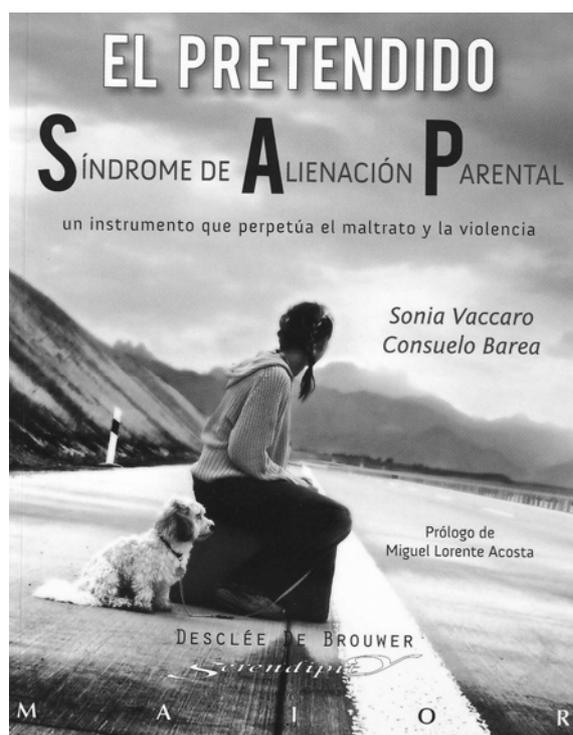
*“A profesión de Psicólogo/a réxese por principios comúns a toda deontoloxía profesional: respecto á persoa, protección dos dereitos humanos, sentido de responsabilidade, honestidade, sinceridade para cos clientes, prudencia na aplicación de instrumentos e técnicas, competencia profesional, solidez da fundamentación obxectiva e científica das súas intervencións profesionais.”*

## Bibliografía

- <sup>i</sup> Gardner, R. A.: “Legal and psychotherapeutic approaches to the three types of parental alienation syndrome families. When psychiatry and the law join forces”, *Court Review*, 1991, 28, 1 páx. 4-21. Citado en “La construcción teórica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP) como base para cambios judiciales de custodia de menores. Análisis sobre su soporte científico y riesgos de aplicación” AEN 2008. Dispoñíbel en: [www.observatorioviolencia.org/.../DOC1273742537\\_Pronunciamiento\\_SAP\\_AEN.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/.../DOC1273742537_Pronunciamiento_SAP_AEN.pdf)
- <sup>ii</sup> Unha “Law Guardian” é un cargo xudicial nos EE.UU que ten como finalidade representar os menores de idade, que intenta salvagardar os seus intereses e proporcionar unha opinión ecuánime no seu nome.
- <sup>iii</sup> Jennifer Hoult, J.D.: “The Evidentiary Admissibility of Parental Alienation Syndrome: Science, Law and Policy”, *Children's Legal Rights Journal* (Spring 2006). American Bar Association. Traducido por: *Brenda Parolini-Blake*. Dispoñíbel en: <http://www.leadershipcouncil.org/docs/Hoult.pdf#search=%22The%20Evidentiary%20Admissibility%20of%20Parental%20Alienation%20Syndrome%3A%20%22>
- <sup>iv</sup> Dallan, S.J.: “The parental alienation syndrome: Is it Scientific?” en St. Charles, E.; Crook, L. (eds) *Expose: The failure of family courts to protect children from abuse in custody disputes*, Los Gatos, CA: Our Children Charitable Foundation; 1999. Dispoñíbel en: <http://www.leadershipcouncil.org/1/res/dallan/3.html> (Ref. de 16 de agosto de 2007)
- <sup>v</sup> Faller, K. C.: “The parental alienation syndrome: What es it what data support it?” *Child maltreatment*, 1998, 3 (2) pp. 100-115, Citado en AEN ob. cit. ref. 1
- <sup>vi</sup> [Profesionais de Medicina e Saúde Mental perante o Fenómeno Psicológico-Legal da Pretendida "Síndrome de Alienación Parental" \(SAP\)](http://firmasmanifiesto.blogspot.com/2007/12/profesionales-de-medicina-y-salud.html). Dispoñíbel en: <http://firmasmanifiesto.blogspot.com/2007/12/profesionales-de-medicina-y-salud.html>
- <sup>vii</sup> AEN: “La construcción teórica del Síndrome de alienación Parental de Gardner (SAP) como base para cambios judiciales de custodia de menores. Análisis sobre su soporte científico y riesgos de aplicación” 2008. Extenso, documentado e interesante documento que analiza e desmonta as bases epistemolóxicas da pretendida SAP.
- <sup>viii</sup> Gardner, Richard A.: *True and false accusations of child sex abuse*. p. 549 (Verdadeiras e Falsas Acusacións de Abuso Sexual Infantil) (1992) Tradución [ao castelán] cedida por Vaccaro, S.
- <sup>ix</sup> Gardner ob. cit. ref. 8 p. 584-585. Tradución [ao castelán] cedida por Vaccaro, S.
- <sup>x</sup> Gardner ob. cit. ref. 8 p. 585. Tradución [ao castelán] cedida por Vaccaro, S.
- <sup>xi</sup> Audiencia Provincial de Biscaia. Sección 6.ª Sentenza n.º 256/08 Dispoñíbel en: <http://www.codigo-civil.org/archives/363>.
- <sup>xii</sup> Sentenza anteriormente citada.
- <sup>xiii</sup> *Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género*. Consello Xeral do Poder Xudicial p. 130 2008. Dispoñíbel en: [www.malostratos.org/images/pdf/08%20GUIA%20JUDICIAL.pdf](http://www.malostratos.org/images/pdf/08%20GUIA%20JUDICIAL.pdf)
- <sup>xiv</sup> *Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género*. Consello Xeral do Poder Xudicial p. 131 2008.
- <sup>xv</sup> *Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género*. Consello Xeral do Poder Xudicial p. 132 2008.



**SOBRE A PRETENDIDA SAP E CERTAS CONSECUENCIAS:  
comentarios sobre o libro “El pretendido síndrome de alienación  
parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia”  
de Sonia Vaccaro e Consuelo Barea. Prólogo de Miguel Lorente  
Acosta. Desclée de Brouwer, Bilbao, 2.009**



**Gonzalo Martínez Sande**

Psicólogo Clínico

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

No excelente traballo destas autoras plásmase un tratamento exhaustivo e detallado da SAP, as súas orixes, enfoques, limitacións conceptuais e consecuencias, particularmente nos contextos legais en que se presenta.

A banalidade conceptual da SAP xa foi sinalada por outros autores noutros lugares. A súa futilidade e inconsistencia desde unha perspectiva epistemolóxica minimamente rigorosa foi tamén pormenorizadamente analizada. Pode ser suficiente citar:

«Con respecto á existencia na «realidade» da SAP, consideramos que esta non constitúe unha entidade médica nin clínica, podendo entenderse só como modelo teórico sobre unha disfunción familiar nun contexto legal. A existencia da Síndrome de Alienación Parental (SAP)

só pode entenderse como un construto de natureza argumental, elaborado a través de argumentos inválidos (falacias), tales como a aplicación de analoxías, o pensamento circular e a apelación constante á autoridade.» (1)

O máis interesante do libro, desde o meu punto de vista, non é só a deconstrución dun concepto mal enfocado desde unha consideración estritamente epistemolóxica, senón o aprofundamento noutros aspectos:

- O das consecuencias pragmáticas perversas que supón o seu uso (dado o seu inevitábel corolario da “terapia de coacción”) para las mulleres e os menores implicados. O corolario lóxico da aceptación da “realidade” da SAP é necesariamente a terapia de ameaza (en termos do propio Gardner).
- O rastreamento das orixes conceptuais nos escritos de Gardner permite ver o demencial “marco teórico referencial” en que se asenta e desde o que emerxe a SAP. Nos escritos de Gardner, tanto nos referidos directamente ao tema da SAP como noutros, pódense encontrar numerosas referencias claramente pro-pedófilas, tal como as autoras detallan nas páxinas 166 e seguintes do seu libro.
- A amplísima e exhaustiva análise que realizan da introdución, uso, crítica e desacreditación da SAP nos ambientes legais estadounidenses. Até a conclusión de inadmisibilidade, ao non cumprir cos estándares esixidos:

«A “SAP” non cumpre coas condicións anteriores (criterios de fiabilidade de Daubert) (...) por múltiples razóns: non é unha síndrome, non ten base experimental, non permite diagnosticar nada, confunde rexeitamento adaptativo xustificado con rexeitamento patolóxico, ten unha altísima taxa de erro diagnóstico, as probas de fiabilidade *inter-rater* non poden demostrar a súa fiabilidade porque, por deseño, os criterios diagnósticos non se correlacionan con ningunha patoloxía. Os investigadores negan a súa existencia como síndrome médica, non está recoñecida nin polos expertos pertinentes, nin incluída no DSM. A “SAP” non ten soporte na comunidade científica. Os artigos que Gardner citou non presentan máis que “as súas crenzas subxectivas e as súas especulacións sen probas” fallando en conseguir o apoio dos expertos que acrediten a fiabilidade e a validez da “SAP”». (p.198)

- A falsificación sistemática que fai ao autor da súa carreira e méritos, “fabricándose autoridade”:

«Ironicamente, pode ser a enorme magnitude das terxiversacións ao se presentar como experto e ao falar das súas hipóteses como ciencia comprobada, o que alimentou o éxito de Gardner. Parece que avogados e xuíces de todos os

Estados Unidos eludiron a súa obriga de revisar os voluminosos documentos que se citaban, quizá asumindo credulamente que ningún profesional se atrevería con terxiversacións tan grandes. Abusando da confianza dos profesionais legais nas “figuras de autoridade”, Gardner combinou unha falsa titularidade como profesor nunha institución de elite, cun feixe voluminoso de documentos, para disuadir aos profesionais legais de revisar a súa presentación. Se os avogados revelaran no seu momento que Gardner era un voluntario sen soldo en Columbia cuxas teorías eran auto-publicadas e estaban cientificamente desacreditadas, é probábel que os xuíces non o certificaran como experto, e a “SAP” non tería entrado nos xulgados estadounidenses». (pp. 178-9; citado de Hoult, 2006) (2)

- O último aspecto que merece a pena ser destacado é o que se refire á revisión da bibliografía en relación ao tema, tanto do autor como dalgúns outros que publicaron compartindo o seu punto de vista e tamén dos que criticaron o “concepto” e as súas desgraciadas e abusivas consecuencias.

Libro de lectura obrigada para calquera que queira informarse, con obxectividade e criterio, sobre un tema no que en ocasións se misturan ámbitos moi diversos e implicacións que non facilitan a mostra do aspecto estritamente informativo.

## Bibliografía

1. Escudero, A.; Aguilar, L. e De la Cruz, J.: “La lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): Terapia de la amenaza”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. 2008, vol. XXVIII, n.º 102, pp. 283-305. (accesíbel na internet: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n2/v28n2a04.pdf>).

Os mesmos autores asinan un detallado e pormenorizado informe, para a Asociación Española de Neuropsiquiatría: “Análisis sobre las bases científicas del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP) y los riesgos de su aplicación como 'trastorno médico y psiquiátrico' en los juzgados de España” (tamén accesíbel na internet:

[www.observatorioviolencia.org/.../DOC1273742537\\_Pronunciamiento\\_SAP\\_AEN.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/.../DOC1273742537_Pronunciamiento_SAP_AEN.pdf)

2. Houlst, J.: “The Evidentiary Admissibility of Parental Alienation Syndrome: Science, Law, and Policy”. *Children's Legal Rights Journal*, Vol. 26, n.º 1, 2006 (accesíbel na internet: [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=910267](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=910267)). Este extraordinario traballo merece ser consultado por calquera que queira facerse cunha idea cabal deste asunto.







## ANUARIO

- 173      Terapia Familiar Sistémica  
*Andrés Cabero Álvarez*  
*Perdo A. Marina González*
- 187      Constructivismos e psicoterapia  
*Javier Manjón González*
- 293      Aplicación do modelo parte sa / parte  
         enferma á intervención psicosocial  
         con adolescentes  
*Roberto Antón Santiago*
- 305      Investigación de resultados en contextos  
         clínicos: descripción de metodoloxía  
         no Hospital de Cee  
*Jorge Bajo Lema*  
*José Luís Rodríguez-Arias Palomo*
- 321      A Síndrome de Alienación Parental:  
         o sen-sentido dunha polémica  
*Manuel Lopo Lago*
- 329      Sobre a pretendida SAP  
         e certas consecuencias  
*Gonzalo Martínez Sande*



## PRESENTACIÓN



Otro anuario. Otro año más viejos.

Extraño efecto de déjà vu hace unas semanas con el anuncio enésimo de movilizaciones (y manifestaciones en Oviedo), esta vez en relación parecer ser que a un máster de psicología de la salud. Viendo en la página del CGCOP las fotos de la reunión de los anunciantes/convocantes/"apoyantes"...pienso en Tom Waits y en el paso del tiempo.

Son los mismos, con el mismo estilo e idéntica retórica, de aquello de la psicología sanitaria de hace ya... tantos años.

Al igual que nosotros más viejos. Al igual que todos parece que no mucho más sabios.

Pero pasemos a lo importante, a comentar el contenido de este número, que esperamos os interese.

Andrés Cabero Álvarez, Psicólogo clínico y Pedro A. Marina González, Psiquiatra, ambos del CSM de Teatinos (Oviedo) de los Servicio de Salud del Principado de Asturias, nos presentan un trabajo excelente de introducción básica a la terapia familiar. Visión de conjunto que también puede ser útil como recordatorio o material de consulta.

Javier Manjón, psicólogo clínico asturiano, que estuvo con nosotros en Interconsulta en A Coruña, cuando estaba haciendo el PIR, nos ofrece un monumental trabajo sobre los construccionismos y los constructivismos en la psicoterapia. En su artículo hace una minuciosa revisión de muchos de los autores que son referencia actual de las prácticas presentes en muchos ámbitos clínicos de la psicología en el aquí y ahora, proponiéndonos un amplio abanico de elementos

de crítica y reflexión, en lo conceptual, en lo metodológico y en las implicaciones clínicas. Es el trabajo central de este número y espero que proporcione consistente material para la reflexión y la revisión de prácticas y conceptualizaciones. Da que pensar. Lo que, a mi juicio, es de agradecer en estos tiempos de pensamiento débil y construcción “consensuada” del conocimiento en lo que se refiere a la clínica.

Roberto Antón Santiago nos muestra en su artículo los resultados obtenidos por el Equipo Técnico de la Fundación Meniños en el desarrollo del Programa de Atención Familiar del Concello de Pontevedra a lo largo de los últimos cinco años. Estableciendo la eficacia del enfoque artesana / parte enferma en su aplicación en el contexto de los Servicios Sociales de atención primaria, para la intervención en problemas de conducta en jóvenes.

Jorge Bajo Lema y José Luis Rodríguez-Arias analizan en su artículo las alternativas metodológicas en la investigación de resultados en psicoterapia, describiendo el programa de investigación de resultados en un hospital comarcal.

Sobre la controvertida y mal empleada figura del síndrome de alienación parental escribe Manolo Lopo un excelente artículo.

En este mismo ámbito Gonzalo Martínez Sande hace una reseña del libro de Sonia Vaccaro y Consuelo Barea, “El pretendido síndrome de alienación parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia”.

Esperamos que os resulten de interés.

De cara al próximo anuario, os contamos la propuesta de estructura, y solicitamos la colaboración del conjunto de miembros de la sección para que nos remitáis ideas, artículos y sugerencias.

Pretendemos que haya un cuerpo o dossier central con varios artículos sobre un tema o tópico determinado.

Una sección sobre casos clínicos, que debería no faltar nunca en el anuario de una sección de clínica. Esos papeles que habéis escrito y tenéis por ahí, en algún cajón, hacérmolos llegar.

Otra sección estará centrada en temas profesionales.

Un último apartado estará dedicado a libros, películas, músicas...que puedan tener interés en relación a los temas que tratemos.

Insisto necesitamos la colaboración de todos para mantener esta idea de anuario y conseguir llevarla a cabo.

## TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA



**Andrés Cabero Álvarez**

Psicólogo clínico

CSM Teatinos. Oviedo

Servicio de Salud del Principado de Asturias

**Pedro A. Marina González**

Psiquiatra

CSM Teatinos. Oviedo

Servicio de Salud del Principado de Asturias

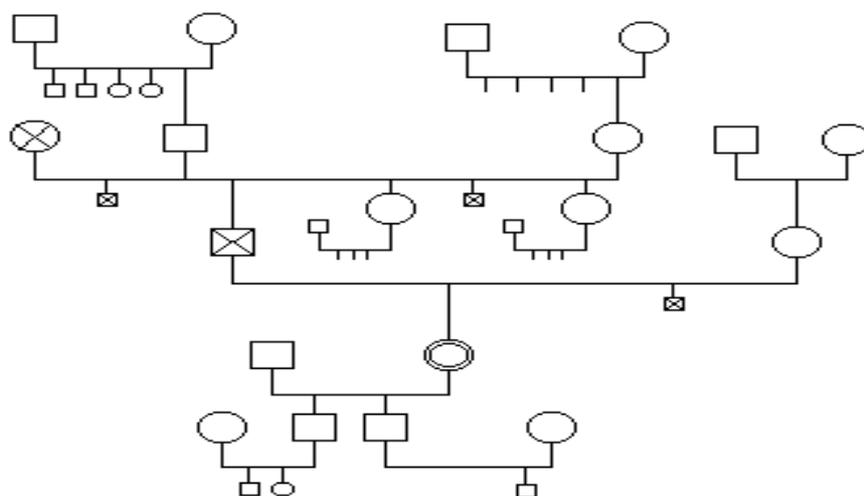
<b>CONCEPTOS ESENCIALES</b>	
<i>Teoría general de sistemas</i>	<i>Teoría de la realidad que la concibe como el producto de una variedad de sistemas que operan de manera simultánea</i>
<i>La familia como sistema</i>	<p><i>La familia es un sistema socio-cultural abierto hacia el exterior y el interior (individuo), que está autorregulado y evoluciona en el tiempo en función de un fin: garantizar la supervivencia de los miembros y servir a sus necesidades.</i></p> <p><i>Dinámica familiar: las familias oscilan en el tiempo entre estados de equilibrio y periodos de crisis en los que las reglas homeostáticas son quebradas. Sobre la presión de la crisis cambia las reglas. Cuando éstas son disfuncionales pueden aparecer problemas.</i></p>
<i>Terapia familiar sistémica</i>	<p><i>Estudia al individuo en su contexto relacional más significativo que suele ser la pareja o la familia de origen. Otros contextos: clase social, etnia, género.</i></p> <p><i>Hipotetización: se formulan hipótesis acerca de cómo los problemas o síntomas en un individuo (PI) tienen un significado, cumplen una función en el/los sistema/s de referencia.</i></p> <p><i>Circularidad- retroalimentación: no existe causa efecto, las conductas se entienden como ciclos autoreforzantes, que amplifican los problemas o las soluciones. Las secuencias, pautas o patrones relacionales son el objeto de análisis y de la intervención.</i></p>

### 1º.- No asustarse, no es tan difícil como parece y es bastante práctico.

Los diferentes modelos de terapia familiar (estructural, estratégica, multigeneracional, experiencial, sistémico- cibernética, sistémico- constructivista, equipo reflexivo, comportamental, enfoque narrativo, orientado a la solución, y otras) ofrecen unos programas de tratamiento para un variado espectro de problemas de salud mental: en la infancia y adolescencia, psicósomática, trastornos de alimentación, adicciones, fobias, obsesiones compulsiones, pánico, depresiones, psicosis, adicciones, etc. El presente trabajo es un intento, dentro de las limitaciones del formato, de orientar al residente de psiquiatría en su acercamiento a este paradigma, rico en reflexiones y en apuestas prácticas para la clínica.

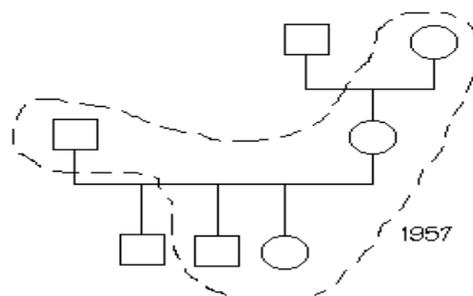
### 2º.- Empezar por el genograma

El genograma es el diseño de un árbol ramificado que permite conocer de una forma gráfica la constelación familiar multigeneracional. Proporciona una visión global del contexto relacional familiar de la persona que acude a consulta con problemas de salud mental. El primer paso es el diseño gráfico de la estructura familiar: abuelos, padres, hijos, matrimonios, divorcios, etc., habitualmente de tres generaciones. La siguiente figura es un ejemplo, donde la paciente es la señalada con doble círculo:



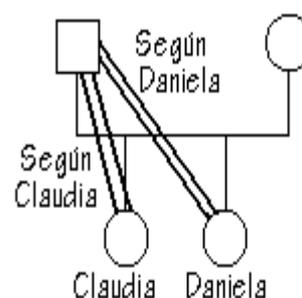
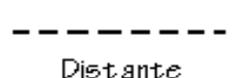
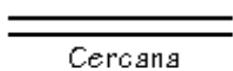
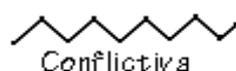
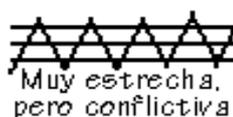
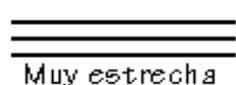
En el momento siguiente se recopila información sobre la familia: edades, fechas de nacimiento y muerte, niveles educativos, información demográfica, ocupaciones, estado de salud, sucesos familiares críticos (fallecimientos, nacimientos, despidos, etc.). Se realiza una cronología de los eventos más significativos de la persona protagonista y de la familia, así como una cronología especial del periodo crítico (agudizaciones de una enfermedad, reacciones, etc.). Es importante delimitar los que viven bajo el mismo techo, desde cuando, así como las fechas

en que cada hijo ha salido de la casa de los padres. La siguiente figura es un esbozo simple, el trazado señala los que viven bajo el mismo techo:



El último paso analiza los tipos de relaciones interpersonales en la familia, como se simboliza en las figuras siguientes:

#### Relaciones interpersonales



### 3º.- Analiza las estructuras y procesos familiares. 📖📖

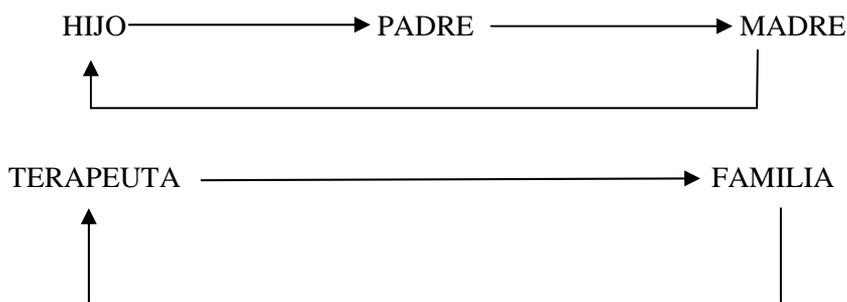
- ❖ Jerarquía. Poder y autoridad en la familia. En general los padres tienen más autoridad que los hijos.
- ❖ Límites. Los límites definen funcionalmente los subgrupos: subsistema fraternal, marital, abuelos etc. ¿Son rígidos, flexibles?
- ❖ Asignación de roles: ¿qué funciones asumen los diversos miembros de la familia (el cuidador, el que se encarga de la disciplina, etc.). ¿Tiene la familia un chivo expiatorio?
- ❖ Parentalización: Niños o niñas en funciones parentales.
- ❖ Alianzas: relaciones positivas entre dos miembros de una familia.
- ❖ Coalición y coalición intergeneracional: dos personas actúan en connivencia contra una tercera (abuela y nieta se enfrentan a la madre de esta última).
- ❖ Aglutinación: los límites entre los subsistemas son difusos, sus miembros son poco autónomos y tienen una alta reactividad emocional.
- ❖ Desligamiento: los miembros de estas familias están distantes emocionalmente.

- ❖ Triangulación: dos personas en conflicto acuden a una tercera para diluirlo
- ❖ Patrones familiares redundantes. secuencias ordenadas de interacciones que reflejan la dinámica familiar:

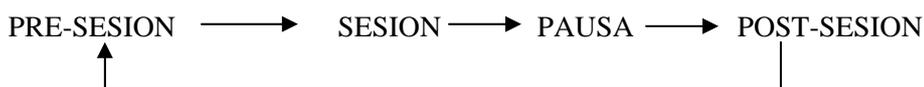
**Patrones comunicacionales:** 

- ❖ Patrón o secuencia relacional: concatenación de conductas dentro del cual aparece el síntoma. Por ejemplo: llega tarde a casa un hijo adolescente, el padre se enfrenta al hijo por llegar tarde, la madre media entre ambos, el padre acusa a la madre de blanda, la madre al padre de agresivo, el hijo ante la falta de acuerdo entre los padres continúa llegando tarde. Otro ejemplo: el terapeuta da una tarea o prescripción al paciente o a la familia, ésta no lo cumple, recibe la bronca del profesional que insiste en la tarea o prescripción y la familia o el paciente vuelve a incumplir lo prescrito, y así sucesivamente.

Las secuencias siguen el siguiente esquema:



El mismo esquema secuencial se plantea en la estrategia de entrevista:



Las secuencias relacionales podemos clasificarlas de siguiente modo: 

- ❖ Si son de colaboración se denominan complementarias: (Profesional: cuénteme qué le sucede; Paciente: llevo dos meses sin ganas de vivir)
- ❖ Si se denominan de rivalidad o competencia se denominan simétricas: Profesional: Le recomiendo una temporada sin beber; Paciente: !Pero si casi no pruebo el alcohol!
- ❖ Escalada simétrica: cada participante en la secuencia se enroca en su perspectiva o puntuación de la secuencia: “bebo porque me rechazas”, “te rechazo porque bebes”. Son las típicas broncas o discusiones repetitivas.

- ❖ **Desconfirmación:** A nivel relacional, cuando nos comunicamos, las personas proponemos una definición de la relación. Así ésta puede ser:
  - Confirmada, “estoy de acuerdo”
  - Rechazada, “estás equivocado”
  - Desconfirmada (se evita la definición de la relación): “tu no existes”
  - La confirmación/desconfirmación tienen un fuerte impacto en la identidad y en la salud mental.

NIVELES DE DESCONFIRMACION	
Del yo: “Yo”	No soy yo el que realmente hablo, es por las drogas Soy el Rey
Del contenido: “digo esto”.	No recuerdo haberlo dicho Lo que digo es una tontería
Al interlocutor: “a usted”	En realidad estoy hablando conmigo mismo. Usted es un policía, no un psiquiatra.
Del contexto: “en este contexto”	Esto es una prisión, no una consulta

**Preguntas circulares:** Una forma interesante de explorar las secuencias relacionales es mediante preguntas circulares: 

EJEMPLOS DE PREGUNTAS CIRCULARES
¿Qué crees que significa para tu mujer que llores?
¿Qué crees que le pasa a tu madre cuando tu padre llora?
¿Qué hace su marido cuando su hijo tiene un problema de conducta?
¿Para quién representa un problema lo que hace su hija? ¿Quién es el más preocupado? ¿quién le sigue en preocupación?
¿Quién es el primero en darse cuenta de que Luis oye voces? ¿Qué hace al darse cuenta? ¿y después qué hace él u otro miembro de la familia?
¿Qué haces cuando sucede (el síntoma)... ¿qué pasa a continuación? ¿cómo reaccionan los que te rodean? después ¿qué haces tú?

#### 4ª.- Evaluar el momento del ciclo vital de la familia.

Todas las familias atraviesan un ciclo evolutivo y a cada fase corresponde unas tareas propias y unos problemas o retos típicos que han de resolver. Muchos problemas de salud mental son más habituales en ciertas etapas: por ejemplo depresiones durante el nido vacío, psicosis en la adolescencia, psicósomática y problemas conductuales en la fase de crianza, etc.).

CICLO VITAL FAMILIAR	
Etapas del ciclo vital	Tareas
Pareja	Establecer un compromiso, una intimidad, negociar reglas. Reorganizar las relaciones con la familia extensa de la pareja.
Nacimiento y crianza de los hijos	Crear un espacio a los hijos en la familia, pasar al trío. Ser padres al tiempo que pareja. Negociar las nuevas relaciones con las familias de origen. Buscar el equilibrio entre el hogar y el mundo exterior. Crianza.
Adolescencia	Equilibrar el control/ independencia, favorecer la individuación responsable. El adolescente se mueve dentro/ fuera de la familia.
Edad adulta y mediana edad	Síndrome del nido vacío/ nido atestado. En el subsistema parental resurgen temas aparcados. Muerte de los abuelos.
Vejez y muerte	Jubilación Afrontar la decadencia Duelo por fallecimiento cónyuge, hermanos etc.

Preguntar por la historia de la familia mediante una pregunta abierta puede ser una manera idónea de entrar a conocer el sistema familiar: ¿cómo os conocisteis?, ¿cuál es la historia de tu familia?, ¿cómo surgió la idea de venir a consulta?

#### 5ª.- Evaluar el estilo de colaboración y reforzar la alianza terapéutica.

ESTRATEGIAS PARA FAVORECER UNA RELACION COLABORADORA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elogiar</li> </ul>	<p>Felicitaciones, aprobaciones.</p> <p>Elogios: valida progresos, anima, recuerda el poder personal que tienen sobre su bienestar, enfatiza sus cualidades y habilidades, levanta la expectación de éxito, fomenta la confianza, facilita la construcción de la relación y mantiene el rapport.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajuste a la actitud del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Si es comprador (está especialmente motivado): “haz esto” (instrucción directa).</li> <li>❖ Si no es comprador (“está de visita”): presentación indirecta de la tarea, elogios.</li> </ul>

Afianzar la alianza (joining): “Joining” hace referencia a hacer una conexión estableciendo una alianza terapéutica con la familia. Ello supone la creación de una confianza, hacer que los presentes se sientan cómodos, y formar una relación de trabajo. 

### TÉCNICAS DE JOINING

- ❖ Mantener el contacto ocular cuando sea apropiado culturalmente.
- ❖ Iguala tu respiración a aquel cliente dentro de la familia al que estés más interesado en llegar.
- ❖ Ocasionalmente adopta la misma posición física del miembro de la familia que se necesite estar unido. Sentarse o gesticular como un miembro de la familia es una respuesta mimética que puede ayudarte a conectar.
- ❖ Adopta una postura corporal abierta que invite a contactar contigo.
- ❖ Reconoce el dolor que los clientes están experimentando
- ❖ Sigue la “pista” de lo que ellos estén diciendo para relacionarlo con afirmaciones previas
- ❖ Utiliza tu voz de una forma que aumente la respuesta del cliente hacia ti. Modula tu volumen y mantenlo igualado al suyo
- ❖ Sé consciente de la distancia física que es apropiada
- ❖ Si un niño o adulto te ofrece un trozo de chicle, un dibujo, o algún otro símbolo, acéptalo.
- ❖ Juega con los niños de la familia.
- ❖ Felicita a los padres por los niños. Honra a los mayores de la familia.
- ❖ Si tomas notas, no las utilices como una barrera para la fluidez en el diálogo
- ❖ Da la mano a tantas personas como puedas cuando entren en la habitación
- ❖ Déjales escoger la distribución de los asientos. Esto permite que surja su forma usual de interactuar y es respetuoso.
- ❖ Envía a los niños o adolescentes fuera de la habitación si los padres quieren discutir algún tema que no les concierne. Dedicar también un tiempo a solas con los menores.
- ❖ No te introduces demasiado rápido en el problema si la persona no ha llegado a estar acostumbrada al proceso terapéutico.
- ❖ Recuerda los nombres de los miembros de la familia.
- ❖ Sé consciente de cuando te estás sintiendo incómodo.

## 6°.- Busca el intento de solución que mantiene el problema.

A veces es el propio intento de solución el que mantiene el problema, al reiterarse una y otra vez a pesar de la evidencia de que no funciona. Los autores de MRI señalan unas típicas soluciones intentadas ineficaces (que se siguen aplicando a pesar de su probada ineficacia):

- Forzar lo espontáneo: obligar (u obligarse) a desear o sentir algo: obligarse a querer a alguien, a excitarse sexualmente, a dormir. La mayoría de los comportamientos dirigidos desde el sistema nervioso autónomo entran en esta categoría.
- Dominar lo temido aplazándolo: cuanto más se evita o aplaza más difícil es luego afrontarlo. La mayoría de las fobias y miedos se incluyen en este intento de solución fallido.
- Acordar con otro mediante oposición: típica escalada simétrica, cada persona quiere convencer a la otra de que tiene razón. Típicamente se descalifican mutuamente, se insulta y puede llegar la violencia. Puede suceder en conflictos intergeneracionales, conflictos en el trabajo, malos tratos.
- Someter a otra persona mediante “libre aceptación”: “quiero que salga de él... (volver a casa, me comprenda...)”. Muchos problemas conyugales y de manejo de conducta de los hijos se enmarcan en este apartado, también múltiples problemas de manejo de problemas mentales graves como trastornos de personalidad o psicosis.
- Confirmar al autodefenderse. Este proceso interpersonal que mantiene los problemas sucede cuando una o más personas suponen de antemano que el otro es culpable, y éste aporta nuevas pruebas de su culpabilidad al tratar de demostrar su inocencia. Se da en problemas de celos, en los procesos de control y vigilancia, en suspicaces, paranoides, en las sospechas típicas de las adicciones y de los trastornos de alimentación, en la hipocondría.

## 7°.- Tipología de intervenciones:

INTERVENCIONES CUANDO LAS SOLUCIONES INTENTADAS FRACASAN:	
Solución intentada ineficaz	Giro 180°
Forzar lo espontáneo	Prescribir el síntoma. Redefinir el síntoma positivamente.
Dominar lo temido aplazándolo	Enfrentarse y fracasar. Divulgar en vez de ocultar.
Acordar con otro mediante oposición	Maniobras sumisivas, de aceptación.
Someter a otra persona mediante “libre aceptación”	Peticiones directas y claras. Dar autonomía
Confirmar al autodefenderse	Confirmar las sospechas, interferir en la comunicación.

INTERVENCIONES SOBRE LA PAUTA/ SECUENCIA	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cambiar la frecuencia/ ritmo <i>del síntoma o la pauta que lo rodea.</i></li> <li>2. Cambiar la duración</li> <li>3. Cambiar el momento (día/semana/año)</li> <li>4. Cambiar la ubicación</li> <li>5. Cambiar la intensidad</li> <li>6. Cambiar el orden</li> <li>7. Saltar del principio al final</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Interrumpir o impedirle en parte o toda</li> <li>9. Añadirle o sustraerle algo</li> <li>10. Fragmentar un elemento en varios pequeños</li> <li>11. Hacer que el síntoma suceda sin su pauta</li> <li>12. Desplegar la pauta sin el síntoma</li> <li>13. Invertir la pauta</li> <li>14. Vincular la pauta-síntoma con otra pauta indeseada o casi inalcanzable</li> </ol>

INTERVENCIONES PARADÓJICAS	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interrumpir la secuencia sintomática</li> <li>▪ Presentar una visión alternativa</li> </ul>
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuando los clientes colaboran no haciendo las tareas, o haciendo cosas que no producen cambio</li> <li>▪ Cuando el cliente entiende que no puede hacer nada por resolver los problemas</li> <li>▪ Cuando el cliente colabora haciendo lo contrario de lo que se le dice</li> <li>▪ Para introducir confusión cuando el síntoma se liga a posiciones rígidas</li> <li>▪ NO se debe emplear cuando no se sepa qué hacer</li> <li>▪ NO se debe emplear como un castigo por no hacer las tareas</li> </ul>
Esquema típico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Connotación positiva de la conducta del paciente o familia durante la entrevista.</li> <li>2. Redefinición + connotación positiva de la secuencia sintomática</li> <li>3. Prescripción de la conducta sintomática</li> <li>4. Señalamiento de un período arbitrario durante el que va a regir la prescripción de la secuencia sintomática (por ejemplo provocarse un ataque de pánico en un horario determinado)</li> </ol>
Ejemplo (terapia estratégico constructivista Nardone para rituales obsesivos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cada vez que sienta el impulso de ejecutar la compulsión, no ofrecer resistencia sino realizar el ritual 10 veces (“exactamente 10 veces, ni una más ni una menos”).</li> <li>▪ Se explica con una sugestión hipnótica (lenguaje lento, cadencioso, repetitivo, redundante)</li> </ul>

TAREAS METAFORICAS	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sortear “resistencias” racionales</li> <li>▪ Revelar al paciente su patrón (de interacción)</li> <li>▪ Que el cliente sea quien descubra la solución</li> </ul>
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuando los clientes racionalizan</li> <li>▪ Cuando no han funcionado las tareas directas o paradójicas</li> </ul>
Esquema	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El terapeuta cuenta una historia de la que el cliente deduce alguna consecuencia para su problema, y encuentre un método para manejarlo.</li> <li>▪ Escoger un tema aparentemente neutro, dentro del cual se deslizan sugerencias que tienen que ver con el problema/ síntoma.</li> </ul>
Ejemplo (terapia estratégico constructivista Nardone para ataques de pánico)	<p>Al finalizar la sesión, mientras se acompaña al paciente a la puerta se le explica esta historieta: “cuenta una antigua historia que una vez una hormiga le preguntó a un ciempiés: “¿podrías explicarme cómo te las apañas para caminar tan bien con cien pies a la vez, dime cómo consigues controlarlos todos al mismo tiempo?” El ciempiés comenzó a pensar en ello y ya no fue capaz de caminar.</p>

OTRAS INTERVENCIONES DE TERAPIA BREVE	
Pregunta milagro	<p>Imagine que esta noche ha sucedido un milagro y que mientras duerme, el problema que lo ha traído a la consulta se resuelve: ¿cómo lo sabría? ¿Qué habría cambiado? ¿Qué vería a la mañana siguiente que fuera diferente y que le indicara que fue un milagro? ¿Cómo lo notaría su mujer, su marido etc?</p>
Mejoría pretratamiento	<p>¿Qué ha notado que anda mejor desde que pidió la cita? ¿Cómo lo consiguió? Hacerlo más a menudo.</p>
Trabajando con las excepciones	<p>Usted me ha dado una buena descripción del problema que le preocupa, pero a fin de tener un cuadro más completo de lo que debo hacer aquí, necesito saber qué ocurre cuando no se presenta ese problema. Favorecer esas situaciones.</p>

## 8º Psicoeducación

El formato psicoeducativo, planteado como una intervención psicosocial dirigida a las familias con un miembro esquizofrénico, (también a familias con un miembro con trastorno bipolar) ha recibido amplia difusión en las últimas décadas. En la mayor parte de los proyectos psicoeducativos pueden considerarse los siguientes puntos centrales de cada modelo, además de la información a las familias sobre la psicosis, elemento común a todos ellos:

ELEMENTOS CENTRALES DE LOS MODELOS PSICOEDUCATIVOS	
Anderson	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adherencia al tratamiento, actitud de la familia ante la enfermedad</li> <li>▪ rehabilitación socioprofesional</li> <li>▪ reintegración en la sociedad.</li> </ul>
Kuipers	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ disminuir la sobreinvolucración, la hostilidad</li> <li>▪ reducir el criticismo de la familia hacia su miembro esquizofrénico</li> <li>▪ mejorar la comunicación</li> <li>▪ apoyo del grupo como motor de búsqueda de soluciones</li> <li>▪ ampliación de la red social.</li> </ul>
Fallon	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ comunicación verbal y no verbal,</li> <li>▪ entrenamiento en resolución de problemas</li> </ul>
Ballús	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ comienzan por un taller psicoeducativo,</li> <li>▪ en las sesiones sucesivas, según las necesidades de la familia, son incluidas en un taller de resolución de problemas, en un grupo familiar múltiple, o en un grupo de orientación familiar</li> </ul>
Cabrero	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ programa integral de atención a la esquizofrenia (PIAE)</li> <li>▪ organiza espacios terapéuticos para el paciente: grupo de comunicación, grupo de seguimiento y taller de habilidades sociales.</li> <li>▪ para la familia: talleres sobre esquizofrenia, un grupo familiar múltiple</li> </ul>

En los diversos programas el número de sesiones psicoeducativas es limitado (1-6), y se reúnen con más frecuencia (1/semana; 1/15 días); mientras que los grupos multifamiliares de apoyo suelen prolongar más (1-4 años) las sesiones, con una periodicidad de 1/mes, para mitigar el impacto de la cronicidad.

### RECOMENDACIONES CLAVE

1. Piensa secuencialmente, practica la circularidad.
2. Valora tu participación en el mantenimiento del patrón.
3. Mantén un canal perceptivo siempre abierto a la comunicación no verbal, tanto tuya como del otro.
4. Enfatiza los puntos fuertes y los logros.
5. Incluye la familia en la evaluación y en la intervención.
6. Busca una alianza global con el sistema familiar, aunque apoyes al miembro más débil.
7. Mantente alerta a la fuerza del débil.
8. Crea contextos de colaboración con los implicados, ya sean personas o instituciones. Adáptate a sus estilos de colaboración.
9. Repasa si el intento de solución es el problema.
10. Analiza y cambia los patrones relacionales disfuncionales: escaladas simétricas, desconfirmaciones etc.

## **Bibliografía**

### **Referencias bibliográficas básicas, de obligada lectura.**

- Kuipers E, Leff J, Lam D. Esquizofrenia. Guía práctica de trabajo con las familias. Barcelona, Ed. Paidós, 2004.
- McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona, Ed. Gedisa, 1987.
- Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona, Ed. Gedisa, 2001.
- Navarro J. Técnicas y programas en terapia familiar. Barcelona, Ed. Paidós, 1992.
- Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. Barcelona, Ed. Herder, 1991.

### **Referencias bibliográficas de ampliación.**

- Anderson C, Reiss D, Hogarty G. Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación. Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1986.
- Cade B, Hudson W. Guía breve de terapia breve. Barcelona, Ed. Paidós, 1995.
- Jones E, Asen E. Terapia sistémica de pareja y depresión. Bilbao, Ed. Desclée, 2004.
- Navarro, J. Enfermedad y familia (manual de intervención psicosocial). Editorial Paidós. Barcelona. 2004.
- Rodríguez-Arias JL, Venero M. Terapia familiar breve. Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico. Madrid, Ed. CCS, 2006.



## CONSTRUCTIVISMOS Y PSICOTERAPIA



**Javier Manjón González**

Psicólogo Clínico.

E-mail:xsacavera@hotmail.com

Servicio de Atención Psicosocial a la Mujer. Salud Mental.

Servicio de Salud del Principado de Asturias.

*La razón no conoce más que lo que ella misma produce según su bosquejo.*

Kant. Crítica de la Razón Pura.

*[...] Yo comprendía*

*todas las cosas como se comprende*

*un fruto con la boca, una luz con los ojos.*

Gamonedá. Exentos I.

*Este Trabajo de Investigación se enmarca en la perspectiva desarrollada por el Grupo de Trabajo sobre Constructivismo y Evolucionismo de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, formado entre otros por los Profesores Jose Carlos Sanchez González, Tomás R. Fernández Rodríguez e Ignacio Loy Madera. Su objetivo es ensayar una visión general de la Psicología desde un Constructivismo volcado en la coordinación, sin reduccionismos, de evolución, acción e historicidad. La tarea de la que este texto se ocupa es la de extender esa visión al ámbito de la Psicoterapia. Esto me ha dado la oportunidad de pensar mi práctica psicoterapéutica con más riqueza y amplitud.*

*En este cometido me ha resultado particularmente inspiradora la obra de François Jullien y de Giorgio Nardone. Quiero agradecer los comentarios de Juan García Haro y José Carlos Loredó Nardi, y especialmente de Jose Carlos Sánchez González, cuya huella intelectual anima estas páginas. A Andrés Cabero Álvarez, por ser un referente en el ejercicio de la Psicología Clínica. A mis compañeros de trabajo, Natalia por el Word y Carlos por los espacios de diálogo. La vida es un presente con planes de futuro. Mi agradecimiento también a todas las personas que me llevan la contraria, porque me ayudan a pensar. Y al “Minor Swing” de Django Reinhardt, por marcar el ritmo en las tardes de verano de la redacción final.*

## ÍNDICE: CONSTRUCTIVISMOS Y PSICOTERAPIA

### Introducción

#### PARTE PRIMERA. CONSTRUCTIVISMO

#### 1.1. Constructivismo. Ontología, Epistemología, Psicología

- 1.1.1. *Marco Histórico*
- 1.1.2. *Definición de Principios*
- 1.1.3. *Categorías de Análisis*

#### PARTE SEGUNDA. CONSTRUCTIVISMOS EN PSICOTERAPIA

#### 2.1. Abriendo el Abanico de los Constructivismos

#### 2.2. Los Construccionismos

- 2.2.1. El Construccionismo Social de K.J. Gergen. La negociación creadora
  - 2.2.1.1. *Reflexiones en torno a Gergen*
  - 2.2.1.2. *Addenda: El modelo del Dialogical Self*
- 2.2.2. Terapia Centrada en Soluciones. Donde el problema deja de serlo
  - 2.2.2.1. *Reflexiones en torno a la Terapia Centrada en Soluciones*
- 2.2.3. Los Modelos Narrativos. La Verdad es una historia
  - 2.2.3.1. *Reflexiones en torno a los modelos narrativos según Fernández Liria*
- 2.2.4. White y Epston. Los medios narrativos para fines terapéuticos
  - 2.2.4.1. *Reflexiones en torno al modelo narrativo de White y Epston*
- 2.2.5. Gonçalves y su Psicoterapia Cognitiva Narrativa. La Verdad de la Narración
  - 2.2.5.1. *Reflexiones en torno a Gonçalves*

#### 2.3. Los Constructivismos

- 2.3.1. La Psicología de los Constructos Personales de Kelly. El pionero
  - 2.3.1.1. *Reflexiones en torno a Kelly*
- 2.3.2. La Psicoterapia Constructiva de Mahoney.
  - 2.3.2.1. *Reflexiones en torno a Mahoney*
- 2.3.3. Neimeyer. El constructivismo como perspectiva postmoderna
  - 2.3.3.1. *Reflexiones en torno a Neimeyer*
- 2.3.4. Guidano. El desarrollo del Sí Mismo
  - 2.3.4.1. *Reflexiones en torno a Guidano*
- 2.3.5. La Terapia Breve Estratégica del MRI. La psicoterapia como ajedrez
  - 2.3.5.1. *Reflexiones en torno al MRI*

2.3.6. La Terapia Breve Estratégica Evolucionada de Nardone. La solución explica el problema

2.3.6.1. *Reflexiones en torno a Nardone*

## **2.4. Recapitulación de los modelos valorados: ¿Dónde está el constructivismo?**

2.4.1. *Cuadro de la ubicación relativa (y tentativa) de los enfoques psicoterapéuticos en la dimensión Subjetivismo-Objetivismo*

## **2.5. Construccinismo e Constructivismo. Ser o no ser...Sujeto**

2.5.1. Recapitulación de las posturas generales de constructivismos y construccionismos

2.5.2. Aspectos críticos de la distinción entre construccionismo y constructivismo

2.5.2.1 *El lenguaje como creador de realidades o como operación sobre operaciones*

2.5.2.2. *La idea de Agente. Versión fuerte y débil de la idea de construcción*

## **2.6. Conclusiones de la Parte Segunda. Constructivismos en Psicoterapia**

### **PARTE TERCERA. PSICOTERAPIA EN CLAVE CONSTRUCTIVISTA**

#### **3.1. Psicoterapia en Clave Constructivista. Del conocimiento a la incitación**

#### **3.2. Respecto al contexto sociohistórico de la psicoterapia como relación igualitaria**

3.2.1. Reflexión y crítica constructivista

#### **3.3. Respecto al contexto epistemológico y psicológico de la psicoterapia como encuentro entre sujetos**

3.3.1. El médico como analogía de lo psicológico

3.3.2. Investigación en psicoterapia. El Dodo y otros pájaros

3.3.3. Lo psicológico de los protocolos de tratamiento psicológico

#### **3.4. Notas finales a la parte tercera. Psicoterapia en Clave Constructivista**

### **A modo de Epílogo**

## INTRODUCCION

*¿Por dónde se comenzaría el pensamiento, sino a partir de alguna fisura, que luego se sigue como un filón hacia yacimientos más secretos?*

François Jullien, Nutrir la vida.

1.

Éste es un Trabajo de Investigación de Teoría de la Psicología. No contiene por tanto datos al uso. Podría pensarse que es poco “práctico”. Entiendo que no hay nada más práctico, sin embargo, que una buena teoría.

La reflexión es un proceso útil y necesario para la constitución y el desarrollo de cualquier conocimiento disciplinar. Toda reflexión pretende el sentido de aquella anécdota sobre una máquina enorme y compleja que nadie conseguía reparar, pese a los denodados esfuerzos invertidos. Un día llamaron a un técnico nuevo. Éste exploró brevemente la máquina, sacó un destornillador y apretó un tornillo, tras lo cual volvió a funcionar. Pidió una elevada suma por sus servicios y los dueños, indignados, le reclamaron que especificara la factura. En dicha factura figuraba una pequeña cantidad por apretar un tornillo. El resto, hasta sumar la cifra pedida, por saber qué tornillo apretar.

2.

Este trabajo tiene una finalidad exploratoria. Su objetivo es analizar las relaciones entre constructivismo y psicoterapia. Consta de tres partes.

**Parte Primera.** Constructivismo. Explicitaré en primer lugar la posición y criterios constructivistas que adopto. El referente general será una idea de sujeto basada en una idea fuerte de construcción de lo psicológico. Este sujeto se pretende biológica y epistemológicamente contextualizado, y es una salida a los problemas para conjugar naturaleza y libertad. Posibilita así la fundamentación y desarrollo de la psicología como disciplina.

Después se seguirán dos direcciones:

**Parte Segunda.** Constructivismos en Psicoterapia. Partiendo de distintas psicoterapias constructivistas, veremos qué de constructivista hay en ellas ensayando los citados criterios de clasificación. La pretensión es obtener un mapa general en el que los distintos modelos puedan ser valorados y situados como diferentes elecciones y tanteos para el ejercicio de la psicoterapia. Veremos cómo la idea de sujeto se expresa con más fuerza y sentido en unos enfoques que en otros.

**Parte Tercera.** La Psicoterapia en Clave Constructivista. En sentido inverso, partiré de una postura constructivista para ver qué aporta ésta respecto al ejercicio de la psicoterapia. Veremos como esa idea de sujeto y construcción nos permite tomar decisiones respecto al trato

igualitario en psicoterapia, a la analogía de lo psicológico con lo médico, a los modelos de investigación en psicoterapia y al sentido de los protocolos y manuales de tratamiento.

La pretensión es que estos dos planos conjugados contribuyan a iluminarse mutuamente, ponderando mejor hacia donde apunta y qué puede aportar cada enfoque, y qué sentido trae el constructivismo a la psicoterapia.

No se pretende un análisis de los últimos desarrollos en constructivismo ni psicoterapia, ni realizar una genealogía histórica del constructivismo ni de ninguna psicoterapia. Se han primado libros de autores de referencia antes que artículos con la pretensión de establecer un cierto dibujo, no exhaustivo, del panorama actual de las psicoterapias constructivistas.

3.

En 1996 Alain Sokal publica en la revista académica de humanidades *Social Text* un artículo peculiar. Mediante jerga pseudocientífica elabora un galimatías a su juicio sin significado pero que es publicado por una revista “seria”. Reveló después el engaño, que cuestionaba la validez de los estudios culturales, en lo que fue conocido como el escándalo Sokal.

Pretendo evitar el riesgo de un galimatías que pueda parecer coherente pero del que no se extraiga significado. El plano de análisis y los materiales sobre los que me aplico implican elementos conceptuales y abstractos. No obstante la meta es elaborar un discurso claro. No se pretende mera erudición, en un sentido historiográfico. Se buscan conceptos que puedan orientar la práctica, tanto de manejo y ubicación de diferentes modelos psicoterapéuticos, como de ejercicio efectivo de la psicoterapia.

4.

Entonces... ¿Por qué no revisar sin más los estudios sobre la eficacia terapéutica de cada modelo?

Esta es una tarea sin duda relevante, que conviene realizar y sobre la que cabría preguntarse si el actual movimiento de los tratamientos empíricamente validados da cumplida cuenta o no. Sin entrar en las críticas pertinentes que pueden hacerse a este enfoque, sí quiero señalar que la valoración de la eficacia terapéutica permitiría, en el mejor de los casos, puntuar y comparar cada modelo, individualizándolos como instrumentos diferentes. Aportaría poco sin embargo para establecer en qué se parecen y diferencian o para decidir en qué sentido orientar nuevos esfuerzos y planteamientos. Estas decisiones se toman efectivamente cada día, e implican un nivel de reflexión al cual está más cercano este texto.

## PARTE PRIMERA: CONSTRUCTIVISMO

### 1.1. Constructivismo. Ontología, Epistemología, Psicología.

*El mapa no es el territorio.*

A. Korzybski

*El mapa es el territorio.*

H. Von Foerster

A fin de facilitar el análisis posterior, voy ahora a explicitar mi punto de partida. Haré una breve exposición de mi posición constructivista. A continuación plantearé categorías pertinentes para la conceptualización de los constructivismos. Se siguen conceptos expuestos por Fernández y Sánchez (1990), Fernández, Sánchez y Loy (1995), Sánchez (2009a), Sánchez (2009b) y Sánchez y Loredo (2007).

#### 1.1.1. Marco Histórico

Para situar el constructivismo en psicología conviene valorar algunos hitos fundamentales.

El primero es la revolución copernicana de la filosofía introducida por **Kant**. Al modo en el que Copérnico propuso explicar los movimientos celestes partiendo de la idea de que es la tierra la que gira alrededor del sol, y no a la inversa, Kant propone explicar el conocimiento partiendo de que son los objetos de la experiencia los que se rigen por las reglas del entendimiento, y no a la inversa. “Si bien todo nuestro conocimiento comienza *con* la experiencia, no por eso originase todo él *en* la experiencia” (Kant, 2006, p. 111), ya que “no podemos representarnos nada como enlazado en el objeto sin haberlo enlazado previamente nosotros mismos, y de todas las representaciones, es el enlace la única que no es dada por medio de objetos, sino que sólo por el sujeto mismo puede ser ejecutada, por ser un acto de su actividad propia.” (p. 175).

Por tanto “toda síntesis, mediante la cual incluso la percepción se hace posible, está bajo las categorías” (p. 192). Es la síntesis que el sujeto realiza a través de su sensibilidad y entendimiento la que da forma a la materia de las sensaciones, y la vuelve inteligible. Esa actividad sintética es la que permite que el conocimiento construya objetos.

**Darwin**, con su teoría de la evolución, por un lado sitúa a la especie humana en el reino animal, y por otro lado la presenta como fruto de una filogenia. Antes de Darwin, las cualidades del funcionamiento psicológico sólo podían ser entendidas en términos de la psicología de las

facultades. Cabía entonces describir la capacidad de percibir, de sentir o de razonar. Después de Darwin es posible comenzar a entender las facultades y capacidades psicológicas en términos de su proceso de génesis y construcción. Este proceso de génesis tiene una doble dimensión. Por un lado la filogenia, y cómo en la historia evolutiva de la especie se configuran sus cualidades psicológicas. Por otro lado la ontogenia, y cómo la historia evolutiva del individuo es un proceso de desarrollo, y construcción, a partir de la herencia filogenética, de las categorías y dimensiones psicológicas.

Es entonces posible el concepto de reacción circular de **Baldwin**. Esto supone una lógica organizada de tanteos, que a través de procesos de asimilación y acomodación va generando las dimensiones del conocer. Es el núcleo de la concepción genética del desarrollo de **Piaget**, que establece la génesis de las categorías del conocimiento. Cobra sentido también entonces la obra de **Vigotski** como estudio del proceso de creación histórica y social de las categorías y modos de operar de los individuos.

Los posicionamientos e interpretaciones constructivistas en psicología estarían de algún modo recogiendo aquella herencia kantiana y darwiniana. La tarea es, entonces la de estudiar el proceso de génesis y construcción de las categorías y modos de acción de un sujeto que es conocedor y activo.

### *1.1.2. Definición de Principios*

Conocemos aquello con lo que interaccionamos. El proceso de organización de las interacciones es el proceso de constitución de los objetos. No hay una realidad pura que pueda ser contemplada como algo ajeno a nuestras operaciones.

Esta interacción puede darse a distintos niveles, que gracias a nuestro conocimiento actual podemos llamar niveles inorgánicos, fisiológicos, psicológicos, sociales. Que algo interactúe de algún modo con nosotros es la condición mínima para que podamos decir que existe, y lo que existe son los objetos que organizamos a través de nuestra interacción. Esa interacción no tiene por que ser consciente o cognitiva, basta con que sea material, con que de algún modo produzca cambios materiales en nosotros. A partir de ahí existe la posibilidad de que sea percibido, porque si crea diferencias puede ser detectado.

No existe la posibilidad de conocer nada más allá de las cualidades de la interacción. El conocimiento no es algo meramente lingüístico, es la posibilidad de percibir y actuar ante una diferencia en nuestra interacción, y se da en toda la escala de los seres vivos. El requisito del conocimiento es la memoria, que el pasado deje alguna huella que condicione el presente.

Nuestra capacidad y modos de conocer se han ido configurando filogenéticamente, incorporando nuevas estructuras y modos, y se configura ontogenéticamente, con la variación y desarrollo de nuestras estructuras y modos de acción. Nuestro estado actual condiciona los grados de libertad que son posibles para nuestra acción, y el ejercicio de alguno de esos grados

de libertad hace variar nuestro estado actual.

El conocimiento consiste en los distintos modos de acción que ponemos en marcha y significados que ejercemos en nuestros actos. A medida que nuestra acción ya no parte de cero sino que va incorporando cualidades de la interacción pasada para el nuevo ejercicio de ésta, vamos desarrollando nuestros modos de operar y construyendo objetos.

Esto conduce a la idea de la elaboración sociohistórica de valores y verdades, de raíz vigotskiana, que remite a cómo el sujeto crea, no sólo individualmente sino también de modo social, las categorías. Esta elaboración está creando el contexto en el que el sujeto desarrolla espacios de vida y convivencia familiar, grupal, profesional y sociopolítica. Sin ser la verdad, son verdades y valores plurales e históricos. Sin ser la única realidad posible, no es posible cualquier realidad por cuanto provienen de una tradición y tienen un sentido que es puesto a prueba colectivamente. Hay problemas psicológicos que están ligados a condiciones sociohistóricas que generan posibilidad de conflicto y sufrimiento, o de convivencia y crecimiento. Hay proyectos de sentido que hacen aceptable el sufrimiento, y ausencia de sentido que hace intolerable el sufrimiento o inexistente la satisfacción. Esos marcos de prejuicios y “sentido común”, de valores y verdades sociohistóricos al tiempo se generan por la acción de los sujetos, y son la condición para el ejercicio de esa acción de los sujetos.

Por lo que respecta a las categorías para conceptualizar la acción psicológica, siguiendo aquí a Feixas (2003), toda distinción que hacemos a través de categorías como cognición, emoción, o conducta remite a aspectos del proceso de conocer y dar significado a la experiencia. El conocimiento se ha enfocado tradicionalmente como especialmente ligado a lo que podríamos llamar categorías y conceptos cognitivos. Sin embargo, como ligado a la actividad de los seres vivos, no se reduce únicamente a categorías cognitivas sino que remite a los distintos modos de acción del organismo, que pueden ser valorados en diversas facetas.

En un sentido constructivista es especialmente relevante el concepto de función, como aquella dimensión de uso que construye la adaptación y el conocimiento. Es la acción la que, en la medida en que está organizada, ejerce el significado y lo va variando en su ejercicio sucesivo. Una concepción de la función como unidad de acción a escala psicológica se da en la concepción de Baldwin de la reacción circular, posteriormente utilizada por Piaget.

Este apartado comienza con la conocida cita de Korzybski de que *el mapa no es el territorio*, que entiendo referida a que nuestro conocimiento y sistema nervioso condicionan el modo en el que experimentamos el mundo. La siguiente cita, de Von Foerster, responde a la anterior afirmando que *el mapa es el territorio*, porque es lo único que tenemos, ya que no existe la posibilidad de acceder a ningún territorio (Bröcker 2004).

Esta cuestión remite directamente a los **problemas de la representación como teoría del conocimiento**. Si el conocimiento representa el mundo, el mejor conocimiento será el que haga una representación más fiel de la realidad original. Pero eso sólo podría valorarlo un

observador que tuviera acceso al tiempo tanto a la realidad como a la representación de ésta, de modo que pudiera comparar y juzgar. Éste es el problema de la imposibilidad del doble acceso como apoyo al concepto representacional de la verdad objetiva. Llegados a este límite, cabe plantearse que los criterios de validez de una verdad deben estar en un lugar diferente a éste.

Considerando las citas antes mencionadas, mi postura se sitúa entre ambas. Su formulación en los términos de mapa y territorio podría ser que distintos mapas nos permitirán distintos recorridos. No podemos acceder al territorio, a lo supuestamente real. Sólo podemos funcionar a través de mapas. Son posibles mapas diferentes en la medida en que es posible la exploración y la novedad. Pero no es posible cualquier mapa, porque nuestras operaciones se enfrentan a límites que no son arbitrarios, no podemos hacer cualquier cosa. Cada mapa, por su parte, proporciona distintas posibilidades, lo cual permite en alguna medida comparar o elegir entre ellos.

En toda interacción hay dos límites de referencia, uno el de la determinación por el medio, el otro el del ejercicio de la voluntad. Tanto el medio influye como la conciencia, el lenguaje y la experiencia permiten configurar novedad y modos idiosincrásicos de acción. Por ello la aproximación a cómo el sujeto está construyendo permite aproximarse a cuáles sean los grados de libertad existentes. La terapia constructivista hace énfasis, como veremos, en el paciente como experto, en el sentido en que es su patrón el que determina los grados de libertad posibles a los que el terapeuta debe ajustarse para favorecer, ampliar o variar.

Nuestra actividad al operar sobre las cosas y relacionarnos con otros sujetos implica procesos de ajuste, negociación y adecuación. En la medida en que esa adecuación sea mejor o peor, podemos valorar nuestros cursos de acción.

Esto apunta a una crítica a la concepción relativista postmoderna según la cual las realidades, verdades, culturas o individuos son incomparables, incommunicables o inconmensurables. Las diferencias pueden por definición ser percibidas, sin que ello implique que hacerlo sea siempre fácil o útil.

Pondré un ejemplo clásico relativo a la comparabilidad de las culturas. El grado en el que la ciencia y tecnología de tradición occidental permite organizar las acciones y prever las consecuencias de los actos genera una potencia operatoria que está muy por encima de cualquier desarrollo previo en lo que a modificación del medio se refiere. No quiere decirse con esto que esa potencia operatoria sea el único aspecto a tener en cuenta ni que una cultura pueda ser considerada globalmente superior a otra. Pero sí que una vez definido el ámbito al que nos referimos, es deseable valorar distintos criterios de eficacia para conseguir fines. Así diríamos que no todos los conocimientos ni modos de acción son igualmente válidos, aunque cada uno tenga su sentido.

### 1.1.3. Categorías de Análisis

Para el análisis de los autores que veremos posteriormente tendré como referencia específica estas categorías de análisis. El uso de los términos siguientes será muy frecuente a lo largo del texto. Los conceptos a los que corresponden se exponen a continuación.

*Función.* La función, como génesis, es el ciclo de tanteos y ajustes por el que se consigue el logro. Supone una transformación efectiva, un acto material. Supone también una síntesis y creación por cuanto hace algo que no estaba dado previamente, introduciendo novedad. Su ejercicio, en cuanto proceso de cambio que parte de los tanteos y ajustes previos, genera organización.

La idea constructivista de función como génesis constructiva oscila entre dos límites en un **eje objetivismo-subjetivismo**. Por un lado las posiciones objetivistas, que explican la función como derivada de realidades dadas, sean éstas los genes, el cerebro, el ambiente, el lenguaje o la cultura, independientes de toda génesis constructiva. Por otro lado las posiciones subjetivistas, que plantearían la función en términos igualmente a-genéticos pero en este caso referidos a una voluntad interior, irracional, individual.

Cabe señalar como en el platonismo anida tanto la semilla del objetivismo como la del subjetivismo. El mundo de las ideas y el alma racional son la fuente de conocimiento verdadero. Esta posición del racionalismo platónico, donde el conocimiento se adquiere a través del acceso a la verdad, a la realidad “objetiva”, es una forma de objetivismo. El alma irracional platónica, fuente de los errores individuales desde los que se conceptualiza lo psicológico, supone una postura de irracionalismo que es una forma de subjetivismo. Este eje objetivismo-subjetivismo, y sus contradicciones, recorre entonces desde sus orígenes la historia de nuestra tradición de pensamiento occidental. Podemos clasificar distintos enfoques a partir del peso que den a uno u otro polo de la dimensión, en ausencia de una concepción genética y constructiva de la verdad y la capacidad de agencia, de la constitución operatoria de los objetos y el desarrollo del sujeto a través de la acción.

*Naturaleza y libertad.* La dualidad kantiana **naturaleza/libertad** remite por un lado a la naturaleza y lo que ésta hace con nosotros. Por otro lado remite a la libertad y lo que nosotros hacemos con la naturaleza. Surge entonces una oposición **positivismo-pragmatismo**. Esta oposición cabe contextualizarla dentro del eje más general de objetivismo-subjetivismo. El positivismo desarrolla la concepción determinista de la naturaleza, donde la función y la acción se explican como efecto de causas derivadas de alguna realidad dada. Es por tanto un caso particular de objetivismo. El pragmatismo, por su parte, desarrolla el primado de la libertad, con una voluntad que queda indeterminada fuera del esquema causal. La verdad y la voluntad remiten a lo útil pero conceptualizado según un criterio personal y particular, irracionalista, puramente individual. Es por tanto un caso particular de subjetivismo.

Pero ni voluntad ni realidad son primarias. La constitución del sujeto se realiza a través

de la acción y de los límites que ésta va encontrando. La organización que resulta en este proceso es la que al tiempo posibilita y limita la libertad. Sin esta concepción, el pragmatismo como voluntad libre no se libera de la tentación de un positivismo que reintroduzca los límites y el orden desde “fuera”. Y el positivismo como determinación desde la naturaleza no se libra de la tentación de un pragmatismo que rescate la libertad. Positivismo y pragmatismo establecen por tanto una tensión dialéctica.

*Realidad y verdad.* El ejercicio de la función, nuestras operaciones, es lo que nos permite construir la realidad. Pero la construcción de la realidad no es relativista. Es subjetiva, en la medida en que cada uno la ejerce, e intersubjetiva, en la medida en que nuestras acciones se relacionan con las de los otros. Pero no es relativista porque no es posible cualquier construcción ya que nuestras operaciones se enfrentan a límites, y no todo es posible. En este sentido cabría utilizar el término *subjetual* frente a un uso habitual de *subjetivo*, referido a una posición relativista e irracionalista.

Aquí se configuran dos polos de tensión en el par **realismo-relativismo**. Un polo realista, que tiende a defender la existencia de lo real con independencia de nosotros y por tanto la idea de conocimiento válido como representación verdadera de esa realidad. Por contraste, un polo relativista en el que se disuelve la noción de verdad en pro del escepticismo, ante la imposibilidad de alcanzar la verdad.

Las verdades que los sujetos alcanzan no caben ni en la verdad única de la representación perfecta ni en el relativismo. Esta idea se aplica también a la ciencia, que es un modo de conocimiento refinado para alambicar, replicar y organizar las interacciones de acuerdo con principios sistemáticos que nos permitan extraer la mayor validez y conocimiento de las cualidades de dicha interacción. La diversidad de prácticas y concepciones posibles hace que la ciencia no sea única, sino plural. Pero una concepción relativista, según la cual cualquier conocimiento pueda ser igualmente válido no es compatible con la idea de ciencia como conocimiento con pretensión de rigor. Nuestro conocimiento no puede ser ya definido como verdadero según un criterio de representación más veraz de lo real. Pero sí cabe pedir un criterio de consistencia de nuestras operaciones, y de validez por tanto no meramente individual y relativista.

*Sujeto.* El uso en adelante del término sujeto remite a estos conceptos. No es sinónimo de individuo o persona, sino un modo de concebir a los individuos. Implica la existencia de dimensiones *subjetuales*, genéricas, en la forma de operar de los individuos. Las dimensiones *subjetuales* se refieren a las operaciones del sujeto capaces de construir verdad y universalidad por medio de su acción. No excluye la idea de pluralidad de los conocimientos, lo que mantiene es que los conocimientos tienen también distintos grados de validez, no puramente individuales. Son estas dimensiones genéricas y compartidas las que permiten hablar de sujeto.

Junto a estas dimensiones *subjetuales* habrá necesariamente otras que llamaremos individuales,

personales o particulares en tanto que no genéricas ni compartidas por distintos individuos sino específicas de uno sólo.

*El énfasis acrítico en lo subjetivo entendido como personal y peculiar lleva al subjetivismo como noción de individualidad que elabora interpretaciones particulares ligadas a la satisfacción personal.* En el subjetivismo el conocimiento es plural, pero el único criterio de diferencias dentro de esa pluralidad está en la utilidad y el sentido particular que revista cada verdad para un individuo concreto. Remite entonces a diversas concepciones de lo psicológico como individual, particular e irracional. **Para evitar la interpretación subjetivista con la que a veces se caracteriza el uso del término subjetivo, preferiré el uso del término subjetual para referirme a las dimensiones genéricas del sujeto.**

La idea de sujeto conlleva una idea genética, constructiva y operatoria de sus modos de acción y conocimiento, de sus dimensiones subjetuales y particulares, que cobra sentido a través de su filogenia y ontogenia. Las características genéricas, subjetuales de los modos de acción y conocimiento, que antes de Darwin eran vistas en términos de la psicología de las facultades, pasan ahora a ser estudiadas en términos de su génesis, construcción y grados de libertad y variación. Por clarificar mediante ejemplos, una referencia de condición subjetual, con dimensiones de construcción en la ontogenia y raíces en la filogenia, estaría en la concepción piagetiana del desarrollo, o en el modelo del apego de Bowlby.

Esta idea de sujeto no puede decirse, por tanto, de concepciones mecanicistas del individuo, como podrían ser la de alguna psicología cognitiva o la de los conductismos que defiendan un determinismo del individuo por el ambiente. Tampoco de concepciones más vitalistas, como pueda ser una visión religiosa que remita el principio de actividad psicológica al alma. Cuando se usa la idea de sujeto en estos ámbitos está ejerciéndose en todo caso una visión crítica, reformuladora. No equivale, por tanto, a individuo, sino que es un modo particular de conceptualizarlo. He señalado que la idea de sujeto implica la existencia de dimensiones subjetuales, genéricas, y también de dimensiones individuales y particulares. Aquellas conceptualizaciones del individuo en términos puramente personales e individuales, sin dimensiones subjetuales, remiten a lo que hemos llamado subjetivismos.

Realizaré un análisis de diferentes constructivismos en psicoterapia. Para ello utilizaré los criterios que acabo de exponer. Con ello pretendo ir más allá de la mera etiqueta de constructivismo, basada muchas veces en la mención acrítica al concepto de construcción. Valoraré para cada enfoque qué idea de construcción se utiliza, qué de constructivista le corresponde de acuerdo con las categorías enunciadas y qué relación guarda cada modelo con la idea de sujeto.

## PARTE SEGUNDA: CONSTRUCTIVISMOS EN PSICOTERAPIA

### 2.1. Abriendo el Abanico de los Constructivismos.

La idea de definir lo que es el constructivismo en psicoterapia resulta compleja de llevar a la práctica. Bajo la etiqueta de constructivismo conviven planteamientos muy diversos. Además los principios unificadores de lo que se entiende por psicoterapia constructivista son en ocasiones tan laxos que permiten abarcar casi todo.

Me propongo señalar y explorar algunos planteamientos, autores y modelos relevantes. Para ello comenzaré con una revisión de materiales generales que señalen puntos de interés para luego pasar a explorar ciertos autores con más profundidad.

De acuerdo con una de las principales figuras europeas de la terapia familiar, Mony Elkaim (1996), a partir de los 80, y en particular de la obra de Watzlawick “La Realidad Inventada” el constructivismo se expande en la terapia de familia, tomando como referencia los trabajos de Von Glaserfeld, Von Foerster, Maturana y Varela. A finales de los 80 entra en liza el construccionismo social, con K.J. Gergen como una de las figuras señeras, y aparece la figura de la narración o las soluciones como sustituta de la metáfora cibernético/sistémica.

Feixas (2003), conocido divulgador del constructivismo en el ámbito español, caracteriza unos principios constructivistas de la cognición a partir de los cuales hay unas terapias cognitivas constructivistas que serían las de Kelly, Guidano, Mahoney y Gonçalves. Estos principios serían:

- La actividad básica de los seres vivos es conocer, dar significado a la experiencia, y no cabe diferenciar unos procesos llamándolos cognitivos y separándolos de la emoción o la conducta, como si fueran partes diferentes de nuestra actividad. Un pensamiento no causa una emoción, sino que vivir una emoción es una forma de dar significado a la experiencia.

- Los organismos son activos, proactivos frente a reactivos. Al no poder dar un significado definitivamente válido a la experiencia van configurando en su forma de construir patrones progresivamente coherentes que tienen que ver con un cierto sentido de la identidad, la posibilidad de sentirse “yo”.

- Las construcciones que sostiene el paciente o cliente, aunque puedan parecer inadecuadas desde el punto de vista del observador externo, tienen algún sentido para dicho paciente o cliente, sea éste expresable directamente o no. Los síntomas y la resistencia son también parte del proceso de dar significado a la experiencia.

- El terapeuta no es un maestro que corrige sesgos y promueve y entrena una visión realista más correcta. Es un experto en el proceso terapéutico y en los principios generales del funcionamiento humano que facilita el desarrollo del sistema cognitivo del cliente, partiendo de su visión y generando alternativas. El cliente es el experto en su propio mundo, y se trata entonces de un encuentro entre dos expertos.

- El cambio requiere saber qué cambiar y qué preservar para mantener el sentido de la propia identidad.

Mahoney y Granvold (2005) señalan además que el constructivismo resalta la importancia de los procesos socio-simbólicos para la autoorganización y creación de significado dado que vivimos en relación con otros y ello está mediado por sistemas lingüísticos y simbólicos.

En este punto cierto constructivismo confluiría con cierto cognitivismo en la importancia dada a la narración. De acuerdo con Gonçalves (2002) ha habido dos revoluciones cognitivas:

-1ª *Revolución Cognitiva*. Busca la formalización lógico-matemática. Aquí para el autor caben tanto Piaget como el procesamiento de la información y la metáfora del ordenador.

-2ª *Revolución Cognitiva*. Metáfora de la narración ante las insuficiencias del modelo anterior para referirse a los significados de la propia vida. Lenguaje como fundador de la experiencia, no como elemento de simbolización abstracta sino estableciendo una matriz narrativa. Esta narrativa no es un acto mental, sino una producción discursiva interpersonal, relacional más que individual.

Neimeyer (2004), uno de los autores y divulgadores más conocidos del ámbito, señala al constructivismo en psicoterapia como opción que se retrotrae a Vico, Kant y Vaihinger. Rechaza el objetivismo como opción moderna que busca ciencia empírica verdadera que refleje el mundo real. Entonces el constructivismo partiría de la realidad como nouménica con la idea de formular teorías viables que nos permitan negociar nuestro mundo, que tendrán idoneidad por su capacidad para anticipar significativamente los acontecimientos. Lo cual implica doble postura:

- Respecto a la naturaleza del conocimiento
- Respecto a las actividades de conocimiento de los sujetos y comunidades.

Este autor define la psicoterapia como intercambio y negociación de significados interpersonales. Se trata de unirse a los clientes para crear un mapa refinado de las construcciones en las que están emocionalmente inmersos y que definen sus cursos de acción viables para extenderlas o suplirlas y ampliar sus posibilidades.

El constructivismo es para él una opción postmoderna, que pone el énfasis en la multiplicidad de significados, en las bases retóricas de las ciencias humanas, en la construcción social del conocimiento y en los métodos de investigación interpretativos y reflexivos.

Dada la imposibilidad de establecer “la verdad” una opción es asumir la imposibilidad de decidir entre las verdades disponibles y asumir también que todas pueden ser igualmente válidas. En estas coordenadas se mueve el Construccinismo Social de Gergen. Las posiciones del Construccinismo Social implican un cuestionamiento de la importancia del sujeto en la elaboración de significados, que son creados en la relación, y a depender especialmente de la cultura y el lenguaje.

De acuerdo con Neimeyer (en Neimeyer y Mahoney, 1998, cap 2) hay 4 metáforas básicas para la terapia que aparecen de forma explícita o implícita en los escritos constructivistas:

*-La terapia como ciencia personal.* La persona como científico que formula, prueba y mejora sus hipótesis. Característica de Kelly, primer enfoque constructivista en psicoterapia. Posteriormente adoptada por otros como Guidano, Mahoney y en general diversos terapeutas cognitivos de tendencias racionalistas u objetivistas como Beck, Ellis o Meichembaum. La terapia suele buscar la revisión progresiva del “paradigma personal” del cliente y el afrontamiento empático de la resistencia al cambio. Esta metáfora hace pasar por constructivistas autores y enfoques tradicionalmente considerados cognitivos.

*-La terapia como desarrollo del sí mismo.* Se centra en las reglas personales de vida o los esquemas desadaptativos tempranos cargados emocionalmente que generarían trastornos psicológicos. Esto implica mayor atención a las relaciones de apego y a las fases evolutivas tempranas. Busca en general cuestionamientos profundos del sí mismo pero basados en un descubrimiento cuidadoso y guiado más que en una postura confrontadora y directa. También propone acceder y reexperimentar emociones como paso previo a su reconstrucción terapéutica. Autores en esta línea son Guidano, Greenberg y Pascual-Leone.

*-La terapia como reconstrucción narrativa.* Busca reelaborar y reescribir historias vitales que se han vuelto limitadoras o incoherentes. No se busca corregir sino articular los argumentos de vida y ayudar a experimentar con argumentos nuevos que abran posibilidades.

Autores en esta línea son White y Epston.

*-La terapia como elaboración conversacional.* Modelos esencialmente familiares sistémicos y cercanos a los narrativos. El significado surge en el acto comunicador más que en los individuos y el terapeuta debe cuestionar los acuerdos, discursos y negociaciones que solidifican relaciones disfuncionales, co-construyendo nuevas historias con la familia. En esta línea estaría Anderson y Goolishian, que buscan la disolución del problema a través del lenguaje, y la Escuela de Milán con Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata.

En otro lugar, Neimeyer (2004) añade consideraciones sobre algunos otros autores y tradiciones:

-El *psicoanálisis* también se ve influenciado, aumentando la noción de los recuerdos emocionalmente significativos como narrativas a elaborar más que como verdades históricas. Ejemplos serían la figura de Donald Spence, y también en Bruce Ecker y Laurel Hulley, con un mayor énfasis en la exploración experiencial que en la interpretación.

-En la tradición de la *psicoterapia humanístico-existencial* destaca el énfasis en la elección, la agencia y el estudio fenomenológico de la experiencia. Confluye con el constructivismo en el Dialogical Self de Hubert Hermans y el enfoque dialéctico de Leslie Greenberg.

### **Tras esta exploración se dibujan una serie de nociones y autores relevantes.**

Las nociones son, entre otras, el rechazo a la idea de una realidad única y al criterio de verdad por correspondencia, la existencia entonces de una multiplicidad de significados e interpretaciones y la importancia de los significados y narraciones personales, la importancia del lenguaje y el acuerdo, y el conocimiento como producto de la actividad lingüística de una comunidad de observadores.

Estas nociones se ven acentuadas en un sentido u otro de modo muy diverso y con distintos grados de coherencia. Lo que sí parece caracterizar a todos los planteamientos constructivistas en psicoterapia es asumir una idea genérica de sujeto como conocedor activo.

A partir de aquí recorreremos una serie de autores a fin de obtener un panorama diverso del constructivismo en psicoterapia. No se pretende, como ya se ha indicado, una revisión exhaustiva. Se asume más bien una puesta en práctica de los criterios de análisis antes descritos explorando una parte de la variedad heterogénea del panorama constructivista.

En cuanto a las ausencias, señalar que no aparece ninguno de los enfoques que Neimeyer denomina de elaboración conversacional en los párrafos previos. Respecto a esta ausencia señalar que la terapia de Anderson y Goolishian es citada frecuentemente por Gergen (2006) como dentro de los enfoques construccionistas, que sí abordaremos. En cuanto a la idea de terapia como elaboración conversacional, la trataré también respecto al construccionismo y a las notas constructivistas con las que caracterizaré al lenguaje. Otra carencia que empobrece este trabajo es que no se incluye ningún enfoque psicoanalítico. Hubiera sido asimismo deseable explorar más planteamientos de la terapia como desarrollo del sí mismo, donde tal vez Greenberg, y el destacado tratamiento que da a las emociones, hubiera sido una baza a considerar.

Respecto a las presencias señalar que todos los autores que estudiaré podrían, en un sentido laxo, ser probablemente englobados bajo alguna etiqueta al uso de constructivismo.

Estableceré sin embargo una primera distinción, la de construccionismos vs constructivismos.

La revisión del construccionismo comenzará por el Construccionismo Social de K.J. Gergen. Esta corriente se confunde a veces con el constructivismo, y me parece pertinente diferenciarlas y mostrar además el Construccionismo Social como punto en el que de un modo peculiar se acentúa el polo subjetivista y relativista.

En la obra revisada de Gergen (2006) se mencionan explícitamente dos enfoques psicoterapéuticos como legítimamente construccionistas, la Terapia Centrada en Soluciones y la Terapia Narrativa de White y Epston. Valoraré ambos enfoques. El primero de ellos se posiciona de un modo sorprendente para los presupuestos psicoterapéuticos tradicionales, afirmando que no es preciso conocer un problema para solucionarlo. El segundo nos permitirá adentrarnos en los enfoques narrativos, que defienden una idea característica de lo que sean los problemas y las soluciones en clave de las historias que narramos.

Después veremos la psicoterapia cognitiva narrativa de Gonçalves, como estrategia que desarrolla la idea de narrativa a través de una salida peculiar que lo coloca fuera del construccionismo.

Adentrándonos ya en los autores constructivistas veremos a Kelly, que desarrolla un modelo siempre citado como pionero y presente en cualquier revisión de la materia. Su esencia es la analogía entre la persona y el científico.

Valoraré luego dos referentes del constructivismo en psicoterapia entendido en su sentido más genérico. Se trata de Neimeyer y Mahoney, que han desarrollado una amplia obra y son compiladores del libro “Constructivismo en Psicoterapia”.

Entraremos también en la obra de Guidano, a fin de exponer a un representante de lo que anteriormente hemos recogido como terapias del desarrollo del sí mismo.

Watzlawick nos parece una figura singularmente importante por la amplitud de su obra y su contacto tanto con la epistemología como con la psicoterapia. Pero por su complejidad y para centrarnos en el ámbito psicoterapéutico no entraremos directamente a analizar a este autor. Lo que haremos será valorar las propuestas de la psicoterapia estratégica, en concreto de aquellas variantes con las que él mantuvo un contacto más estrecho. Nos referimos en primer lugar a la Terapia Breve Estratégica del MRI, de la que es quizá el representante más conocido. En segundo lugar nos ocuparemos de la vía de desarrollo de la Terapia Breve Estratégica de Giorgio Nardone, con el cual ha mantenido estrecho contacto y realizado diversas publicaciones. Estos autores se definen a sí mismos como constructivistas, aunque quedan fuera de la corriente del constructivismo en psicoterapia representada por autores como Mahoney y Neimeyer.

Los enfoques considerados son valorados individualmente según sus características constructivistas conforme a los criterios expuestos en la primera parte.

Ya he mencionado que usaré además algunas categorías para agrupar a los autores. Una,

de especial interés para lo que nos ocupa, es la división entre construccionismos y constructivismos. Otra, las psicoterapias narrativas, la englobaré en principio dentro de los construccionismos aunque con las matizaciones que veremos respecto a Gonçalves.

No han sido consideradas otras posibles clasificaciones. Una alude a las psicoterapias estratégicas, de cuño sistémico interaccional, donde cabe incluir no solo la Terapia Breve Estratégica del MRI y la Terapia Breve Estratégica de Nardone sino también la Terapia Centrada en Soluciones. En ellas pesa la referencia a la psicoterapia de Milton H. Erickson.

Otra posible clasificación que se ha soslayado es la que remite a psicoterapias denominadas sistémicas, dentro de las que cabría incluir tanto a las tres terapias estratégicas mencionadas como a la Terapia Narrativa de White y Epston, frente a orientaciones de autores sino cognitivos, al menos sí más ligados, por origen o referencias, a la tradición cognitiva, como es el caso de al menos Gonçalves, Mahoney y Guidano.

Consideraremos por tanto diez enfoques. Muy pocos para la enorme variedad de los constructivismos, pero entiendo que suficientes para realizar un cierto dibujo del panorama en la psicoterapia constructivista actual.

## 2.2. LOS CONSTRUCCIONISMOS.

Vamos a valorar en primer lugar el Construccionismo Social de Gergen. He escogido este autor porque realiza una contextualización teórica de sus planteamientos que permite entender mejor su alcance. Después, a modo de ejemplificación, veremos dos formatos de terapia construccionista, la Terapia Centrada en Soluciones y la Terapia Narrativa de White y Epston. A fin de seguir el hilo del discurso centrado en las narrativas, presentaré a continuación la Psicoterapia Cognitiva Narrativa de Gonçalves, cuyo modo de trabajo sobre la narración sale del ámbito del construccionismo, sin presentar tampoco un modelo claramente constructivista.

### 2.2.1. El Construccionismo Social De K.J. Gergen.

La negociación creadora.

*Contar una mentira no es representar falsamente el mundo, sino violar una tradición comunitaria.*

K.J. Gergen

Kenneth J. Gergen, profesor de Psicología Social, autor de obras como “El Yo Saturado” y una de las figuras señeras del Construccionismo Social, es quizá el autor que de un modo más explícito y detallado defiende esta orientación en el contexto de la psicoterapia.

Voy por ello a valorar a Gergen con especial cuidado como lugar en el que se acentúan las tensiones relativistas y subjetivistas.

Expondré aquí en primer lugar la posición del autor de acuerdo con su obra “Construir

la realidad. El futuro de la psicoterapia.” (Gergen, 2006). Posteriormente haremos un apartado de reflexiones.

Gergen hace una **crítica postmoderna** de las ideas de mecanismo, individualidad, objetividad, racionalidad y progreso como fruto de la racionalidad ilustrada. La modernidad nos decía que el universo es una máquina compleja y que el sujeto es capaz de conocerla mediante la observación racional. La postmodernidad parte de la crítica a esos presupuestos y el construccionismo propone una vía de escape abriéndose a modos de pensamiento y práctica nuevos y más positivos.

Para el autor **la realidad no existe, luego se define por nuestros acuerdos**. Lo único que sabemos del conocimiento es que tiene un origen social. No es posible comprobar la veracidad de nuestra representación de lo real accediendo a la realidad en sí, no es posible saber qué cosa sea la realidad. Lo real es producto de una relación humana. Por tanto las verdades sólo tienen sentido dentro de su propia tradición, en el marco que las ha producido. El consenso que genera verdad y realidad en el seno de una comunidad no tiene por qué ser generalizable. El diálogo y la apertura vital son necesidades esenciales puesto que los acuerdos van cambiando, y entonces también la realidad que definen.

De acuerdo con Gergen las distintas verdades tienen, no obstante, distintos efectos. Las múltiples historias que cada persona, cada tradición y cada terapeuta cuentan son, para el autor, inconmensurables. Pero no indiferentes. El lenguaje no es representación ni reflejo de la realidad, y tampoco lo son las historias. **Lenguaje e historias adquieren valor por sus efectos pragmáticos**, por sus consecuencias en cada situación, en cada relación, en cada contexto. Así renueva su compromiso con la curiosidad y la apertura porque aunque en psicoterapia hay que usar las historias que abran caminos, esta dimensión es puramente individual y particular, y no predecible a priori.

Lo real es producto de una relación humana. El sentido no se crea en el interior del individuo sino en la relación. Es producto de la interacción. El individuo aparece dado en relaciones múltiples y es multidireccional más que coherente.

Con característico sabor vigotskiano afirma que los pensamientos y sentimientos son una realización privada de actos de la vida pública. La significación de cualquier enunciado es una realización temporal nacida de un momento de colaboración. La capacidad para significar depende de la red de relaciones pasadas en las que hemos estado inmersos, las cuales constituyen de algún modo esa ficción que llamamos yo.

El Construccionismo Social no es, de acuerdo con Gergen, una teoría, sino un marco de diálogo caracterizado por mantener una perspectiva relacional. En ese aspecto presenta, de acuerdo con el autor, importantes diferencias con el constructivismo. El constructivismo hundiría sus raíces en la psicología individualista cuyos fundadores serían Piaget y Kelly y cuya extensión lógica estaría en el constructivismo radical de Von Glaserfeld. Los postulados serían

que el individuo construye el mundo y el lugar de esa construcción está en la mente individual. Gergen remite por otro lado el Construccinismo Social a Wittgenstein, Bajtin, Derrida, Latour, Foucault y Vigotski. El interés está en la construcción del mundo mediante el lenguaje, con lo que el lugar de la construcción no está en el interior las personas, sino entre ellas.

Para Gergen los distintos modelos de psicoterapia se justifican según tradiciones de pensamiento particulares. Toda tentativa de medir los resultados, justificarse o comparar sólo tiene sentido dentro de un marco de significación particular. Los argumentos que invocamos para reducir a otros al silencio impiden el diálogo. Pero creamos sentido juntos, y el imperativo es crear un espacio de confluencia creativa que acoja las múltiples voces, de espacio a la originalidad y promueva nuevas prácticas. La sociedad es multiforme y variada, y no se trata de sustentar la verdad sino de estar abierto al cambio en un mundo polidimensional. La evolución del lenguaje y la práctica terapéutica es positiva porque cuanto más estén en sintonía con la cultura más sentido tendrán.

El diálogo vuelve a convertirse en algo esencial. Una vez que aceptamos el valor de todo fundamento como cultural y dependiente de acuerdos, lo que queda como esencial es el espacio en el que conversar acerca de nuestras diferencias y establecer nuevos acuerdos.

Las terapias construccionistas se caracterizarían por dos métodos:

*-El primero es orientar a un futuro prometedor más que a un pasado destructor.* Se busca explorar lo imaginario y crear la imagen de un futuro lleno de esperanza, estimulante y cautivador. Se trata de centrarse en perspectivas positivas y resultados favorables, y no de recrear el pasado centrándose en los orígenes, las trayectorias y las estructuras. Es la línea de la Terapia Centrada en Soluciones, y de autores como De Shazer, O'Hanlon y Weiner Davis.

*-El segundo consiste en proponer realidades alternativas.* Es la línea de las terapias narrativas como la de White y Epston. Es el "movimiento narrativo postmoderno", cuya seña de identidad sería que no son los acontecimientos de la vida los que determinan las narraciones sino que son las convenciones lingüísticas las que determinan qué se considera un acontecimiento de la vida y cómo es evaluado.

Gergen plantea que la terapia es un proceso de coordinación, y entonces no son posibles reglas porque ningún cliente entra en la relación terapéutica con la misma matriz relacional, con la misma historia y marco de relaciones previo, que es el que le da sentido. Esto otorga especial importancia a que la terapia tenga un formato dialogado, no instruccional en el que se transmita la forma correcta de pensar, sentir o actuar. Es esencial trabajar los modos de ver y las narraciones que aporta el paciente, que son los que organizan su acción y desde los cuales será más fácil generar cambios. También es esencial una posición de ignorancia del terapeuta, que

promueve que el otro use su propio conocimiento. El relato, la descripción, el lenguaje del terapeuta tiene valor para que éste se comunique con otros terapeutas, dentro de su tradición, pero no se trata sin más de sustituir el relato del paciente por el del terapeuta, ya que no hay relatos mejores a priori.

Gergen rechaza el constructivismo que entiende como un subjetivismo representacional. La realidad es incognoscible, y el conocimiento como construcción de representaciones de lo real no tiene sentido. La alternativa del Construccinismo Social es la del lenguaje como fundador de múltiples realidades que sólo tienen sentido en su marco cultural, y por extensión al ámbito de la psicoterapia, en el marco personal de cada cliente. La tarea del Construccinismo Social y de la psicoterapia así entendida es la de mediar para que esas verdades puedan coordinarse y enriquecerse dentro de un marco relacional. Nuestras concepciones, para ser válidas, deben dialogar y abrirse a la complejidad multidireccional que nos rodea.

Estas posiciones llevan a Gergen a considerar siempre al individuo en su especificidad. No es posible “objetualizarlo”, aplicando técnicas de eficacia probada como si la eficacia residiera en la técnica y no en qué y cómo hace el individuo con ella.

La consideración del sujeto como activo y particular lleva al énfasis en modos de funcionar del terapeuta que tomen en consideración la posición del paciente como agente. Se produce entonces un abanico de acciones del terapeuta que van desde la persuasión a la promoción de autonomía que implican dar un lugar y tomar en consideración lo activo del paciente:

*-Posición de ignorancia.* Promociona que el otro use su propio conocimiento.

*-Trabajo sobre los modos de ver y las narraciones que aporta el paciente,* que son los que organizan su acción y desde los cuales será más fácil generar cambios.

*-Formato dialogado, no de transmisión de conocimientos.* Esto supone resaltar la actividad y circunstancias del interlocutor.

El relato del terapeuta tiene valor para que este se comunique con otros terapeutas, dentro de su tradición, pero no se trata sin más de sustituir el relato del paciente por el del terapeuta, ya que no hay relatos mejores.

El lenguaje terapéutico no es válido en sí mismo. Adquiere capacidad de significar gracias a la participación voluntaria del otro. Por eso es importante su adhesión activa y las técnicas para mostrar la adecuación y pertinencia de las propuestas del terapeuta en relación con lo que importa al cliente.

Su posición es radical frente al modelo mecanicista de la medicina en el que el terapeuta es un médico que trabaja sobre la fisiología del paciente para obtener la curación.

### 2.2.1.1. Reflexiones en torno a Gergen

A la luz de la anterior exposición de su pensamiento, Gergen puede ser caracterizado en los siguientes términos:

- **Posición postmoderna.** Hay múltiples historias contadas en cada tradición, por cada persona, por el terapeuta. Son inconmensurables. Hay que usar las que abren caminos. Pero no hay criterios de en qué consiste abrir un camino o cuáles son las dimensiones para hacerlo. Todo parece residir en el criterio personal indefinido y en la idea de las consecuencias pragmáticas de cada historia. En el límite todos los relatos serían igualmente válidos a priori. No se plantea analizar características de los relatos que promuevan cambios positivos. Cabe sin embargo suponer que al seleccionar una historia frente a otra y al promover determinadas variaciones de los relatos el terapeuta esta haciendo algún tipo de cálculo y ejerciendo algún criterio de juicio, sea explícito o implícito. Claro que estas dimensiones y operaciones o bien están siendo ejercidas o bien hay que asumir que se conversa guiados por el puro azar.

- **Posición pragmática.** El valor de las historias reside, como veíamos, en su efecto. Pero no se plantea ningún criterio general para categorizar los efectos u ordenarlos, ni para valorar las operaciones que producen esos efectos. Cada uno individualmente debe juzgar cuál es en él el resultado de una u otra historia o enfoque de la realidad en sí mismo. El efecto es particular y personal y su comprobación individual.

- **Deconstrucción relacional del sujeto.** Lo real es para Gergen producto de una relación humana. Los pensamientos y sentimientos son una realización privada de actos de la vida pública, y la significación de cualquier enunciación es una realización temporal nacida de un momento de colaboración. La capacidad para significar depende de la red de relaciones pasadas en las que hemos estado inmersos, las cuales constituyen de algún modo esa ficción que llamamos yo. El sentido no se crea en el interior del individuo sino en la relación. Es producto de la interacción, y esto desposee al agente individual de su capacidad de ser fuente del saber. No existe individuo como agente acción racional, independiente, moral, capaz de razonamiento.

Gergen acentúa aquí de un modo peculiar la idea vigotskiana de que lo psicológico se gesta en lo social hasta llegar a una deconstrucción del sujeto en múltiples relaciones. No queda entonces claro si existe más criterio de juicio que alguna de las tradiciones o relaciones en las que participa el individuo, que actuarían una u otra... ¿al azar? El sujeto, más que elemento de síntesis, como podría mínimamente plantearse, parece un caleidoscopio en el que todo puede estar presente pero nada podemos decir sobre ello.

Asume con toda claridad un corte vigotskiano entre lo social “externo” y lo personal “interno”, porque cuando esperamos algún planteamiento sobre como se produce la génesis del sentido y como lo “exterior” acaba siendo “interiorizado” su propuesta es que éste es un problema al que no hace falta responder, sino poner entre paréntesis.

Respecto a la **práctica psicoterapéutica**:

- Supone una posición de prudencia, pero al mismo tiempo de ausencia de sentido más allá de lo personal que además se ha descompuesto en múltiples relaciones.
- Propone un modelo que enfatiza la actividad del cliente y puede ser útil en la práctica psicoterapéutica, quizá en unos casos más que en otros, quizá con unos clientes más que con otros, pero no abre puertas para explorar los márgenes de utilidad ni la estructura de funcionamiento del modelo.
- Que un esquema o propuesta sólo pueda actuar en tanto el cliente lo acepta no es lo mismo que decir que todos los esquemas tienen la misma potencia operatoria ni organizan la realidad con la misma eficacia, ni que el criterio del paciente es lo único que define qué es válido. El criterio del paciente define qué es utilizable y aceptable para él, no qué sea lo más válido para la situación a la que se enfrenta. Hay conocimientos más útiles que otros para alcanzar ciertos fines y resolver ciertos problemas. Un incendio, por ejemplo, se maneja mejor echándole agua que rezando al espíritu del fuego. Una avería en un motor se maneja mejor desde un conocimiento de las partes y funcionamiento del motor que ajustando piezas por azar. Una cosa es, entonces, el conocimiento que sea más pertinente y válido para manejar un problema, y otra lo que sea aceptable por el cliente, que es el margen de acción que queda. Pero que un conocimiento no sea aceptable por alguien no excluye su potencia operatoria. El hecho de que alguien haya podido suponer que el sol gira alrededor de la tierra, y no acepte que sea a la inversa, no elimina el hecho de que el heliocentrismo tiene una simplicidad y potencia explicativa mucho mayor.
- En cuanto a los modelos de terapia, tanto las terapias narrativas como las centradas en soluciones según Gergen tienen unos métodos que encajan con los planteamientos construccionistas. Y en cierto aspecto son esencialmente “metodológicas”, por cuanto lo que exponen no es tanto qué narraciones o soluciones pueden ser mejores que otras sino un método para facilitar que el sujeto activo desarrolle sus propias narraciones o soluciones funcionales y útiles para él, dada su irreductible especificidad individual.

En nuestra tradición recuerdan inevitablemente a la mayéutica socrática y a la posición de ignorancia del Sócrates platónico. Sin embargo no podemos sino sospechar que bajo la ignorancia de Sócrates se escondía no sólo un método de entrevista sino también un conocimiento que no revelaba. La misma sospecha surge respecto a los terapeutas narrativos y orientados a soluciones, la de que posean un conocimiento que dirige sus preguntas y método de entrevista, y que no es explicitado.

Respecto al criterio **objetivismo-subjetivismo**, Gergen plantea el constructivismo entendido como un subjetivismo. La realidad no puede conocerse. La construcción entonces, para Gergen, se parece a una representación de algo que no puede, por otro lado, ser la realidad que ya sabemos incognoscible.

La alternativa del Construccinismo Social es la del lenguaje como fundador de múltiples realidades que pueden coordinarse pero son cada una incognoscible y la disolución del sujeto en la multiplicidad de lo social y lo relacional.

Epistemológicamente el Construccinismo Social es un irracionalismo que define que los conocimientos sólo tienen sentido dentro de sus tradiciones. No se plantea la posibilidad de encontrar criterios de potencia operatoria de las concepciones. Interesa el efecto pragmático según el cliente, el individuo, lo defina.

Con anterioridad enunciamos el par objetivismo-subjetivismo, que remite a la dualidad naturaleza/libertad. El objetivismo explica la función como derivada de realidades dadas, objetivas. El subjetivismo remite a una voluntad interior e irracional como principio explicativo de la acción. El Construccinismo Social cabe en estos criterios, pero de un modo peculiar.

Gergen plantea la deconstrucción del agente, del sujeto, en múltiples relaciones. Cabe señalarlo entonces como un **subjetivismo**. Pero cabe también añadir el matiz de que en cierto sentido va un paso más allá del subjetivismo. Lo hace porque desdibuja en la multiplicidad la idea de sujeto agente. No obstante permanece en el irracionalismo por cuanto no son posibles líneas de interpretación a través de las cuales el agente pueda ser conocido. No es entonces tampoco posible el tipo de conocimiento disciplinar al que aspira la psicología.

Pero, tras deconstruir relacionalmente el sujeto, no da el siguiente paso, que consistiría en asumir al individuo como determinado por la red de relaciones que lo constituyen. Con ello, se habría cerrado el recorrido de un modo circular, ya que estaríamos ante una posición objetivista, del individuo determinado por las relaciones en las que participa. Pero aquellos principios que se expresan en la red de relaciones, como la cultura, el grupo social, la interacción, el lenguaje... no acaban de revestir una entidad objetiva desde la que determinen la acción individual. Se postula la disolución del agente en relaciones, pero no se consuma, ya que el agente permanece como deseo e interés individual, no explicado desde otras instancias.

El Construccinismo Social se sitúa así en la **paradoja del ambientalismo**. Ésta consiste en que, si el ambientalismo es cierto, estamos determinados por el entorno, y no tenemos capacidad de decisión ni acción. Si no tenemos capacidad de decisión ni acción, entonces no podemos ni elaborar una teoría, ni juzgar su valor de verdad, ni utilizarla, todo eso sucede determinado por el ambiente. El ambientalismo, al eliminar al sujeto de la acción, elimina el valor de toda teoría y de toda verdad, porque no hay ya nadie que pueda juzgarla ni usarla. Si es una teoría verdadera, entonces implica que toda teoría es indiferente, irrelevante respecto al acontecer de los hechos, determinados por el ambiente, que incluyen la producción

teórica. La verdad del determinismo ambientalista elimina la posibilidad de que alguien lo juzgue como verdadero con criterio, sencillamente porque, como nuestra acción está determinada por el entorno, no queda nadie que pueda juzgar.

Si el ambiente me controla y no tomo decisiones, entonces no puedo decidir sobre la verdad de la teoría ambientalista, porque eso implica tomar una decisión, cosa que la teoría establece como imposible. Como nota crítica hay que señalar que el valor de una teoría estriba en que facilite la toma de decisiones con criterio, no que anule la posibilidad de decidir.

La paradoja, entonces, del ambientalismo consiste por tanto en que si la teoría ambientalista es cierta, como elimina al agente capaz de producirla y usarla, y entonces establece también que toda teoría es indiferente. El Construccinismo Social juega con esa paradoja sin apurarla, apuntando al determinismo pero sin consumarlo, jugando a disolverlo.

En este sentido el Construccinismo Social rechaza al objetivismo. Su posición es subjetivista. Cabe apuntar que en cierto modo va más allá deconstruyendo también el subjetivismo al deconstruir al agente. Y se sitúa casi en una posición diríamos intersubjetivista, el sujeto agente como constituido por su red de relaciones. Se detiene sin embargo al borde, sin apurar dicha postura, ya que de hacerlo se situaría de nuevo al inicio del recorrido, en un objetivismo donde la acción del individuo esta determinada por su red de relaciones.

Permanece en un ambiguo irracionalismo que rescata el valor de la conversación, del encuentro, de los significados. Pero no puede ponderarlos ni conocerlos, sino sólo valorar sus efectos pragmáticos en cada situación concreta. Embebido de multiplicidad, el terapeuta no puede generalizar su conocimiento entre individuos, ni casi, diríamos, entre distintas entrevistas a un mismo individuo, ya que éste puede haber cambiado en el periodo transcurrido entre ellas. El terapeuta se ve abocado a descubrir cada nuevo día el mundo en su totalidad, porque difícilmente puede generalizar.

Gergen intenta convencernos de que no hay ningún planteamiento válido en mayor medida que otro, lo cual incluye, suponemos, también a sus propios planteamientos. Paradójicamente si le creemos eso nos lleva a asumir que no hay ninguna razón válida para creerle mas allá de la mera opción arbitrariamente individual.

#### *2.2.1.2. Addenda: el modelo del Dialogical Self.*

El enfoque del Dialogical Self ha sido desarrollado sobre todo por H.J.M. Hermans a lo largo de los últimos 25 años.

Sin entrar en detalle, sí quiero mencionarlo como otra alternativa en el manejo de los problemas a los que se enfrenta el construccionismo de Gergen.

En la obra “The Dialogical Self in Psychotherapy” (Hermans y Dimaggio, 2004), Hermans expone su modelo proponiendo que la teoría surge del matrimonio teórico de dos conceptos, el Self y el Diálogo. Sus orígenes estarían en la Psicología del Yo que se origina de

James y Mead, que influencia especialmente a la psicología narrativa centrada en las distintas historias que la gente cuenta de sí misma y el mundo. También en la Dialogical School inspirada por Mikhail Bakhtin, que analizó las posibilidades humanas de comunicación e intercambio.

Hermans indica que el modelo del Dialogical Self propone que las narrativas están estructuradas no sólo temporalmente sino también espacialmente. El que cuenta una historia se sitúa en el espacio y el tiempo. Cuando hay un narrador siempre hay además al menos otra posición, en el entorno o en él mismo, implicada. El self está inmerso en un mundo de relaciones. Los otros no son meras voces externas, sino pasan a ser también voces internas. El self no es una agencia con una voz, sino con múltiples voces, de modo que son más una sociedad de la mente. El self está constituido por una multiplicidad de voces que funcionan de un modo parcialmente independiente generando sus propios recuerdos e historias, que se alternan y pueden tomar temporalmente el control de la acción. En un diálogo además siempre se dan relaciones de poder, aunque sea en el uso de los turnos de palabra.

No pretendo con esta breve exposición profundizar en el modelo del Dialogical Self ni en sus planteamientos en psicoterapia. Sí quiero complementar a Gergen, señalando a Hermans como una vía alternativa de salida a los mismos problemas, aquellos relativos al valor de la interacción en relación al papel del yo como entidad. Para ello apunto las siguientes notas críticas.

El yo, en Gergen, tiende a disolverse como producto de múltiples interacciones. Estas interacciones no se especifican, lo cual permite conservar al sujeto como agente no determinado por ellas. La solución de Hermans es introducir en el propio self las interacciones. El yo ahora no es producto de las interacciones y relaciones en las que participa. Ahora su propia estructura y organización está constituida por interacciones y diálogos entre distintos personajes con distintas posturas. El self queda definido como una multiplicidad de voces en diálogo.

La crítica que ejerzo es que aún es preciso explicar la actividad psicológica de cada una de esas voces, entendidas como sujetos, y la textura psicológica del diálogo que mantienen. La postura de Hermans la exponemos como un modo diferente de manejar los problemas de la interacción, la relación, el diálogo y el papel del yo a los que se enfrenta el construccionismo de Gergen. A nuestro juicio Gergen no le da una solución efectiva. La solución del modelo del Dialogical Self supone colocar los mismos problemas en otro lugar. La tarea sigue siendo explicar cada voz y la gestión del diálogo. Sin eso, la postura de Hermans podría parecerse, más que a una solución, a un juego de matrioskas rusas, aquel en el que cuando abres una muñeca te encuentras dentro otra versión reducida de la misma muñeca.

Vamos a acercarnos ahora a los dos modelos psicoterapéuticos que Gergen define como construccionistas. El primero es la Terapia Centrada en Soluciones. El segundo es el de White y Epston, que caracterizaremos también dentro de las Terapias Narrativas.

### 2.2.2. Terapia Centrada en Soluciones. Donde el problema deja de serlo.

*En la mente del principiante hay muchas posibilidades; en la mente del experto hay pocas.*

S. Suzuki. *Mente zen, mente de principiante.*

La Terapia Centrada en Soluciones es un modelo que se clasifica como terapia familiar breve o terapia sistémica breve. Surge en los 80 en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee. Su autor principal es S. De Shazer, destacando otros como I.K. Berg, M. Weiner-Davis, W.H. O'Hanlon, E. Lipchik, W. Gingerich, E. Nunally o A. Molnar.

De acuerdo con Eve Lipchik (2009) el cambio que da lugar al modelo se origina en 1982 cuando, trabajando con espejo unidireccional y equipo de supervisión, alguien del equipo sugirió preguntar a la familia no qué querían cambiar, sino qué era lo que no querían que cambiase.

Expondremos los principios de funcionamiento del modelo a partir de distintas fuentes, como De Shazer (1995), De Shazer y cols (1999), Trepper y cols (en línea), O'Hanlon y Weiner Davis (1997), Beyebach, M. (1999) y Rodríguez-Arias Palomo y Venero Celís (2006).

Los principios básicos de este enfoque son:

- Modelo basado en la construcción de soluciones, no en la solución de problemas.
- La entrevista se centra en el futuro deseado por el cliente, no en problemas del pasado o presente. Todo cuanto hace falta saber es “¿cómo sabremos cuándo se habrá solucionado el problema?”. No es necesario disponer de una descripción detallada de la queja ni de una explicación de cómo se mantiene el trastorno. Puede conseguirse una terapia efectiva incluso si el terapeuta no puede describir de qué se queja propiamente el cliente.
- Rechazo de la noción de resistencia. Ésta no consiste en una censurable negativa a cambiar sino en un modo legítimo de señalar por dónde sí y por dónde no se quiere cambiar.
- Se trata de ayudar a los clientes a hacer algo distinto, bien en su conducta interactiva o bien en su interpretación de la conducta o las situaciones. Es todo cuanto se necesita.
- Se anima a los clientes a aumentar la frecuencia de los comportamientos útiles, bajo el principio de que “si funciona, haz más de lo mismo”
- Se buscan las excepciones, situaciones en las que el problema podría haber aparecido pero no lo hizo.
- Se buscan alternativas a pautas de conducta que se desea eliminar, pero se asume la competencia y la existencia de soluciones en el repertorio de los clientes antes que utilizar un enfoque de adquisición de habilidades.
- Pequeños cambios son todo lo que se necesita para llegar a grandes cambios, un cambio en

una parte promueve cambios en otra parte del sistema.

- No hay una forma correcta de ver las cosas, hay distintas formas que aumentan o disminuyen la posibilidad de solución. Las quejas implican una conducta ocasionada por la visión del mundo del cliente, que suele persistir en sus planteamientos originales aunque no le hayan permitido solucionar su problema.

- Dado que los encuadres, que son las definiciones y significados de las cosas, son los que determinan lo que podemos ver y hacer, la tarea terapéutica consiste en buena medida en la creación de reencuadres que promuevan la resolución del problema. Es tarea del terapeuta hacer dudar a los clientes de los encuadres y conductas problemáticos.

- Las soluciones no están necesariamente relacionadas con los problemas identificados.

- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla. Los análisis sobre el porqué no acercan a la solución. Es más importante conocer qué está funcionando que conocer qué va mal.

- Es relevante el concepto de ajuste. Para iniciar el cambio terapéutico es esencial el ajuste entre la descripción por el terapeuta de la pauta y forma de la queja y el mapa de la intervención, considerando que el terapeuta construye el problema teniendo la solución en mente. La intervención tiene que ajustarse a las pautas del cliente pero señalando el camino para salir del problema. La analogía sería que para abrir una cerradura (problema) no es necesario copiar la llave sino que se puede diseñar una ganzúa adecuada.

- El terapeuta desarrolla habilidades conversacionales que promueven la construcción de soluciones por el cliente. Estas habilidades conversacionales son diferentes de las requeridas para diagnosticar o tratar problemas, y están orientadas a identificar y ampliar lo que está funcionando.

- La terapia se considera como un esfuerzo cooperativo en el que terapeuta y cliente construyen juntos un problema que puede resolverse.

- La entrevista no se centra en explorar los sentimientos, cogniciones, conductas o interacciones problemáticas sino en desarrollar una visión de un futuro en el que el problema está solucionado y amplificar las excepciones, capacidades y recursos para elaborar un camino que lleve a ese futuro.

- Es el cliente el que establece los objetivos de la terapia, y la entrevista se constituye como un proceso de diálogo diseñado para acercarlo a esos objetivos. Se usan para ello preguntas antes que interpretaciones, y se evita al máximo hablar acerca del problema y el pasado.

- El modelo se identifica con algunas preguntas características, como la búsqueda de cambios pretratamiento, la pregunta milagro, la búsqueda de excepciones o las preguntas de escala.

Desde este modelo ha habido interés en formalizar los procedimientos del terapeuta, de modo que en ocasiones se han diseñado árboles de decisión respecto a qué preguntas formular, qué cuestiones indagar y qué tipo de tareas proponer según la respuesta y postura del cliente en el paso anterior. Por ejemplo, en Selekman (1996, p. 65) o en De Shazer (1995, p. 84).

Por establecer un contraste diríamos que en un caso de problema de pareja con fuertes discusiones, desde un punto de vista sistémico más tradicional se analizaría la secuencia de los acontecimientos, se exploraría la relación entre la tensión y las peleas, se entendería el sentido de estas en la relación de pareja y se trabajaría para reducir el espacio del problema. Desde la terapia orientada a soluciones se exploraría ¿qué sucede cuando no hay tensión? ¿qué es diferente cuando consiguen negociar las diferencias sin pelearse? ¿cómo lo consiguen? ¿de qué forma les ayudan los hijos en ese proceso? La intención sería aquí aumentar el espacio de los aspectos no problemáticos.

Dado el énfasis en las **habilidades conversacionales del terapeuta** es adecuado precisar a qué nos referimos con ello.

La entrevista se entiende siempre como una intervención a través de la importancia de hablar de las soluciones y no de los problemas, y a través del uso del lenguaje que veremos a continuación.

El lenguaje presuposicional implica asumir que al hablar hacemos implícitamente una serie de presuposiciones, y se trata de asumir su uso consciente e intencionado para los fines de la terapia.

Siguiendo aquí a Mc Gee, Del Vento y Beavin Bavelas (2004), señalar que la sistémica desarrolla especialmente el uso de preguntas, la noción de las preguntas como intervenciones. Las nociones esenciales del lenguaje presuposicional serían:

A) No es posible hablar sin hacer presuposiciones. Principios básicos:

1. Las presuposiciones incluidas en las preguntas inevitablemente construyen una versión de los acontecimientos que pudo haber sido diferente.
2. La pregunta restringe hacia un aspecto particular de la experiencia de quien contesta.
3. Quien responde debe darle sentido a la pregunta, suministrando inferencias conectoras (conexiones que debe hacer para dar sentido) y una base común implícita.
4. La respuesta no comenta las presuposiciones contenidas en la pregunta, sino que las acepta.

De acuerdo con los autores este esquema asume una posición constructorista, pero no constructorista radical en cuanto a que toda versión pueda ser igualmente válida o las palabras puedan tener el significado que se decida. Plantea un análisis de proceso, no de resultados, buscando hacer un análisis funcional de las preguntas y con una visión interaccional de las mismas, en vez de categorizarlas usando nombres a priori.

B) Entonces usar el lenguaje intencionadamente para transmitir que tienen capacidad, que son competentes, que el cambio es posible.

A modo de ejemplo:

“Cuéntame qué has hecho para que las cosas vayan mejor” presupone que se ha iniciado el cambio y que éste depende de lo que ha hecho el paciente.

“¿Qué es diferente en los momentos en los que estas mejor?” presupone que no siempre está mal sino que hay ratos en los que está mejor, y que en esos ratos hay cosas que son diferentes a los ratos en los que está peor.

“¿Qué más cosas haces para ayudarte a conseguir...? presupone que quiere conseguir algo y que está haciendo cosas para ello.

“¿Prefieres enfrentarte de golpe o poco a poco?” presupone que en cualquier caso va a enfrentarse.

Uso de los tiempos verbales con la utilización del futuro para los cambios deseados: ¿Qué harás cuando esto ya esté resuelto? Implica que va a estarlo frente a “¿Qué harías si esto se resolviera?” que sugiere que podría estarlo o no. Mismo caso para “¿Qué va a ser diferente cuando hayáis conseguido lo que os proponéis?” frente a “¿Qué sería diferente si consiguierais lo que os proponéis?”

La Terapia Centrada en Soluciones es un enfoque muy centrado en los comportamientos y las acciones, y se le ha criticado en ocasiones desde sus propios integrantes la poca atención dedicada a las emociones (Lipchik, 2009). Por otro lado desde órganos oficiales del modelo se han señalado las cercanías con la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick, con la terapia Cognitivo Conductual y con la Terapia Narrativa (Trepper y cols, en línea).

#### *2.2.2.1. Reflexiones en torno a la Terapia Centrada en Soluciones*

Se trata de un enfoque eminentemente **pragmatista**. En el límite, defiende que no hace falta conocer cuál es el problema para solucionarlo. Lo relevante es el método de conversación que el terapeuta debe usar para hacer que el cliente encauce su actividad de modo que solucione los problemas que él define como tales alcanzando las soluciones que él define como tales.

Sus esfuerzos se centran entonces en desarrollar una elaborada técnica de conversación que movilice los recursos del cliente. Esto se aprecia en el interés por crear esquemas que indiquen los pasos a seguir por el terapeuta en el diálogo, de modo que la estructura de la conversación esté bien diseñada y organizada. Pero no hay un desarrollo de verdad o conocimiento en ámbitos diferentes al del método de intervención del terapeuta.

No hay una teoría del sujeto, y ni siquiera, como veíamos, de los problemas. Suponemos que la intervención del terapeuta trae a la práctica implícitamente una idea de aquello sobre lo que está interviniendo. Pero no hay interés en teorizarlo u organizarlo. No hay un criterio de verdad ni realidad.

El eje de la conversación es crear una nueva realidad que el cliente considere al tiempo factible y libre de problemas y que le permita acercarse a sus objetivos, sin interesarse por el estado actual de las cosas. Los clientes y su experiencia son, además irrepetibles, de modo que el conocimiento que obtenemos con el tiempo sería la experiencia de aquellos recursos conversacionales que han sido repetidamente útiles. Estos recursos son los que permiten “co-crear problemas resolubles” (O’Hanlon y Weiner-Davis 97). Pero no hay una teorización de las dimensiones que hacen un problema resoluble.

Efectivamente, la herramienta terapéutica consiste en elementos como el uso de un lenguaje proposicional y el cambio de foco hacia el futuro sin problemas, que es suficiente para obtener los resultados terapéuticos. Se trata por tanto de un uso sofisticado del lenguaje para producir un cambio de perspectiva. Éstos serían los principios de cambio y génesis. Su ejercicio implica, necesariamente, elaboradas operaciones. Pero en ausencia de una concepción constructiva del sujeto o de los problemas, estas operaciones del terapeuta quedan un tanto en el vacío. No se sabe bien cuál es el material sobre el que operan.

Es por tanto una posición **subjetivista**, en la que la actividad psicológica es individual y particular, y nada podemos decir sobre ella excepto lo que vayamos descubriendo en cada conversación concreta. No hay una idea de función ni construcción. La tarea del terapeuta consiste en modificar la perspectiva del cliente en una dirección que a éste le permita sentir que ha alcanzado la solución. En el límite, todo el proceso parece suceder ajeno a ninguna mirada, en la interioridad de la organización psicológica del cliente. El terapeuta, que aporta su hacer conversacional, desconoce el problema y casi diríamos el proceso de su solución.

Es un enfoque pragmatista y subjetivista, que trabaja con los principios de libertad, actividad y competencia del cliente sin especificarlos ni investigarlos. Es un subjetivismo interesado en la construcción lingüística de una realidad distinta que sea más útil de un modo particular al cliente. Lo peculiar es que en un sentido pragmático y diríamos antipositivista saca del foco de conocimiento disciplinar al sujeto-cliente y al problema, pero organiza concienzudamente el modo de práctica del terapeuta.

### 2.2.3. Los Modelos Narrativos. La Verdad es una historia.

Los modelos narrativos y la narración como metáfora de lo psicológico han tenido una popularidad en aumento a lo largo de las últimas dos décadas. Siguiendo a Machado y Gonçalves (1999) es Theodore Sarbin el que introduce la narrativa como “metáfora raíz” alternativa para la psicología en su libro de 1986 “Narrative psychology: the storied nature of

human conduct”, siendo otra contribución destacada la de Jerome Bruner ese mismo año, que en su obra “Actual minds possible worlds” defiende la necesidad de entender a los seres humanos como creadores de significados, y el pensamiento narrativo como el proceso de origen, desarrollo y cambio de ese significado. Polkinghorne y otros autores posteriores contribuirían al desarrollo de la concepción narrativa de la psicología y psicoterapia.

Vamos a hacer una exposición inicial de lo que puede implicar un modelo narrativo, de la mano de Fernández Liria, psiquiatra y psicoterapeuta con amplia trayectoria clínica, docente e institucional en España. Luego expondremos con más detalle dos modelos que presentan distintas características, como son el de White y Epston, que completa el panorama del construccionismo social en psicoterapia, y posteriormente el de Gonçalves, que desde la narración opta por una vía no construccionista.

Fernández Liria (2000) asume una **posición postmoderna**. Entonces indica que las intervenciones en psicoterapia no pueden ser caracterizadas como interpretaciones, lo cual implicaría relación con la verdad. Las intervenciones son comentarios, es decir, la exposición de una serie de significados sugeridos por el texto. La tarea del terapeuta no consiste en conocer algo que es dado, como dice que sucede en el trabajo científico. Se trata más bien de crear con el paciente una nueva versión de la historia que elimine la necesidad del síntoma. La meta no sería la verdad, sino la salud.

La opción para ajustarse a la especificidad del cliente consiste en diseñar ad hoc las narrativas que mejor encajen con lo que éste trae. Estas narrativas tienen unas características generales, son diferentes de modo que posibiliten nuevas vías de acción, pero similares e integradoras de los valores del cliente de modo que sean aceptables por éste. Las posibilidades son muy amplias y pueden usarse esquemas de tipo cognitivo, conductual, sistémico o existencial, así como es recomendable el acercamiento sistemático a fuentes literarias.

Fernández Liria constata que el desarrollo de la psicología académica se produce esencialmente de un modo independiente respecto a la psicología clínica, y en este aspecto señala por ejemplo la escasa influencia de la psicología cognitiva en las terapias cognitivas. El fin de las certezas aboca para el autor a una postmodernidad en la que la psicoterapia es una disciplina esencialmente retórica.

#### 2.2.3.1. Reflexiones en torno a los modelos narrativos según Fernández Liria.

Diríamos que la aplicación útil de una narración a un caso concreto conviene afinarla para saber cómo y porqué. Pero aquí no se buscan, o no son una prioridad, las claves operatorias en el diseño de una historia funcional, ni qué hace que lo sea, que es lo que interesa a una disciplina. Podríamos, siguiendo a Liria, acordar que todo es comentario, ya que no cabe afirmar que dispongamos de interpretaciones de la verdad con mayúsculas. Pero podemos añadir que nuestras acciones se encuentran siempre con límites. Las propias acciones y

condiciones que hacen posible una voluntad, al tiempo la limitan. Y eso hace que en muchos casos haya comentarios y acciones más adecuados que otros, unos con mayor valor operatorio que otros.

La relación psicoterapéutica entre dos sujetos precisa incorporar persuasión y se hace a través de la relación. Pero el hecho de que no podamos manejar a un cliente como hacemos con una rata en una caja de Skinner, o a un estudiante en un experimento de psicolingüística, controlando al máximo las variables, no implica que el proceso psicoterapéutico sea puramente particular e incognoscible.

Me extenderé en estos aspectos al hilo de los siguientes autores.

#### 2.2.4. White y Epston. Los medios narrativos para fines terapéuticos.

*Anque munchos pisaren esi prau, nun t'importe:  
entovía ye tuyu. Ensin sabelo naide  
sali de casa y vete,  
dempués de tantos años,  
a facer posesión del to dominiu.*

Xosé Manuel Valdés. Memoria Encesa.

David Epston es un Trabajador Social y Terapeuta Familiar neozelandés. Michael White es quizá más conocido que su colega. Trabajador Social y Terapeuta Familiar australiano desarrolló su obra en el Dulwich Centre, que fundó en 1983. Algunas de sus influencias serían Bateson y la teoría de sistemas y cibernética que alimentó la sistémica, la idea de la construcción narrativa de la realidad del psicólogo J.S. Bruner, la antropología cultural, la psicología de James y Vigotsky y el postestructuralismo crítico de Derrida y especialmente Foucault.

Desarrollan un formato de terapia narrativa que expondré conforme a su conocida obra “Medios Narrativos para Fines Terapéuticos” (White y Epston, 1993).

Dado que no podemos conocer la realidad objetiva **todo conocimiento requiere un acto de interpretación**. Toda interpretación está determinada por nuestros marcos interpretativos, por nuestras analogías. Sin embargo frente a la idea de que la interpretación se produce a partir de un mapa, la idea es que ésta se realiza a través de una narración. La narración incorpora la localización de los eventos en el tiempo, el orden, lo cual facilita la comprensión del cambio.

Respecto a la terapia familiar se trataría de que no es la estructura subyacente o disfunción familiar la que determina el comportamiento. Lo que determina el comportamiento es el significado que los miembros atribuyen a los hechos. El interés está en cómo las personas

organizan sus vidas alrededor de ciertos significados. Las personas buscan un relato coherente de sí mismas y del mundo que las rodea para dar sentido a su vida. Cada relato contiene un pasado, un presente y un futuro, expresa aspectos escogidos de nuestras vivencias y orienta las acciones. Cada vez que actualizamos el relato realizamos un proceso de reescritura que lo profundiza y varía.

Para la psicoterapia el supuesto general es que las personas solicitan ayuda psicoterapéutica para sus problemas cuando las narraciones dentro de las que relatan su experiencia no representan adecuadamente sus vivencias. Un resultado aceptable sería entonces la generación de nuevos relatos que permitan representar nuevos significados más útiles, satisfactorios y con final abierto.

Los aspectos de la experiencia vivida que caen fuera del relato son los “**acontecimientos extraordinarios**”. Su identificación se facilita mediante la externalización. Éste es un método para separar a las personas de sus relatos, y así aumentar la agencia personal. Para ello se comienza preguntando cómo ha estado el problema afectando a su vida y relaciones. Se va así construyendo una versión del problema como algo cosificado, personalizado en ocasiones pero en todo caso como una entidad ajena al individuo. Algo que la persona pueda contemplar desde una posición de distancia, como una entidad que la afecta pero no forma parte de ella. Una vez creada distancia e identificados acontecimientos extraordinarios se invita a que se les atribuyan significados en un relato alternativo.

Esta recuperación de vidas y relaciones en una tradición oral se logra haciendo preguntas que invitan a profundizar en interpretaciones diferentes (¿Cómo pudo usted resistirse a la influencia del problema en esta ocasión? ¿Cómo cree que esta información afectará a sus próximas acciones? Al negarte a colaborar con el problema en esta forma ¿lo haces aumentar o disminuir?).

Al incorporar la tradición narrativa se recurre también a documentos escritos. Se utilizan por ejemplo cartas, escritas unas veces por los terapeutas y otras por los clientes, con motivaciones diversas como invitar a alguien a consulta, predecir el futuro, celebrar un día especial, hacer una reflexión post sesión, pedir ayuda, o hacer diversas descripciones o desafíos en lo tocante al problema. En ocasiones una carta puede recibir otra carta por respuesta. También se utilizan, por ejemplo, diversos certificados, diplomas y autocertificados como reconocimiento por los logros realizados por los clientes. Estos medios posibilitan utilizar también el lenguaje escrito como modo de reescribir las historias y generar cambios, y pueden ser usados de modos muy diversos para adecuarse al problema.

Respecto a las preguntas utilizadas en este proceso, un primer conjunto se refiere a las preguntas de influencia relativa, aquellas que rastrean la influencia del problema en la vida y relaciones de los clientes. Después un segundo conjunto de preguntas indaga la influencia de las personas en la vida y aumento o disminución del problema.

Las personas revisan así su relación con el problema y redefinen el grado en el que colaborarán en su mantenimiento o desaparición.

Este proceso de externalización estaría indicado en los casos de relatos vitales saturados de problemas, no en todos los casos.

No obstante la renarración activa de la experiencia, a través de la recombinação de nuevas pautas, aporta nuevas posibilidades para la posesión de uno mismo, los otros y las relaciones. Permite la emergencia de narrativas distintas a la dominante que no estén saturadas por el problema.

Lo que se propone es conformar la terapia según la analogía del texto. Esto nos permite también estudiar la acción y los efectos del poder sobre las vidas y las relaciones. Ello se hace, como veremos, según los planteamientos de **Foucault**, que los autores explican en los siguientes términos.

El poder es determinante y constitutivo de la vida de las personas, no meramente una instancia represora sino que nos conforma. Nuestra vida está configurada según verdades normalizadoras que organizan nuestras vidas y relaciones, y que son producidas en el funcionamiento del poder. Más que reprimir, estas verdades subyugan, conformando a las personas.

Poder y conocimiento son así inseparables, ya que la producción de verdad se ejerce a través del poder, y viceversa.

El discurso científico de la realidad objetiva permite aislar unos conocimientos y situarlos en un lugar más elevado dentro de la jerarquía del saber.

Se critica la idea de que las técnicas de poder sean activadas desde arriba para transformar a los que están abajo. Alternativamente se destaca el origen local del poder en técnicas de control social, organización y distribución de las personas, registro, evaluación y vigilancia. Se crea así una sociedad de la mirada omnipresente. Es en un nivel local donde el ejercicio del poder se desarrolla, y también donde esta menos oculto y es más accesible a la crítica y análisis.

Foucault no propone una ideología alternativa para organizar nuestras vidas. No niega el conocimiento ni defiende el positivismo. Sin embargo defiende que frente al relato oficial es de recibo la insurrección de los conocimientos subyugados, populares, descalificados, que permitan una crítica efectiva y alternativa del relato dominante.

La analogía del texto sostiene que el significado se obtiene a través de la estructuración de la experiencia en relatos. La representación de esos relatos se realiza a través del lenguaje, y es constitutiva de la vida y las relaciones.

Los problemas que llevan a las personas a terapia se experimentan cuando las narraciones que cuentan su experiencia no representan adecuadamente sus vivencias. En ese caso habrá aspectos de sus vivencias que las personas valoren pero contradigan esa narración

dominante, y podrán generarse relatos alternativos que los incluyan.

La posición foucaultiana antes expuesta respecto al poder y al conocimiento lleva a cuestionar el cientificismo de las ciencias humanas y a desconfiar de los discursos de las disciplinas profesionales. La tarea es identificar el contexto de las ideas en el que nuestras prácticas están situadas y explorar la historia de esas ideas, a fin de identificar los efectos, peligros y limitaciones de esas ideas y prácticas. La actividad que se propone es el cuestionamiento de las prácticas y la ideología dominante.

Los autores establecen también una diferenciación entre el pensamiento lógico-científico y el narrativo.

El pensamiento lógico-científico elabora constructos cosificados y clasificaciones que eliminan las particularidades de la experiencia personal. Se buscan leyes y hechos atemporales, y se usa el tiempo verbal indicativo a fin de reducir incertidumbre y complejidad. Se orienta a la consistencia, no contradicción, concreción y evitación de polisemia. La persona tiende a ser un escenario pasivo que reacciona ante diversas fuerzas o impulsos.

En oposición a esto los autores señalan que el pensamiento narrativo da importancia a las particularidades de la experiencia vivida, al significado como conexión en el tiempo entre los eventos vividos, a la importancia de la trama, al uso del tiempo verbal subjuntivo y la importancia de lo polisémico e implícito, a la vivencia de las personas como protagonistas, a la inclusión del observador en la acción y a la importancia de la agencia personal.

#### 2.2.4.1. Reflexiones en torno al modelo narrativo de White y Epston

Cabe calificar la postura de White y Epston como un **pragmatismo narrativista**. El sujeto es un agente como voluntad que se mueve interpretando según las narraciones, a las cuales puede acercarse, alejarse, variar, con el utilitarismo como criterio de elección. No hay génesis del conocimiento ni la elección más allá. Sabemos que hay relatos que representan más y menos adecuadamente las vivencias. Pero nada podemos decir sobre las historias ni las vivencias en un sentido general, sólo podemos buscar, casi a ciegas, una nueva historia que encaje mejor con las vivencias del cliente actual. Proponen una metodología de manejo de las historias, sin profundizar en las características de éstas, sino antes bien proponiendo cómo debe ser la acción del terapeuta para abrir alternativas.

En cuanto a la postura respecto a la verdad, los autores mantienen una **posición escéptica**. La realidad se reconfirma constantemente cada vez que se renarra una historia. No hay verdad, sino diferentes relatos con diferentes efectos individuales. Hay unos rasgos generales de los relatos, que integran mejor las vivencias y abren más vías de desarrollo. Pero la postura respecto a la verdad es de escepticismo. Hay más bien, en línea con Foucault, una desconfianza de la verdad como lugar del ejercicio del poder conformador. No hay construcción sino sustitución o modificación de los relatos. No hay historia como algo inteligible y con

sentido.

El plano de las vivencias del sujeto y los efectos de las historias en su bienestar permanece en el fondo como el plano legitimador último, y es la conexión con la actividad operatoria. Pero permanece sin concreción, y dicha falta de concreción dificulta a su vez la mayor concreción de los rasgos y características de las narraciones y su dinámica.

La función o unidad de operación es la atribución de significado situando los eventos en la pauta temporal de la narración. El lenguaje es por tanto la posibilidad de significado, y la narración la posibilidad de inteligibilidad. Estos registros asumen toda la operatoriedad del sujeto, que es aquí lingüística y narrativa.

La relación individuo-sociedad reviste unos matices peculiares. La particular forma de “enculturación” de este modelo se refiere al modo en que el individuo se conforma según el poder ejercido a través de las historias dominantes. Estas se “pegan”, por decirlo de algún modo, a la capacidad de agencia, conformándola también. La externalización y los relatos alternativos permiten generar una agencia despegada de esos relatos dominantes y más útil y funcional para el sujeto. Pero toda esa acción se despliega en un plano individual y personal. Lo social es general más que particular en cuanto referido a los relatos dominantes. Pero en terapia es el individuo el que busca qué relatos le van mejor particularmente. De algún modo la integración colectiva sería negativa, y sería más positiva la creación de individualidades en los relatos de modo que éstos se ajusten a los casos particulares. Se busca, de algún modo, que el individuo se libere del poder opresor de la cultura, entendida como relato dominante, creando relatos más individualizados, que respondan mejor a la realidad particular de cada cliente.

Supone una **posición subjetivista y pragmatista**, en la que la actividad psicológica es el uso de relatos más o menos adecuados al individuo. Lo psicológico se reduce entonces a narración orientada al interés personal en el mejor caso. Hay un irracionalismo por cuanto la razón queda reducida a los juicios orientados a organizar el conocimiento y la narración para la utilidad individual, según criterios que desconocemos.

En este sentido subjetivista se conserva el sentido de agencia personal. Pero de un modo característico que es el siguiente. Estamos conformados por las narraciones, pero la voluntad como agencia puede fortalecerse distanciándose de ellas. No hay sentido genético o constructivo, aunque lógicamente el terapeuta experimentado ejerza heurísticos para el diseño de narraciones más o menos adecuadas. Pero dichas reglas, usadas necesariamente, no se explicitan.

Se ha señalado en las categorías de análisis la dicotomía entre la naturaleza que nos determina frente a la libertad que nos permite obrar sobre la naturaleza. Aquí las historias dominantes resultan ser aquello que nos determina. La crítica a éstas es una opción que nos permite ejercer la libertad, una libertad a la que no se le explicitan constricciones.

Los autores articulan su terapia a partir de la concepción foucaultiana del poder. Y la

objección de fondo que puede hacerseles, es la misma que puede hacerse al análisis foucaltiano. La crítica al poder, a los relatos dominantes y a como nos confirman resulta extraordinariamente rica. Pero... ¿puede hacerse sin adoptar ni defender ninguna otra posición?

Da la impresión de que el agente que realiza la crítica puede moverse libremente entre las distintas opciones e historias, adoptando aquellas que le enriquezcan más. Pero estando él, en la medida en que critica y se libera de las historias dominantes, libre e indeterminado. Es como si el observador ejerciera un juego de perspectivas, a través de la crítica. Un juego en el que pudiera colocarse no ya fuera del sistema, sino fuera de las condiciones que posibilitan cualquier crítica, esto es, del hecho de estar en el mundo, lo que implica ocupar una posición y perspectiva.

Respecto a la psicoterapia, señalar que no es posible ejercer una posición de observador que no ocupe una posición y perspectiva. Entonces la postura deseable para el cliente es aquella que le permita operar mejor para solucionar su problema. La postura deseable para el terapeuta es la que le permita operar mejor para que el cliente opere solucionando su problema. Esto puede comenzar sucediendo por tanteos. Pero el sentido del conocimiento en psicoterapia consiste en el estudio de las condiciones de operación tanto del cliente como del terapeuta. De este modo no necesitaremos empezar con cada nuevo cliente de cero, sino partir de un conocimiento que permita orientar los tanteos de la entrevista.

Voy ahora a plantear el modelo de Gonçaves. Lo exponemos aquí por tratarse de una terapia narrativa. Sin embargo trabaja con las narrativas en una dirección que lo saca del construccionismo. La línea que sigue es la de, defendiendo que el significado reside en la narrativa, precisar las características invariantes de esas narrativas que hace que unas sean diferentes de otras. Veámoslo.

#### 2.2.5. Gonçaves y su Psicoterapia Cognitiva Narrativa. La Verdad de la Narración.

Profesor de Psicología en la portuguesa Unidersidade do Minho, y formado también en Neurociencias en España, ha desarrollado en su modelo la definición y categorización de las narrativas.

Seguiremos aquí la exposición que el propio autor hace de sus planteamientos psicoterapéuticos en su libro “Psicoterapia Cognitiva Narrativa. Manual de terapia breve” (Gonçaves 2006).

Pretende presentar una alternativa a los modelos mecanicistas y racionalistas con una epistemología basada en los conceptos de existencia, significado, narrativa y cultura. Propone apoyarse en la idea del proceso de construcción del conocimiento como activo para cuestionar el proyecto estructuralista y molecularista wundtiano. La salida pasa por recuperar la propuesta

de Brentano y resituar el objeto de la psicología en el dominio de la experiencia.

Defiende 4 principios básicos:

- La narrativa constituye el proceso por medio del cual los individuos construyen significados de su experiencia.
- La psicopatología remite a dificultades específicas de elaboración narrativa, correspondiendo diferentes tipos de psicopatología a prototipos específicos de elaboración narrativa.
- La producción de narrativas mejora la salud física y psicológica.
- Los pacientes que más se benefician de un proceso narrativo son aquellos cuyas narrativas mejoran en coherencia y elaboran progresivamente aspectos emocionales, cognitivos y de significado.

La construcción de significados en el proceso de conocer y existir transforma la realidad. El lenguaje se constituye en fundador de la experiencia pero no en cuanto al significado abstracto de las palabras, lo cual sería un nuevo estructuralismo, sino por la forma en que las palabras se van relacionando unas con otras estableciendo una **matriz narrativa**. La narrativa, a su vez, no es un acto mental individual a modo de esquema mental, sino una producción discursiva interpersonal. La idea apunta a la noción de que la materia, y el individuo, se definen por la consistencia de la red de relaciones y no por la existencia de elementos fundamentales.

Se rechaza la idea de la existencia de elementos de una realidad interna esencial y la existencia de un ser humano individualizado y autónomo. La fenomenología del trastorno no es reflejo de una disfunción interna sino un trastorno del discurso narrativo. No hay psicopatología sin interlocutor y esta sería otra con otro interlocutor.

La matriz narrativa tiene estructura, asociada a la coherencia, tiene proceso, asociado a la complejidad, y tiene contenido, asociado a la multiplicidad. Las investigaciones en esta línea apuntan a que la mejoría en el proceso psicoterapéutico va asociada a un enriquecimiento en las narrativas y la psicopatología va asociada a la incapacidad para tener una visión multifacética de la experiencia. Se defiende la existencia de narrativas prototipo con invariantes asociadas a psicopatologías específicas (drogas, alcohol, anorexia, agorafobia, depresión, obsesión-compulsión).

Se trata de dar respuesta a la necesidad psicológica de dar orden, sentido y coherencia a la experiencia. Al tiempo que se reconoce la multiplicidad de lo real. Para ello desarrolla un método para aumentar la autoconciencia del cliente y capacitarlo para construir un discurso narrativo más rico en términos de multiplicidad, complejidad y coherencia ya que esa es la exigencia de nuestra moderna sociedad compleja. Estructura cuidadosamente la terapia en 15 sesiones, si bien señala que esto no es algo rígido. La terapia está organizada en fases para

trabajar sucesivamente los procesos que denomina recuerdo, objetivación (sensaciones), subjetivación (emociones), metaforización y proyección (hacia el futuro).

#### 2.2.5.1. Reflexiones en torno a Gonçalves

**Lo psicológico se traspone a narración**, que es lo que se propone manejar en la terapia. La persona se convierte en discurso. La narración pasa de ser una producción o actividad del sujeto a ser su existencia, rica o pobre, patológica o sana.

La idea de la producción discursiva como interpersonal y el individuo como determinado por la red de relaciones es cercana a la opción de Gergen de disolver la persona como entidad en un marco en el que el significado surge en la relación con otros.

Sin embargo Gonçalves da un paso atrás respecto de Gergen. La producción discursiva es interpersonal y las determinaciones del individuo surgen en su red de relaciones, pero hay unas características racionales que el relato debe cumplir. El sentido es abierto pero la narración debe desarrollarse con unos rasgos específicos.

En la narración se identifican factores adecuados, que se promueven en la terapia estructurada, y relatos e invariantes característicos de problemas concretos. A partir de esta posición hay una idea normativa de qué es lo correcto (sano) o incorrecto para el sujeto, entendido como rasgos formales del discurso, y métodos para promoverlos. No obstante diríamos que el relato se come a quien lo produce y casi parece que podríamos llegar a hablar no de genes egoístas sino de relatos egoístas.

La Psicoterapia Cognitiva Narrativa de Gonçalves busca generar verdad y conocimiento del sujeto. Esto lo hace a través del estudio de las matrices narrativas, la estructura de las historias, que es la que permite crear o disolver los problemas, y que es lo que se trabaja en terapia. Pero la narración, como hemos señalado, parece comerse al sujeto, pasa a ser el sujeto. Supone entonces un objetivismo en el que es la narración el ámbito en el que se produce la actividad psicológica. Lo psicológico queda reducido a narración, con unas características que pueden estudiarse y manejarse.

La matriz narrativa ejerce un papel organizador, configurando, dando inteligibilidad y aportando rasgos genéricos y no puramente particulares. No es por tanto una opción pragmatista, en el sentido de la existencia de una voluntad indeterminada. Tampoco es una opción subjetivista, en un sentido individualista e irracionalista.

Queremos con ello señalar sus diferencias respecto al los construccionismos, pero al mismo tiempo apuntar a la dialéctica entre objetivismos y subjetivismos que ya hemos apuntado.

El enfoque construccionista de Gergen plantea que son las múltiples interacciones lo que constituye al sujeto. Los enfoques narrativos hablan de narraciones e historias como configuradoras. Si no entran a definir los modos concretos en los que esas interacciones o

narraciones determinan al sujeto, mantienen una postura que he definido como subjetivista en el caso de White y Epston y de Gergen, si bien en este último he señalado como apunta a algo que podríamos denominar intersubjetivismo. Se postula un sujeto agente, que no se especifica ni estudia. Este agente es entonces individual e irracional, puesto que necesitamos postularlo para relacionarnos con él pero no podemos conocer ni generalizar ninguna de sus características más allá del momento concreto de la interacción.

Gonçalves pasa a especificar las características de las narraciones que configuran al sujeto. Entonces éste pasa a estar determinado, constituido por esas narraciones, y pasamos a una **posición objetivista**. En ausencia de una concepción genética y constructiva del sujeto, éste desaparece en la dialéctica entre subjetivismo y objetivismo, o indeterminado e incognoscible al modo subjetivista y pragmatista de White y Epston, o determinado por entidades objetivas, como las matrices narrativas de Gonçalves.

En este sentido diríamos que la psicoterapia de Gonçalves es, haciendo honor a su nombre, quizá más propiamente cognitivista y narrativista que constructivista.

## 2.3. LOS CONSTRUCTIVISMOS

### 2.3.1. La Psicología de los Constructos Personales de Kelly. El pionero.

Kelly es consistentemente citado como el primer creador de una psicoterapia constructivista, en las décadas de 1930-40. Su terapia del rol fijo es citada como la primera forma de terapia breve por Neimeyer (2004), que señala además la pujanza actual de esta teoría.

Sin embargo Kelly presentó su teoría con un lenguaje idiosincrásico y sin dar pie a establecer similitudes con otros enfoques, lo que probablemente ha limitado su popularidad.

Expondremos a continuación la teoría de Kelly conforme a su libro “A Theory of Personality: The Psychology of Personal Constructs” (Kelly, 1963).

Su teoría está pensada para la psicoterapia y para el área del reajuste humano al estrés. El foco de conveniencia para esta teoría, el rango en el que se espera que funcione, consiste en encontrar modos para que la persona reconstruya psicológicamente su vida y no sea víctima de su pasado.

Denomina a su modelo *alternativismo constructivo*, en la medida en que tomamos una posición para la que siempre hay alternativas, y toda postura está siempre sujeta a revisión o cambio.

Describe su teoría en los términos de los siguientes postulados y corolarios:

- *Postulado fundamental de la teoría*: los procesos de la persona están psicológicamente canalizados por los modos en los que anticipa los eventos.
- *Corolario de la construcción*: Las personas anticipan los eventos construyendo

réplicas de éstos.

- *Corolario de la individualidad*: Las personas difieren entre sí en la construcción de los eventos.

- *Corolario de organización*: Cada persona desarrolla, para anticipar eventos, un sistema de constructos que implica relaciones ordinales entre ellos.

- *Corolario de dicotomía*: El sistema de construcción de una persona está compuesto de un número finito de constructos dicotómicos.

- *Corolario de elección*: Una persona elige para sí misma aquella alternativa en un constructo dicotómico a través de la cual anticipa la mayor posibilidad de extensión y definición de su sistema.

- *Corolario del rango*: Un constructo es conveniente para la anticipación de un rango finito de eventos.

- *Corolario de la experiencia*: El sistema de construcción de una persona varía a medida que construye réplicas exitosas de los eventos.

- *Corolario de la modulación*: La variación del sistema de construcción de una persona está limitada por la permeabilidad de los constructos dentro de cuyo rango de conveniencia se apoyan dichas variaciones.

- *Corolario de la fragmentación*: Una persona puede emplear con éxito una variedad de subsistemas que son inferencialmente compatibles entre sí.

- *Corolario de comunalidad*: En la medida en que una persona emplea construcciones de la experiencia similares a las empleadas por otro, sus procesos psicológicos serán similares.

- *Corolario de socialidad*: En la medida en que una persona construye los procesos de construcción de otra, puede jugar un papel en un proceso social que implique a la otra persona.

La metáfora de la que parte es la de **la persona como científica**, cuyo objetivo es predecir y controlar. Para ello va generando un sistema de constructos que crea y encaja (fit) tentativamente sobre las realidades que componen el mundo. Los constructos tienen naturaleza anticipatoria, sirven para hacer predicciones. Dichas predicciones no siempre se comprueban, como sería el proceder riguroso, pero son las que configuran nuestra visión del mundo. Los sistemas de constructos se adecuan a ámbitos específicos de la realidad, tienen rangos de validez y no son universales, y en ellos los constructos están organizados de un modo jerárquico. Son además dicotómicos, con dos polos opuestos. De acuerdo con Kelly el contexto mínimo para un constructo son 3 cosas, 2 que se parecen en algo y 1 que es diferente en esa propiedad. Ejemplos de constructos serían madurez vs infantilismo, o miedo vs dominación. Para cada situación podría describirse la actuación de la persona como conforme a algún constructo, y de hecho

cuando sabemos bajo qué constructo opera alguien, lo entendemos.

Los constructos se obtienen abstrayendo propiedades de los eventos, y las predicciones se hacen en base a esas mismas propiedades. Para dar sentido a los eventos los enhebramos con constructos, para dar sentido a los constructos los concretamos en eventos.

La persona tiene elección por cuanto todo constructo es dicotómico, y el sistema de constructos representa una red en la que es libre para moverse. Las posibilidades de elección están limitadas por los límites de los constructos, y son libres dentro de esas opciones. Además existe libertad para la definición y desarrollo del sistema en la dirección que se decida.

Los constructos que están activados, por utilizar una analogía electrónica, son una pauta de escaneo que la persona proyecta sobre su mundo. Cuanto más adecuados sean, más lleno de significado es su mundo.

El que una persona se identifique con un polo de un constructo, o que cambie el elemento que simboliza la categoría, puede generar cambios en sus conductas y puede llevarle a nuevas experiencias. Kelly indica que por ejemplo al referirnos a que alguien es como su madre, si esa persona se identifica con ello, puede variar su comportamiento en modos que no podemos predecir dado que no conocemos todas las implicaciones y matices del concepto madre para esa persona. Los cambios en el rol generados al operar con otro constructo pueden ser liberadores, para el cliente o para otra persona cercana, pero también lo dejan en una posición insegura hasta que le permitan generar nuevas certidumbres y reglas en ese terreno hasta entonces inexplorado.

La formación de nuevos constructos es más fácil en contextos que no impliquen el yo del cliente o su familia, y también es más fácil con elementos nuevos, y en contextos de experimentación. La aplicación y validación de los constructos implica la puesta en marcha de conductas coherentes con ellos.

Un constructo es amenazante cuando es un elemento de un constructo supraordenado que es incompatible con otros constructos supraordenados. Cuando diversos elementos forman un constructo intolerable la persona los dispersa o rechaza. Los recursos que se movilizan para esto no siempre son maduros, y la persona puede comportarse de un modo infantil. También puede bloquearse la posibilidad de nuevos constructos por la preocupación constante por viejo material, o porque los viejos constructos sean impermeables.

Hasta este punto la exposición de Kelly según la obra reseñada. Vamos ahora a complementar los aspectos de evaluación y tratamiento, que Kelly no trata aquí, siguiendo a Feixas y Villegas (2000).

La metodología de evaluación que se desprende de los planteamientos de Kelly no busca clasificar al sujeto en unas coordenadas preestablecidas por el investigador. En vez de esto se pregunta por las dimensiones empleadas por la persona para comprender y estructurar su realidad.

Se utilizan diversos procedimientos, desde la entrevista y el estudio de textos elaborados

por el cliente hasta técnicas específicas como la técnica de la rejilla o métodos de escalamiento. La finalidad es elicitación de los constructos dicotómicos con los que la persona interpreta las situaciones, estructurarlos como constructos supraordenados y subordinados y estudiar los cursos de movimiento más factibles y su finalidad, dentro de ese sistema.

El problema se considera una incapacidad del sistema de constructos del cliente para acomodarse a los acontecimientos con los que se enfrenta. Las personas escogen, de modo no necesariamente consciente, aquellas alternativas de construcción más viables dentro de sus propios sistemas. Entonces pueden usarlas repetidamente, aunque estén siendo invalidadas en la práctica.

Cuando el ciclo de experiencia no fluye surgen dificultades. Por ejemplo las personas depresivas constriñen su mundo de experiencia para evitar hechos que cuestionen su construcción de los hechos predominantemente negativa, preservándola así. Las personalidades psicopáticas se enfrentan a los hechos que no se acomodan a sus predicciones obligando a los demás a cumplirlas. En una persona con tartamudez, el constructo presenta dos polos, yo-tartamudeando frente a yo-hablando-con fluidez. El polo yo-tartamudeando presentará gran elaboración y numerosos constructos subordinados, teniendo por tanto gran capacidad predictiva, mientras que el polo opuesto carecerá de elaboración.

Para la terapia se trata de captar el sistema de constructos del cliente tal cual es. Éste es experto en su mundo. El terapeuta sería experto en relaciones humanas y funcionamiento de los sistemas de construcción.

El proceso terapéutico se entiende como una investigación conjunta y consta de diversas fases. El eje son experimentos en los que se elabora una hipótesis del mundo del cliente para ponerla a prueba entre sesiones. Los resultados se evalúan, se considera si invalidan o no las predicciones, y se elaboran conjuntamente las implicaciones para el resto del sistema de construcción. Este proceso permite que los ciclos de experiencia aumenten la utilidad del sistema de constructos del cliente para interactuar con el mundo que le rodea.

#### 2.3.1.1. Reflexiones en torno a Kelly

La metáfora fundamental de Kelly, aquella sobre la que estructura su obra, es la de la persona como científica. Su sistema parte de la intención de anticipar y controlar, que se realiza a través de la elaboración de un sistema de constructos bipolares. Estos constructos están organizados según relaciones jerárquicas de supraordenación y subordinación, y tienen diversos rangos de aplicación y permeabilidad al cambio.

La verosimilitud de su modelo está por tanto ligada a la verosimilitud que asignemos a la metáfora del científico como válida para describir la actividad psicológica. Este principio metodológico de poner a prueba personalmente las teorías a modo de un proceder científico encaja también como proponía Neimeyer (Neimeyer y Mahoney, 1998, p. 38) en la obra de

autores considerados cognitivos como Beck, Ellis o Meichembaum, si bien en su aspecto más genérico parece fácilmente aceptable casi desde cualquier planteamiento.

Formalmente hay una organización de las dimensiones del conocer a través de la organización del sistema de constructos. También hay un principio de actividad y logro en la comprobación de las predicciones de dichos constructos, que es el que da sentido al sistema cognitivo. Parece sin embargo más una teoría de la gestión individual y personal del conocimiento, orientada a la anticipación de eventos, que una teoría del sujeto psicológico.

La persona kellyana parece estar inmersa en una tarea personal de elaboración de su imagen individual del mundo, en forma de un sistema de constructos bipolares conforme a los que anticipar eventos. El sistema de constructos, recordemos, no tiene por qué ser explicitable ni consciente, pero sí es ejercido. El psicólogo trata de identificar y describir ese mundo de conocimiento personal, para predecir y valorar en qué dirección cambiarlo a través del énfasis en el valor y características de una u otra predicción.

Se defiende entonces la constitución de verdades, describibles en términos del conocimiento que supone el sistema de constructos, y revisables conforme a la experiencia. Pero estas verdades quedan como categorías puramente personales. Hay ausencia de un principio fuerte para la organización de esas verdades. Entonces se está ejerciendo una posición que, sin polarizarse, tiende al subjetivismo. La teoría de Kelly permite acercarnos a la forma de conocimiento particular expresada en un sistema de constructos concreto, del que nada sabemos a priori.

En las primeras páginas de este trabajo definimos los criterios de análisis a emplear. Caracterizábamos al subjetivismo por una voluntad a-genética irracional, interior e individual. Los constructos sirven para anticipar, y esas predicciones son comprobables. Este valor de la práctica y la experiencia introduce un sentido constructivo y genético, y el sistema tiende a organizarse de un modo racional, cercano a un concepto de función. Pero la construcción resultante tiene unas características de individualidad y particularidad que lo acercan, como decíamos, al **subjetivismo**.

No hay un objetivismo en el que la función se derive de realidades dadas e independientes de toda génesis constructiva. Pero tampoco hay unas dimensiones subjetuales de construcción, más allá que la llamativa característica de que los constructos son dimensiones bipolares organizadas jerárquicamente. Más que una teoría del sujeto Kelly elabora un método para evaluar las particularidades de cada individuo.

Las características del sistema de constructos orientan las anticipaciones, pero permiten grados de libertad, y además existe libertad para desarrollar y elaborar el sistema en una u otra dirección. Este primado constructivo de la libertad hace que la posición de Kelly no se decante ni por la libertad incondicional del pragmatismo ni por el determinismo positivista. Se conserva la idea de agente, cuya libertad de movimientos está al tiempo posibilitada y limitada por la

organización de su conocimiento.

El modelo de Kelly incorpora por tanto un principio de construcción y organización del conocimiento, **no determinista ni pragmatista**. Pero lo hace de un modo que tiende al subjetivismo. Los sistemas de constructos suponen modos de conocimiento organizados y cognoscibles. Pero cada cual compone a su manera su imagen individual del mundo, y no hay condiciones que permitan la elaboración de una teoría del sujeto.

### 2.3.2. La Psicoterapia Constructiva de Mahoney.

*Las cosas en realidad son más sencillas de lo que pueda pensarse,  
pero mucho más complicadas de lo que pueda comprenderse.*  
Goethe

Este autor es una de las grandes referencias, y en este sentido representativo, de lo que muchas veces en términos generales se califica como constructivismo en psicoterapia. Su formación inicial como psicoterapeuta proviene de las terapias cognitivo-conductuales.

Veamos lo que el autor propone en su libro “Psicoterapia Constructiva” (Mahoney, 2005).

Mahoney se refiere a su enfoque, que define como constructivista, como Psicoterapia Constructiva. “Los objetivos de la terapia constructiva son ayudarle a comprender y apreciar mejor a los otros y a sí mismo, ayudarle a desarrollar habilidades para resolver mejor los problemas y hacer frente a los desafíos de la vida, y a alentar sus esfuerzos para desarrollarse en las direcciones que encuentre satisfactorias y significativas. Es constructiva porque pone especial énfasis en sus puntos fuertes y sus aptitudes.” (Mahoney, 2005, pp. 319-20).

Los factores que contribuyen al éxito de la terapia son “la perseverancia y la paciencia, la calidad de la relación que mantengamos y el ritmo adecuado de los ejercicios y experiencias que estimulen y fuercen nuevos patrones de acción, pensamiento y sentimiento” (p. 320).

Caracteriza el cambio humano como complejo y dinámico, y el constructivismo como “una visión de los seres humanos como sujetos activos, como individuos creadores de significados, que se mantienen a flote entre redes relacionales mientras se mueven a través de un río vital que inexorablemente demanda nuevas direcciones y nuevas relaciones.” (p. 18).

Defiende los significados personales como patrones ordenados que organizan las actividades, y la existencia de significados más nucleares y relevantes que otros. Habla así de los **procesos de ordenamiento nucleares**, que son procesos abstractos tácitos centrales para la experiencia a nivel psicológico, ya que son los que provocan los contrastes y son la forma de crear orden en la experiencia. Para un cambio significativo y duradero la modificación más importante se da en estos procesos, en la forma de organizar su experiencia personal. A mayor

centralidad de los procesos de ordenamiento, más tácitos y más difíciles de cambiar.

Los procesos de ordenamiento nucleares se estructuran en cuatro temas:

1. Realidad: construcción de regularidades perceptuales y dimensiones como estable-inestable, verdadero-falso, posible-imposible.
2. Valor: construcción de juicios emocionales y dimensiones como placentero-doloroso, bueno-malo, aproximación-evitación.
3. Identidad: construcción de un sentido de uniformidad y continuidad personal y de dimensiones como cuerpo-mundo, yo-no yo, yo-tu, nosotros-ellos.
4. Poder: construcción de un sentido de ser sujeto en la acción, dimensiones como capaz-incapaz, con esperanza-sin esperanza, bajo control-fuera de control.

La tarea del terapeuta se basa en ayudar al paciente a elaborar un sentido de sí mismo y de su vida que le sea útil en su desarrollo futuro y en su bienestar. El foco de atención en psicoterapia serían los problemas, los patrones como nivel de problemas recurrentes y relacionados, y los procesos, de los cuales los problemas y patrones serían expresión. La psicoterapia constructiva no son técnicas sino una forma global de entender la experiencia, el desarrollo y el conocimiento humano.

Para ello utiliza todo tipo de técnicas, desde lo corporal, con la relajación, equilibrio, yoga, o respiración, los diarios, la historia de vida, la reestructuración cognitiva, la técnica de rol fijo de Kelly o el trabajo con los sueños.

#### 2.3.2.1. Reflexiones en torno a Mahoney.

Presenta un **enfoque ecléctico** de desarrollo personal y autoconocimiento, que utiliza diversas técnicas para favorecer la consciencia y el cambio y resalta la importancia del encuentro personal entre cliente y terapeuta. Hay una definición genérica del sujeto, de los procesos psicológicos por los cuales se crean los problemas y de los principios de cambio, que no se entra a precisar.

Se diría que tiene como referente entonces una idea de construcción y de sujeto. No parece estar polarizado en ninguno de los extremos de los pares objetivismo-subjetivismo y positivismo-pragmatismo. Pero la enunciación de su modelo resulta muy genérica. Añadir aquí que su obra previa “Human Change Processes” (Mahoney, 1991), siendo más amplia, no resulta más clarificadora.

El constructivismo queda como una enunciación de principios generales, la idea de actividad, la importancia del significado, el respeto a la individualidad del cliente. Supone un marco metateórico en el que caben y confluyen multitud y diversidad de planteamientos y enfoques en relación a la naturaleza humana.

Se enuncian unos principios de la organización del sujeto. Pero no se elabora ningún modelo psicológico más allá de unas ideas generales de como proceder en psicoterapia, que no llegan a ser articuladas de un modo definido. Se diría que las ideas de actividad y construcción actúan como atemperadoras de los aspectos más mecanicistas o directivos de la terapia cognitivo-conductual, previa en la formación del autor, en la línea de un “humanismo” poco definido. La posición del autor es constructivista en un sentido muy genérico. La relevancia de este enfoque es por cuanto sea representativo de una forma de entender el constructivismo en sentido laxo.

Como contraste quiero señalar que una posición constructivista en un sentido más estricto implica precisar cuestiones como el estudio de la lógica de la construcción y de la organización del sujeto y los problemas, alguna idea de función como principio de operación material y del lenguaje como mediador, y la implantación sociohistórica y personal de valores y verdades que crean el contexto de acción del sujeto, constituyendo el marco en el que se desarrolla su actividad.

### 2.3.3. Neimeyer. El Constructivismo como perspectiva postmoderna.

*Vio Dios todo lo que había hecho y he aquí que todo era bueno.*  
Génesis 1-31

Profesor en el Departamento de Psicología en la Universidad de Memphis, editor del Journal of Constructivist Psychology y conocido por diversas publicaciones en las que defiende una postura constructivista en psicoterapia. Se formó en origen en la Teoría de los Constructos Personales. Valoraremos su obra “Constructivist Psychotherapy” (Neimeyer, 2009), que expondremos a continuación.

Defiende el constructivismo como una **perspectiva postmoderna**, a la que hay que diferenciar de los modelos cognitivo-conductuales. Brinda especial reconocimiento como figuras relevantes del ámbito a Guidano, Mahoney y White.

El constructivismo partiría de múltiples tradiciones, entre ellas el humanismo, la sistémica y el feminismo, reinterpretándolas bajo conceptos posmodernos, con especial atención a la primacía de los significados personales, a la construcción de la identidad en contexto social y a la revisión de narrativas de la vida que son incoherentes o restrictivas. Esto se realiza a través de un estilo que es más colaborador que autoritario, más centrado en el desarrollo que orientado a síntomas, más dirigido al proceso que centrado en el contenido, y más reflexivo que psicoeducacional.

Cita como antecedentes a Vico, Kant, Vaihinger y Korzybski, y dentro de la psicología a Piaget, Bartlett y Kelly.

El postmodernismo se define por oposición al modernismo de la Ilustración, que propondría la búsqueda de la verdad entendida como reflejo objetivo de la realidad. A partir del postmodernismo se concibe que las realidades humanas son constructos personales, culturales y lingüísticos, que las verdades dominantes son conformadoras y varían a lo largo del tiempo, y que la función de la psicoterapia es analizar y reconstruir los patrones que limitan y constriñen las posibilidades de una persona o comunidad.

El lenguaje cobra entonces un mayor protagonismo. En la medida en que disminuye la importancia de las circunstancias objetivas aumenta el poder del lenguaje en su valor simbólico y regulador. El lenguaje no es una forma de representar el mundo, sino una forma de crearlo. Las terapias narrativas desarrollan particularmente la crítica a los “textos” culturalmente dominantes y al modo en que el uso del lenguaje genera o disuelve problemas.

El discurso moderno ve el yo como individual, estable y cognoscible. Los acercamientos postmodernos a la psicoterapia extienden y problematizan esta concepción del yo. En modelos como el de Mahoney, Guidano o Kelly, se mantiene el yo como un concepto organizador y sujeto de agencia.

En otras posiciones constructivistas se asume la identidad como menos estable y coherente, así en el Dialogical Self de Dimaggio y Hermans o el Yo Saturado de Gergen. Estas visiones socializadas del yo buscan una psicoterapia que permita elaborar y negociar los significados (inter)personales a través de los que se organiza la experiencia y acción. Estos formatos son particularmente populares desde enfoques familiares y sistémicos.

El énfasis en general en las terapias constructivistas es en la actividad interpretativa del sujeto y en la co-construcción interaccional de significados. Hay una desconfianza de los diagnósticos tradicionales, buscándose más definir las formas únicas y peculiares en las que cada uno aborda sus dificultades vitales.

Frente al énfasis cognitivo-conductual en intervenciones guiadas por reglas, fiables y replicables, estandarizada, manualizada, orientada a protocolos, agendas y listas de técnicas aprobadas, el enfoque constructivista enfatiza la individualidad de la terapia, y el necesario ajuste a la inmediatez del encuentro entre un terapeuta trabajando con un modelo con un cliente en un momento de comprensión del problema ante ellos.

Los objetivos de la terapia raramente son fijados por el terapeuta, y no es preciso definirlos claramente, asumiendo además que irán cambiando a lo largo de la terapia. En la terapia postmoderna, como en muchas terapias humanistas, hay un proyecto de construcción del cambio aumentando las capacidades de dar significado. Sí que hay entonces ciertas metas de resultado que incluyen aumentar en el cliente la reflexividad, autoconciencia y capacidad para el cambio, la responsividad y apertura a los otros, el sentido de tener voz en su vida, y la elección

de autonarrativas preferidas.

Se entiende que la interpretación crucial no es la del terapeuta, sino la del cliente, que es el que puede generar insight y cambio. Esto hace que se busquen más intervenciones experienciales que interpretaciones clínicas. No es relevante la verdad literal o histórica, y sí lo es la verdad emocional y narrativa que facilite el mejor posicionamiento y manejo del cliente ante su experiencia.

Se considera la implantación de los problemas en su contexto social amplio, con énfasis en la construcción cultural y lingüística de los problemas. Se busca deconstruir los problemas. Y hay aspectos diferenciales de las psicoterapias postmodernas respecto a las tradicionales, sobre todo en cuanto a la importancia del mundo de significado del cliente y a la poca valoración de puntos externos de juicio como los criterios psicopatológicos.

En lo tocante a investigación, el interés está en lo relativo a variables del cliente y a procesos y estructuras de cambio, más que a investigaciones de resultados.

#### *2.3.3.1. Reflexiones en torno a Neimeyer*

Sería excesivo pretender hacer una crítica a cada punto de los que el autor recoge, y más cuando muchos de ellos ya se mencionan a lo largo del texto en referencia a otros autores. Vamos a hacer sin embargo una crítica a su posición general.

La pretensión de hacer del constructivismo una metateoría abarcadora a partir de principios generales como el de actividad y significado, hace que su interior quepan todas las opciones heterogéneas y contradictorias que Neimeyer expone, desde el sí mismo de Guidano hasta las narrativas de White y Epston.

Siguiendo a Neimeyer el punto de partida del **constructivismo es una opción postmoderna** que abandona el proyecto objetivista de la modernidad de construir una ciencia verdadera que refleje la realidad.

Esta postura, compartida también por Mahoney (Neimeyer y Mahoney 1998, prefacio), constituye quizá uno de los referentes más salientes de lo que se entiende por constructivismo en psicoterapia.

Se trata por tanto del rechazo al positivismo y al objetivismo, pero sin un criterio claro de cual sería la opción alternativa. Ejercen entonces un relativismo postmoderno en el que cualquier opción, excepto aquellas, es aceptable. En ese contexto, el constructivismo laxo de Neimeyer y Mahoney caben todas las contradicciones de la dialéctica entre positivismo y pragmatismo y entre objetivismo y subjetivismo, pero sin criterios que permitan discriminar entre la variedad de opciones presentes.

La posición postmoderna de Neimeyer y Mahoney genera entonces un marco que, en su intento de abarcar tanto, desdibuja sus límites.

#### 2.3.4. Guidano. El Desarrollo del Sí Mismo.

*Desciende a las profundidades de ti mismo, y logra ver tu alma buena.  
La felicidad la hace solamente uno mismo con la buena conducta.*  
Sócrates

Formado en origen en la tradición de la psicoterapia cognitiva, da posteriormente un giro epistemológico hacia el constructivismo que le lleva a conceptualizar el desarrollo y dinámica del sí mismo y a desarrollar una psicopatología evolutiva centrada en los procesos.

Comenzaremos exponiendo su obra de referencia, “The self in process. Toward a post-rationalist cognitive therapy” (Guidano, 1991).

El autor se sitúa frente a lo que denomina la tendencia racionalista en psicología cognitiva donde la realidad se ve como objetiva, dada y externa independientemente de nuestra observación, y la identidad humana como un repertorio de cogniciones, percepciones y recuerdos que correlacionan con un repertorio de sentimientos, experiencias emocionales y patrones psicofisiológicos.

La postura del autor es que el conocimiento, más que representar una realidad dada, es la construcción y reconstrucción de una realidad capaz de hacer consistente la experiencia del individuo. Las características del observador están implicadas en el proceso de observar, y toda observación es autorreferente.

La reestructuración posibilita nuevos niveles de abstracción, transformando la modulación de los estados internos en patrones de autocomprensión que modifican la experiencia inmediata. Así, experimentar y explicar son dos polos siempre presentes en la circularidad de nuestra comprensión. Estos polos remiten a la experiencia inmediata de uno mismo, el I (en inglés, que traduciré por yo) y el sentido del yo que emerge al autorreferirse a la propia experiencia, el Me (en adelante, mí). El yo como sujeto y el mí como objeto. El yo está siempre un paso por delante, y el mí evaluador es un proceso continuo de reordenación del sentido del yo.

El concepto para entender el conocimiento es el de autoorganización, que implica que la asimilación de la experiencia se subordina al mantenimiento de una coherencia interna y de un orden experiencial que posibiliten el mantenimiento del sentido del yo. Se produce así la emergencia discontinua de niveles más inclusivos de conocimiento del yo y el mundo. Aquí es relevante el concepto de viabilidad, más que el de validez del conocimiento.

La emergencia del sentido del yo implica:

- Interacciones estructuradas con otros en procesos de apego.
- Procesos emocionales y cognitivos que articulan estos subsistemas en procesos autorreferenciales.

El bebé está orientado hacia la interacción social y el establecimiento de vínculos, que le ayudan a organizar los estímulos, ritmos psicofisiológicos y tonos emocionales. La referencia social es un proceso básico para organizar la intersubjetividad. Los modelos internos de trabajo del apego y el yo suponen un sistema para transformar la subjetividad en conocimiento personal. Las características de los lazos significativos podrían funcionar de manera análoga a los principios sintácticos de organización que subyacen a la estructura semántica de la comprensión.

El proceso de desarrollo es dinámico, lo cual permite integrarlo a través del marco conceptual de los guiones. Los guiones permiten entender cómo el afecto y la cognición, aunque diferenciados en su forma de procesar datos (inmediatez vs distancia), acaban siendo interdependientes. Hay una serie de escenas nucleares que se organizan en guiones, lo cual proporciona una imagen del mundo. A medida que se produce el desarrollo emocional y cognitivo los guiones prototípicos se reorganizan para asimilar las nuevas experiencias, ampliándose y diversificándose.

Los individuos pueden conceptualizarse como una organización de significado personal que se autorregula. Es un proceso en espiral en el que el yo se despliega y la reordenación de la autoimagen va generando el mí.

Se pretende entonces identificar organizaciones del significado personal, al modo de constituciones físicas, como patrones coherentes con una gramática inherente de composición y reorganización. Se buscan las reglas sintácticas (yo) capaces de generar unas representaciones semánticas en superficie (mí). Las organizaciones del significado personal no serían contenidos sino modos de organizar los procesos.

Se definen 4 organizaciones del significado personal: obsesivo-compulsiva, depresiva, fóbica, y de trastornos de la alimentación.

A modo de ejemplo veremos el desarrollo de la **organización depresiva**:

*-Respecto a los patrones de reciprocidad temprana.* La pérdida de un cuidador o los fracasos para desarrollar un apego seguro debido a rechazo o desatención por los cuidadores son eventos percibidos como pérdidas. Frente al rechazo o la pérdida se desarrolla una estrategia de apego evitativo, con evitación activa del contacto y reducción en la expresión de apego y

malestar. Se reduce la “demanda” de apego y cuidado que podría generar nuevos fracasos. Se desarrolla una actitud de autocuidado, que permite mantener una reciprocidad aceptable con otros a costa de enmascarar los afectos negativos que se perciben en dichas interacciones.

*-Respecto a la dinámica y coherencia sistémica del yo/mí.* La dinámica del yo en un sentido depresivo se apoya en la tensión entre el andamiaje del mundo en términos de pérdidas, rechazos y fracasos (yo) y el reordenamiento explícito del mundo en términos de un yo negativo y de una atribución causal interna (mí). Frente a una atribución externa en un mundo adverso e ingobernable, la atribución interna que subyace a la autoimagen negativa es una estrategia creativa que permite la agencia de la persona en su lucha por controlarse a sí mismo, más que a ese mundo incontrolable. Entonces el modelo para asimilar el conocimiento se parece a aquel formulado bajo la idea de la indefensión aprendida.

Se produce entonces una oscilación rítmica entre ira/activación motora, e indefensión/ralentización motora, en rápida sucesión incluso dentro de la misma situación. Estos cambios se regulan variando la intensidad y cualidad de la atribución causal interna a los aspectos negativos del yo, lo cual afecta a la autoestima. En la misma situación, la sensación de no tener valor o ser indigno de amor puede ser vivido primero como algo contra lo que hay que luchar para conquistar el propio valor (ira y activación), y después como algo intrínseco a uno mismo, con lo que sólo cabe culparse con la consecuente inactividad (indefensión y ralentización).

Para concluir con la organización depresiva, el punto clave de la dinámica es la vivencia de la realidad en términos de pérdida, y su progresión pasa por identificar la experiencia de pérdida como una categoría de la experiencia humana más que como un destino personal de soledad y rechazo.

El desarrollo vital es un proceso abierto de asimilación de la experiencia con reorganizaciones puntuales del significado personal, que nunca están exentas de dolor. Los síntomas que pueden aparecer en momentos del ciclo vital señalan intentos fracasados de cambiar en situaciones de imposibilidad de asimilar coherentemente la experiencia. Las causas de las crisis no están en eventos externos en sí mismos, sino en la organización del significado personal, que es lo que determina qué eventos concretos son discrepantes para un individuo. Por otra parte no todo es conscientemente procesado, porque lo que parece irrelevante para el mí puede ser clave para el yo.

Las temáticas ideológicas atraviesan un continuo proceso de cambio, sin embargo las temáticas afectivas son mucho más estables. Los temas afectivos se articulan en la infancia y adolescencia a través de escenas relevantes, y se transforman a través de nuevas experiencias emocionales.

El curso de desarrollo consiste en el proceso de hacer explícito lo tácito. Cada

organización personal del significado tiene direcciones preferentes, en las que va aumentando los niveles de abstracción y despegándose progresivamente de la inmediatez de la propia experiencia del yo. El progreso se parece a un equilibrio puntuado, y muestra gran indeterminación en tanto marcado por aspectos psicológicos como los patrones cualitativos de autoconciencia.

A continuación Guidano describe el proceso psicoterapéutico en lo que denomina **“Principios psicoterapéuticos. Un marco postracionalista para la terapia cognitiva”**.

Refiere que los abordajes cognitivos tradicionales, con el conocimiento como representación de un mundo objetivo e independiente, plantean los problemas emocionales como derivados de una correspondencia no válida. La intervención es entonces persuasiva, para modificar los aspectos semánticos de los procesos cognitivos y para introducir actitudes más adaptativas. Se excluye la autoconciencia como consciencia de la propia manera de experimentar el mundo.

La alternativa del autor pasa por una autocomprensión más exhaustiva por parte del cliente para asimilar mejor los propios afectos, entendidos como aspectos de nuestro modo de asimilar la realidad. Los cambios cognitivos se producen por procesos diferentes a los emocionales, y el cambio cognitivo no genera cambio emocional. Pensar cambia el pensamiento, pero sólo sentir cambia las emociones. Se impone el estudio de las variables que subyacen a la autoconciencia en un curso vital individual, y el estudio del nivel individual, la cualidad de la autoconciencia, y las vías en las que uno puede reordenar la coherencia de su significado.

El medio es entrenar a los clientes para autoobservarse, diferenciar y reconstruir sus pautas de coherencia. El método es la autoobservación, a través de la secuencia de escenas que constituyen un evento, aumentando la flexibilidad para adoptar distintas perspectivas y tomar nueva conciencia de uno mismo. Para el éxito de esta estrategia el cliente debe experimentar eventos escalonados que presionen progresivamente en la dirección de la reorganización.

Los cambios en el proceso terapéutico dependen de los cambios en la percepción del yo por parte de mí, que implican tomar aspectos de la experiencia, que consideramos objetivamente dados, como sujetos ahora a reflexión y exploración. El terapeuta crea condiciones para disparar una reorganización, pero no sabe cuál será ésta. Para ello aumenta la comprensión del cliente sobre sus reglas, y utiliza la estructura y reciprocidad del contexto interpersonal de la terapia. Son relevantes entonces tanto el efecto de la discrepancia entre las explicaciones del terapeuta y la autoimagen previa como la implicación emocional en el proceso terapéutico. El terapeuta actúa en realidad como un “perturbador estratégicamente orientado”

La terapia consta de 3 fases:

1. *Preparar el contexto clínico e interpersonal*, en las 2 o 3 primeras sesiones.
2. *Construir el setting terapéutico*. Dos fases sucesivas de entre 3 y 8 meses cada una. En ellas se produce la remisión de la sintomatología inicial.

2.1. *Focalizar y reordenar la experiencia inmediata*.

El objetivo es que el cliente pase de un punto de vista externamente ligado, un problema objetivo, a una actitud internamente ligada, donde el problema consiste en manejar la propia experiencia subjetiva. Se reconstruye el sistema de coherencia del cliente y cómo su desequilibrio da lugar a los problemas. Se sitúan las emociones como construcciones que posibilitan reconocimiento y autorreferencia, y se sitúan las expectativas y creencias en relación a la autoimagen y los autoengaños para mantenerla. La remisión de la sintomatología se produce en este proceso, a medida que los clientes cambian su visión sobre sí mismos.

2.2. *Reconstrucción del estilo afectivo de los clientes*.

El eje de esta parte de la terapia es la reconstrucción del estilo afectivo y se comienza por un análisis detallado de la historia afectiva del cliente. Para ello se valora el debut sentimental, la secuencia posterior de relaciones y los patrones de inicio, mantenimiento y ruptura de relaciones y como esto es contado y vivido. Se busca valorar el estilo afectivo de emparejamiento y apego, y cómo puede producir experiencias recurrentes.

3. *Afrontar el análisis del desarrollo*.

Dura entre 3 y 6 meses, y se desarrolla en el 2º año de terapia. Se realiza cuando los clientes están interesados en continuar la exploración personal después de que las alteraciones iniciales hayan desaparecido, reconstruyendo el modo en que su historia de desarrollo ha estructurado el significado personal que ahora ven.

El aumento de la conciencia de sí mismo que tiene el cliente se produce con el aumento de la flexibilidad para cambiar de perspectiva. Va acompañado de emociones en contraste que generan un característico sentido de ambigüedad. Si al principio de la terapia los problemas tenían que ver con que la persona no sabía quién era, al final el problema es que uno ya sabe quién es, y puede vivirse a sí mismo como la fuente de todos sus futuros problemas. El

significado personal es al tiempo la condición de posibilidad para estar en el mundo, y su límite. Pero más que una condición existencial inescapable, es la condición inicial inescapable para poder estructurar una variedad de situaciones existenciales.

La evolución de la terapia conduce a un formato del cliente como experto que realiza sesiones de supervisión con otro colega, que es el terapeuta.

#### 2.3.4.1. *Reflexiones en torno a Guidano.*

Guidano hace una crítica a lo que llama tendencia racionalista de la psicología cognitiva, que remite a considerar la realidad como dada e independiente del observador.

A continuación su propuesta es la de estudiar los modos diferentes de conocer a través de los que el individuo hace consistente su experiencia, las distintas organizaciones del significado personal, que clasifica y define.

Para ello introduce la dinámica relativa al yo, el modo de conocer y actuar, y el mí, el conocimiento del yo que se alcanza a través de la autoobservación y autoconciencia. Además se presenta el origen de las organizaciones del significado personal de un modo longitudinal y evolutivo a partir de dinámicas que se establecen en la relación con los otros, a través de los patrones de apego. Se busca igualmente integrar las emociones en el modelo.

Se desarrolla una idea de agente, entendido como un modelo de la organización del sujeto y sus modos de conocer. Este estudio de las dimensiones subjetuales pretende tanto dar cuenta de su dinámica como de las condiciones de su génesis constructiva a partir de las que éste elabora su realidad. Se describen tanto las operaciones que realiza el sujeto en su situación actual, como aquellas que lo han ido configurando en su ontogenia, buscando integrar las dimensiones individuales y de interacción social a través del apego. Se muestra la dinámica de esas condiciones y el conocimiento como verdades, como modos de coherencia a partir de esas condiciones en un momento dado.

El proceso del sujeto es entonces de desarrollo de dimensiones internas a su propio proceso. La postura no es objetivista en el sentido de determinación por entidades externas, ni subjetivista en el sentido de irracionalismo y particularismo. No es tampoco pragmatista como primado de la voluntad ni positivista, en el sentido determinista. Es una opción centrada respecto a la idea de sujeto.

Sin embargo cabe señalar que no se maneja una concepción de las metas e instrumentos del sujeto. No hay una concepción operatoria de los fines y medios que el sujeto articula y de cómo eso pueda generar función o disfunción. El énfasis en los modos de organización del significado personal anula la dimensión relativa a los actos personales de logro, y las operaciones y situaciones concretas en las que esto se realiza o fracasa. En el desarrollo del sujeto se enfatiza más la determinación de lo que la organización de significado personal hace con nosotros. Se resalta menos la libertad de lo que nosotros hacemos a partir de nuestra

organización de significado personal.

Si tomamos como referencia al sujeto kantiano, el sujeto según Guidano permite tal vez cierta analogía con la estrategia del idealismo alemán postkantiano. Citando a Tarnas (1997, p. 352), “Kant había sostenido que la mente suministraba la forma que adoptaba la experiencia, pero que el contenido de la experiencia es dado empíricamente por el mundo exterior. Sin embargo, a sus sucesores idealistas les pareció más verosímil, en términos filosóficos, que tanto el contenido como la forma estuvieran determinados por la mente -o espíritu- que todo lo abarcaba, de modo que la naturaleza, en cierto modo, era más imagen o símbolo del yo que algo con existencia por completo independiente”. Este idealismo supone una extensión radical del yo trascendental kantiano.

En esta propensión de Guidano hacia una cierta hipertrofia del sujeto cabría interpretarlo como en una órbita análoga a la posición del idealismo alemán frente a Kant. Si hubiera que definirlo en los términos que hemos manejado, cabría quizá apuntar cierta tendencia a lo que podríamos llamar subjetualismo: las dimensiones subjetuales parecen en ocasiones ampliarse hasta casi hacer *tabula rasa* del contexto.

El sujeto guidaniano está organizado y atraviesa una dinámica de cambio. Esta dinámica de las dimensiones subjetuales parece en ocasiones un tanto autorreferente. Su formato de terapia se centra entonces en la comprensión y mejora de esa dinámica de la organización del sujeto.

El abordaje terapéutico sigue un esquema de resolución a través de la razón y la comprensión de uno mismo, que recuerda a los formatos tradicionales de psicoterapia como autoconocimiento. Se centra en la evolución de los modos de organización del significado personal. Para ello la herramienta es la autoconciencia y el insight, que se aumenta a través de ejercicios reiterados de autoobservación personal. Así se flexibiliza la capacidad para adoptar distintos puntos de vista, ya que no hay uno verdadero en sí mismo.

Se trata por tanto de un enfoque que calificaríamos como “profundo”, en el sentido de perseguir la modificación de pautas nucleares de la organización psicológica del sujeto a través de la toma de conciencia plural de las propias condiciones.

La terapia requiere por tanto tiempo, al menos en torno a 2 años, y no se centra en la resolución de problemas concretos ni en objetivos definidos por el cliente. Se centra en ese proceso de autoconocimiento que, una vez realizado, disolverá los síntomas y problemas menores. Las organizaciones del significado personal son la forma de conocer a la que remite todo problema y síntoma, y su cambio el objetivo de la psicoterapia.

Lo que queda fuera de este enfoque es la idea del manejo características específicas de las situaciones específicas, de los problemas o patologías. No se especifica una dimensión para las necesidades, deseos o la consecución de objetivos, y el éxito o fracaso consiguiente.

El sujeto, al modo guidaniano, se constituye en su historia de vínculos de apego. Pero

en la situación de psicoterapia, ese sujeto fagocita las situaciones concretas y elimina la importancia inmediata del contexto. El orteguiano “yo soy yo y mis circunstancias” apunta más en Guidano a un “yo soy yo, y mis modos de ser”.

### 2.3.5. La Terapia Breve Estratégica del MRI. La Psicoterapia como Ajedrez.

*No existen pacientes imposibles, existen sólo terapeutas incapaces*

D.D. Jackson

Surge partir del interés de G. Bateson en la comunicación, que cristalizó en múltiples iniciativas entre las que está la “Teoría de la Comunicación Humana”, obra fundante de la concepción sistémica de la terapia.

Don D. Jackson funda en 1959 el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, en cuyo equipo estaban también J. Riskin y V. Satir. Por él pasarán diversos autores, como J.H. Weakland, R. Fisch, L. Segal, o J. Haley, que dirigía la revista Family Process, y de forma especialmente significativa Watzlawick (Winkin, 1994).

De acuerdo con Nardone y Watzlawick (1999) la terapia estratégica breve se alimenta al menos de la Teoría General de los Sistemas y Cibernética, el Constructivismo y la Hipnosis y Terapia Eriksoniana.

Voy a exponer sus planteamientos de acuerdo con sus dos obras principales, “Cambio. Formación y Solución de los Problemas Humanos” (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1995), en la que se presenta una conceptualización de la naturaleza de los problemas humanos, y “La Táctica del Cambio. Como Abreviar la Terapia” (Fisch, Weakland, Segal, 1994), que complementa a la previa y es un manual de su modelo de psicoterapia. Ambos libros constituyen el resultado de más de 15 años de investigación en el Centro de Terapia Breve del Mental Research Institute de Palo Alto.

En 1966 se crea el Centro de Psicoterapia Breve del Instituto de Investigaciones Mentales (MRI) de Palo Alto. Su interés fue investigar los fenómenos correspondientes al **cambio humano**, considerando el proceso más que el contenido, el aquí y ahora más que el pasado, y el estudio de los procedimientos de Milton H. Erickson. El objetivo era operacionalizar los procesos de cambio para encontrar vías de intervención más eficaces en los problemas humanos. Para ello se apoyaron en la teoría matemática de los grupos y en la teoría de los tipos lógicos. Observan aparentes paralelismos entre su obra y la Terapia de Conducta, residiendo la diferencia en que no se utilizan supuestos de aprendizaje o condicionamiento. El problema central consiste en estudiar la influencia y la manipulación, no para evitarlas sino para aplicarlas en beneficio del paciente.

Defienden que muchas veces los problemas comienzan por alguna dificultad corriente de la vida cotidiana. Para que una dificultad se convierta en problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones: 1. que se haga frente de forma equivocada a la dificultad, y 2. que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma solución intentada. Ésta es la estrategia de “más de lo mismo”, o “cuando la solución es el problema”. Son las soluciones intentadas que la gente ensaya, los modos específicos con los que se intenta rectificar un problema, los que en gran medida lo mantienen o exacerban siendo éste quizá el elemento central en su terapia.

Otro concepto clave es el de la existencia de dos tipos de cambio. El primero es el Cambio 1, que tiene lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable. El segundo es el Cambio 2, que es un cambio cuya aparición cambia al sistema. Por poner un ejemplo, un cambio 1 serían las cosas que una persona hace dentro de un sueño, ninguna de las cuales le pone fin, un cambio 2 sería el cambio del soñar que supone despertar. El cambio 2 se considera habitualmente incontrolable o incomprensible por cuanto no es inteligible en términos de las vicisitudes del sistema y del cambio 1. Visto desde fuera, supone simplemente un cambio de las premisas del sistema.

En este enfoque no interesa el ¿por qué?, sino el ¿qué?, es decir ¿qué es lo que aquí y ahora sirve para perpetuar y para cambiar el problema? El cambio 2 se aplica a aquello que dentro de la perspectiva del cambio 1 parece la solución, debido a que desde la perspectiva del cambio 2 tal solución es la causa del problema que intenta resolver. La finalidad de la intervención es, como hemos comentado, impedir la solución intentada hasta entonces.

Defienden que la terapia se parece más a una **partida de ajedrez** que a lo que implica la concepción corriente de la relación terapéutica. El punto de partida de su trabajo fue usar 10 sesiones, concentrando la atención en el desarreglo actual, utilizando toda técnica de estímulo para el cambio y buscando cuál era el mínimo cambio para solucionar el problema en lugar de pretender reestructurar familias enteras.

Las etapas de la intervención son:

1. Definición clara del problema en términos concretos.
2. Investigación de las soluciones intentadas.
3. Definición del cambio concreto a realizar.
4. Formulación y puesta en marcha del plan para producir dicho cambio.

La búsqueda de las soluciones intentadas se sistematiza a través de una categorización de los intentos básicos de solución que suelen encontrarse en la práctica clínica. Resultan ser 5:

- Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.
- Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.

- Intento de llegar a un acuerdo mediante la oposición.
- Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.
- Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

Se diseñan entonces intervenciones que constituyen un medio para interrumpir dichas soluciones intentadas. Las estrategias efectivas suelen ser aquellas que se apartan del impulso básico del paciente en 180°. La solución del problema exigirá el abandono de la solución intentada. Pero el cliente no puede limitarse a dejar de hacer algo sin hacer otra cosa a cambio. La pregunta a la que debe responder el terapeuta es ¿qué acción es la más adecuada para impedir la anterior solución?, eligiendo aquellas acciones más fáciles de incorporar por el cliente. Es importante formular objetivos y evaluar el resultado. El indicador más importante de éxito terapéutico consiste en una declaración en la que el cliente se muestre satisfecho con los resultados del tratamiento. Esta declaración puede darse porque la conducta perturbada haya cambiado o porque haya cambiado su valoración de tal conducta.

Para que la intervención diseñada sea aceptada por el cliente, se pone especial cuidado en la aceptación y persuasión de éste. La persuasión más eficaz es la que utiliza la postura del paciente. Para ello, y siguiendo la enseñanza ericksoniana, se toma lo que el paciente nos aporta, su lenguaje, sus expectativas, motivos y premisas. Una reestructuración exitosa extrae el problema de su definición de síntoma transfiriéndolo a otra definición que no implique imposibilidad de modificarlo.

Respecto a la **postura del terapeuta**, para éste es vital conservar su capacidad de maniobra, esto es, la libertad y capacidad para poner en práctica lo que juzgue más conveniente en el curso del tratamiento. La dirección del tratamiento constituye una responsabilidad intrínseca del terapeuta. Para conservar esa capacidad debe ser capaz de retirarse de una postura apenas aparezcan indicios de resistencia, y efectuar continuas comprobaciones de que los pasos que da son aceptados por el paciente. No lo serán si resultan contrarios a la sensibilidad, valores o creencias del paciente.

El terapeuta debe ser capaz de asumir una postura no comprometida y fluida, pero ayudando al paciente a asumir una postura comprometida y definida. La capacidad de maniobra del terapeuta depende de la falta de capacidad de maniobra del paciente. Es preferible una actitud igualitaria por cuanto aumenta la actitud de colaboración del paciente, pero si una actitud de superioridad es útil debe entonces ser utilizada.

#### 2.3.5.1. Reflexiones en torno al MRI

El modelo del MRI surge en el contexto del interés por la comunicación y la interacción propiciado por Bateson. Su objetivo es estudiar y producir el cambio. Para ello un psicoterapeuta de referencia es Erickson.

A partir de estas breves notas, obtenemos una caracterización del enfoque. Tiene un interés en definir de modo interaccional los comportamientos, los problemas y las soluciones, y en el estudio de la comunicación y las paradojas. Está interesado en el cambio, no en la génesis ni uso de otro tipo de conocimientos. Y a partir de la matriz ericksoniana, pone especial énfasis en usar todo lo que el paciente traiga a terapia, en trabajar desde unos principios pero sin demasiados esquemas prefijados en la sesión y en la postura activa y directiva (incluso indirectamente) del terapeuta.

Como aspectos principales del enfoque para la visión crítica que pretendo señalaré que desarrolla una **concepción operacional** de los problemas, en términos de interacciones y estrategias. El concepto de las soluciones intentadas articula una idea de estrategia disfuncional. Las soluciones intentadas se categorizan además conforme a los 5 denominadores comunes. Para cada denominador común se proponen intervenciones características. Esta clasificación actúa por tanto a modo de organizador de los problemas y su manejo terapéutico. El eje de este planteamiento es la acción, conceptualizada como estrategia.

Los fines desaparecen como elemento de la teoría, que abarca sólo los medios que se emplean para alcanzarlos. Hay una concepción de lo real entonces como estructura operatoria del problema en términos de las soluciones intentadas. No hay más allá de esto una concepción de valor ni verdad. Es el cliente el que indica los objetivos del tratamiento. No se tiene más allá de esto en cuenta el sentido de objetivos ni el valor de logro de los actos. No aparece una idea de función en un sentido genético ni una concepción del sujeto, su organización ni sus objetivos o metas. En suma hay una **ausencia de teoría del sujeto**.

Es por tanto una posición peculiar. No es un objetivismo que reduzca la actividad psicológica a realidades dadas, a no ser que tomemos como tales las estrategias de solución intentadas. La carencia de una teoría del sujeto sí la acerca al subjetivismo. Los problemas se configuran según dimensiones ligadas a características del hacer, describible y categorizable, de los clientes. No hay por tanto un individualismo ni irracionalismo, ya que las dimensiones del problema son genéricas y cognoscibles. Pero la inexistencia de esa teoría del sujeto, sus objetivos y características apuntan a ese **subjetivismo** señalado.

Por un lado para la psicoterapia no resulta relevante en sí mismo el significado, la narración, la historia ni el sentido de las metas o expectativas del cliente. Estos aspectos son útiles especialmente en la medida en que remitan a las pautas de actuación disfuncionales que los autores proponen cambiar.

Por otro lado esas narraciones y expectativas que configuran la especificidad del paciente son especialmente relevantes ya que son ellas y no el conocimiento del terapeuta las que determinan las soluciones que el cliente considera posibles. Estas soluciones deberán satisfacer la resolución del problema definido en términos de soluciones intentadas, y deberán tener una apariencia aceptable para las narraciones y expectativas del paciente.

La relación terapeuta-cliente no es aquí, como veíamos en los construccionismos, una de experto a experto. El terapeuta puede adoptar una postura igualitaria, y presta especial atención a captar el mundo del cliente. Pero trabaja desde una concepción operatoria de los problemas, desde un conocimiento disciplinar en el que él es el experto.

La posición de igualdad es una herramienta. En este sentido el MRI pone especial énfasis en estudiar la postura del terapeuta, cómo proceder para conservar la capacidad de maniobra, cómo persuadir, cómo mantener una relación de colaboración sorteando las resistencias del cliente. Gran parte de la obra “La Táctica del Cambio” se basa en el análisis y la propuesta de estrategias para sortear dificultades comunicacionales surgidas en consulta.

En el aspecto de la consideración de la tarea terapéutica hay por tanto un claro **pragmatismo**. El otro cuenta en cuanto obstáculo a mi tarea, que es ayudarle a alcanzar sus objetivos de un modo más eficaz. Así, lo que tienden a sistematizar es lo relativo a los procedimientos de persuasión y la conceptualización de las estrategias que crean los problemas y como sortearlas.

Por lo que respecta a la conceptualización del cliente, dado el desinterés por hacer una teoría psicológica, queda reducido a una voluntad sobre la que poco podemos decir, y es una postura igualmente pragmatista.

Recapitulando, hay una ausencia de teoría del sujeto, en lo que supone una posición subjetivista e intensamente pragmatista, tanto en la concepción del terapeuta como del cliente. El otro cuenta en cuanto obstáculo a mi tarea, que logro sortear a través de refinadas estrategias comunicativas. Lo que sí se desarrolla es una **concepción operatoria, de construcción subjetual, no subjetivista, de los problemas**, entendidos como la puesta en marcha reiterada de estrategias ineficaces, que se estudian, clasifican y para las cuales se diseñan intervenciones específicas.

#### 2.3.6. La Terapia Breve Estratégica Evolucionada de Nardone. La solución explica el problema.

*Si quieres saber cómo funciona algo, intenta cambiar su funcionamiento.*

K. Lewin

Realizaremos la exposición de Nardone conforme a sus obras “Conocer a través del cambio” (Nardone y Portelli, 2006), y “Solcare il mare all’insaputa del cielo. Lezioni sul cambiamento terapeutico e le logiche non ordinarie” (Nardone y Balbi, 2008), en las que hace una presentación y recapitulación general de su modelo.

Siguiendo las obras citadas, el propio autor denomina a su enfoque Estratégico-Constructivista. Se refiere también a él como una forma de **Terapia Breve Estratégica**

**Evolucionada.** Supone una extensión de la Terapia Estratégica Breve del MRI. Una diferencia esencial estriba en que el foco no está en buscar estrategias de solución genéricas a múltiples problemas sino en desarrollar modelos de solución para problemas concretos.

La lógica es el método para aplicar el conocimiento, resolver problemas y alcanzar objetivos. La lógica ordinaria es aquella que tradicionalmente utiliza los conceptos de verdadero/falso, tercio excluso y sigue principios de no contradicción, coherencia interna y congruencia. Origina una retórica de tipo cartesiano, donde el proceso persuasivo consiste en una demostración intelectual racional. Genera psicoterapias racionalistas y demostrativas. Es la conciencia modificada la que da vida al cambio, que se genera por un proceso persuasivo gradual que aumenta el insight.

Nardone plantea el uso de **lógica no ordinaria** aplicada al cambio psicoterapéutico. Supone el uso de una retórica pascaliana, de matriz sofista y sugestiva no racionalista. La transformación de las convicciones y la conducta se produce como efecto de estratagemas que, eludiendo los sistemas de representación del paciente, consiguen que éste construya sin darse cuenta la contradicción, acciones, percepciones y conocimientos que desencadenan el cambio. La resistencia no debe interpretarse al modo psicoanalítico sino utilizarse.

La tradición interaccional sistémica (MRI) ha estudiado la ambivalencia lógica en la comunicación, introduciendo constructos como el doble vínculo y la comunicación paradójica. Cuando sentimos que al tiempo amamos y odiamos a alguien, o cuando al tiempo deseamos y tememos una cosa, constituimos paradojas. Este es uno de los conceptos esenciales en el enfoque estratégico tradicional.

Muchos problemas psicológicos constituyen diversas formas de paradoja, contradicción, creencia y en suma autoengaño que responden a una lógica no ordinaria. Para intervenir eficazmente en esta realidad es preciso manejar esa lógica de modo que nos ajustemos a la estructura del problema y podamos transformar los autoengaños disfuncionales en funcionales.

Se utilizan tres tipos de lógica no ordinaria:

- *Lógica de la paradoja.* Es una ambivalencia expresada al unísono, cuando en una comunicación están presentes al tiempo dos mensajes contradictorios.
- *Lógica de la contradicción.* Es una ambivalencia expresada en el tiempo, como cuando afirmo una cosa y sucesivamente la niego. Es mucho más frecuente que la paradoja.
- *Lógica de la creencia.* Se refiere a cómo la creencia previa organiza la experiencia de los sentidos.

Nardone se apoya en el constructivismo radical que remite a Von Foerster, Von Glaserfeld y Watzlawick. Lo define como la idea de que no existe una única realidad, sino tantas

como observadores. No existe una realidad que pueda ser conocida de modo limpio y objetivo. En el acto de conocer, contamina aquello que conozco. Se trata entonces de identificar los caminos de conocimiento y actuación más funcionales, mejorando la eficacia y eficiencia para resolver problemas. No se trata de descubrir el porqué de las cosas, sino cómo funcionan y cómo hacerlas funcionar mejor. Esto es lo que llama conciencia operativa, concepto para el que remite a Von Glaserfeld.

Busca sistematizar esas diversas realidades percibidas, en lo tocante a las dificultades o problemas en consulta. Para ello define el **sistema perceptivo-reactivo** como aquellas modalidades recurrentes y redundantes a través de las cuales el individuo percibe y en consecuencia reacciona en relación a sí mismo, a los otros o al mundo.

A modo de ejemplo, el sistema perceptivo-reactivo de la agorafobia (Nardone, 1997, p. 74) se caracteriza por las soluciones intentadas de evitación y de petición de ayuda a personas queridas. La evitación inicial, en relación a una primera experiencia de malestar o ansiedad, conduce a una cadena de evitaciones que construyen una incapacidad de exploración y alejamiento del lugar seguro, así como una incapacidad para funcionar sin ayuda. Se asocia a sensaciones de incapacidad, soledad e impotencia.

Para conocer un problema es preciso introducir cambios en él, aprender a resolverlo. La estructura de una solución que funciona en muchos casos diferentes explica la estructura del problema. El método hipotético-deductivo se abandona por un método constructivo-deductivo, que consiste en que construyo la solución, y es la solución que funciona la que me hace construir el conocimiento del problema, y no viceversa.

Se buscan así descripciones operativas de los trastornos deducidas de la investigación empírica basada en la práctica diaria. Se diseñan entonces protocolos de tratamiento a través del ejercicio psicoterapéutico, con un método de trabajo de investigación-intervención. Esto supone un enfoque diferente a la práctica basada en la evidencia y a los tratamientos eficaces manualizados, que limitan la necesaria flexibilidad y conocimiento operativo del problema, También señalan distancias con la idea de factores comunes en psicoterapia. Defienden que con una buena técnica el terapeuta puede ser mucho más activo, y no sólo manejar factores inespecíficos del problema.

La diferencia de la Terapia Estratégica Evolucionada de Nardone respecto a la terapia estratégica más tradicional del MRI pasa por el desarrollo de **protocolos de tratamiento**.

El concepto fundamental de la escuela de Palo Alto era la interrupción del círculo vicioso de soluciones intentadas que mantienen el problema. Los integrantes del MRI excepto Watzlawick, con el que Nardone colaboró largamente, consideraban que los protocolos de tratamiento eran una violación de éste enfoque, libre de esquemas prefijados.

El planteamiento de Nardone fue tratar de transformar el modelo del MRI en uno empíricamente verificable. Para ello realizó un mapa más preciso de las soluciones intentadas

típicas, de la estructura recurrente de las diferentes patologías. Así se diseñan los protocolos de tratamiento, poniendo a punto estratagemas específicas para cada tipo de lógica que mantiene un problema.

Se desarrollan protocolos para diversos trastornos de ansiedad, alimentación, sexuales y depresivos, entre otros. Se buscan protocolos flexibles que puedan adaptarse a las respuestas de las intervenciones previas. Como en el ajedrez, los movimientos siguientes dependerán de como juegue el adversario, pero cuando conocemos su estrategia podemos anticiparnos a ella.

Respecto a la práctica psicoterapéutica, señalar como componentes:

- Asunción del lenguaje, posición y visión del paciente.
- Comunicación persuasiva.
- Imperativos para realizar conductas fuera de sesión.

Respecto a las **fases de la terapia**:

1. *Captura sugestiva*. Acuerdo de objetivos, definición del problema, identificación de la resistencia y soluciones intentadas y establecimiento de la relación terapéutica.
2. *Desbloqueo de la patología*. Uso de estrategias para detener las soluciones intentadas y modificar el sistema perceptivo-reactivo.
3. *Consolidación y reorganización* de las reglas del juego.
4. *Cierre*. Final del juego. Explicación del modo de trabajo y los cambios sucedidos, para fomentar la autonomía del paciente. Seguimientos a 3, 6 y 12 meses.

El primer objetivo terapéutico es obtener una experiencia perceptivo-emotiva correctiva, que genere la sensación de que la realidad ya no es la de antes. Este cambio de percepción es el que modifica la reacción, luego el comportamiento y luego la cognición.

Para ello se emplea una lógica no ordinaria que recurre a estratagemas y autoengaños que inducen una percepción diferente de las cosas y hacen reaccionar de un modo diferente a la realidad.

Los procedimientos psicoterapéuticos incluyen la metodología del dialogo estratégico. Este implica preguntas de ilusión de alternativas, paráfrasis, el uso de un lenguaje evocador de sensaciones, recapitulaciones y prescripciones. Se fomenta la captura sugestiva del paciente y la creación de una relación de colaboración. Esta relación se establece de modo diferencial con pacientes que pueden ser colaboradores, incapaces de colaborar, opuestos a la colaboración o incapaces tanto de colaborar como de oponerse.

#### 2.3.6.1. *Reflexiones en torno a Nardone*

Nardone presenta su modelo estratégico-constructivista como un formato de Terapia Breve Estratégica Evolucionada. En la medida en que su postura se parece al MRI, son

aplicables a su modelo los mismos elementos de juicio.

Se trata de una postura **subjetivista**, en el que en ausencia de una teoría del sujeto nada podemos decir de su realidad. organización y voluntad individual y particular, excepto aquello que él nos va contando. Su postura es también **pragmatista**, tanto en la concepción del terapeuta como del cliente, con una elaborada teoría de la persuasión.

Se desarrolla sin embargo una concepción operatoria, de **construcción subjetual, no subjetivista, de los problemas**, entendidos como la puesta en marcha reiterada de estrategias ineficaces, que se estudian, clasifican y para las cuales se diseñan intervenciones específicas.

Quiero señalar entonces las diferencias con el MRI, aquello en lo que supone una evolución. El punto clave está en el concepto de sistema perceptivo-reactivo, y en el mapeo de las soluciones intentadas que permita averiguar la estructura recurrente de las distintas patologías y diseñar protocolos de tratamiento. En esta labor, como veíamos, recibió el apoyo de Watzlawick, discrepando del resto del MRI.

Esta tarea se apoya por un lado en una fundamentación epistemológica quizá mayor que la de otros autores que hemos valorado. Por otro en una extensión y profundización en la definición de las soluciones intentadas y de las estrategias de persuasión.

La extensión y profundización de la definición de las soluciones intentadas se lleva a cabo con el estudio de lo que denomina lógica no ordinaria. Esto supone una ampliación del interés del MRI en las paradojas, y presenta estrecha relación con las estrategias de persuasión. Posibilita una descripción más compleja de los problemas y un diseño más ajustado de las soluciones, que recordemos “calzan” la estructura del problema.

La fundamentación epistemológica parte de la concepción interaccional del MRI. Ésta promueve la descripción de los eventos psicológicos en términos de secuencias de operaciones. Se rechaza una concepción del conocimiento como representación de lo real, sin caer en el primado pragmatista de la eficacia como único criterio de valor. Se busca la definición de los problemas en términos de las estrategias que suponen las soluciones intentadas.

El método para investigar esto es lo que Nardone llama conocer haciendo. La idea es la del *método constructivo-deductivo* en el que es el manejo más eficaz de los problemas el que nos da cuenta de su estructura. Esto permite un conocimiento válido, no relativista y progresivamente más adecuado. Esta salida plantea, como veíamos ya esbozada en el MRI, una concepción operatoria y constructiva de los problemas que escapa tanto a la ceguera pragmatista como a la rigidez de la representación positivista.

Resulta sin embargo difícil ver en qué medida el método constructivo-deductivo es algo diferente del *método hipotético-deductivo*. En todo caso, el proceso es el de puesta a prueba de hipótesis y reorganización del conocimiento de acuerdo con los resultados. Parecería más una variante del método hipotético-deductivo, en la que se examina con particular detalle los procedimientos prácticos de manejo de los problemas psicoterapéuticos, que un método de

investigación diferente.

El estudio de las modalidades perceptivo-reactivas de los trastornos y el consiguiente diseño de protocolos introducen un nuevo matiz. Si bien sigue esencialmente sin haber una teoría del sujeto, empieza a esbozarse. Se estudian dimensiones subjetuales en la construcción de trastornos específicos. Esto apunta, sino a una teoría general del sujeto, sí a una teoría de cómo el sujeto construye ciertos trastornos específicos. No hay por tanto una concepción genética general pero sí rudimentos en forma de **concepción operatoria subjetual de los trastornos**.

A través de su metodología Nardone genera un saber tecnológico a partir de un contexto práctico. En ese sentido, respecto a la teoría del sujeto, probablemente diría que no la necesita, pues en ese contexto se va generando la teoría precisa para solucionar los problemas, no más. Al estilo de la navaja de Occam, “todo lo que puede hacerse con poco, en vano se hace con mucho”. Podríamos responderle que está ejerciendo implícitamente mucho más conocimiento de lo que es una persona, un sujeto, y que el interés de la psicología como disciplina está en sistematizar eso.

#### *2.4. Recapitulación de los modelos valorados: ¿Dónde está el Constructivismo?*

A lo largo de las páginas previas hemos hecho un recorrido por distintos modelos de constructivismo en psicoterapia. Excede el ámbito de este trabajo comparar la eficacia terapéutica de las distintas alternativas, y la muy espinosa cuestión de si los terapeutas hacen lo que dicen que hacen. A falta de dichos datos hemos decidido quedarnos con lo que los terapeutas dicen que hacen y con cómo describen su ámbito, y establecer un cierto sentido epistemológico al respecto.

La **opción constructivista que defiende** no es una cuestión que responda a mera preferencia personal. No es una elección postmoderna, entre opciones indiferentes en términos de validez. Surge como modo razonado de dar salida a problemas que de otro modo quedan sin resolver, o se resuelven peor, a la hora de organizar nuestro conocimiento sobre lo psicológico.

Nos referimos a aquellos enunciados en los criterios de análisis. Remiten a la distinción entre naturaleza y libertad. La idea de una génesis constructiva es la que mejor da cuenta de los problemas pendientes que hemos mencionado. Se trata de la dialéctica entre positivismo como desarrollo de una concepción determinista de la naturaleza y pragmatismo como ejercicio de una libertad y voluntad incondicionada que queda fuera del esquema causal. Se trata también de la dialéctica entre el objetivismo que explica el ejercicio de la función y la actividad como derivado de realidades dadas, previas, y el subjetivismo que plantea la actividad en términos igualmente a-genéticos pero referidos a una voluntad interior, irracional e individual.

Es la posibilidad de verdades plurales, que no sean la única representación auténtica del mundo. De conocimientos que tengan valor de verdad, negando el escepticismo que proviene

del desengaño ante la imposibilidad de aquella verdad única.

Esto se realiza, entiendo, a través de un proceso en el que la realidad, la voluntad y el sujeto no son realidades primarias. Son realidades construidas a través de procesos filio y ontogenéticos. Esos procesos son los que constituyen los aspectos subjetuales y también los aspectos particulares del sujeto, que se expresan en sus modos de conocer y actuar. Entiendo que esta matriz puede facilitar la profundización de la psicología como disciplina.

La diversidad conceptual de los constructivismos en psicoterapia es muy grande. Los criterios de clasificación que se ejercen para englobarlos a todos son muy laxos, como hemos visto al referirnos a Mahoney y Neimeyer. Entonces el marco lo dan unos principios generales ligados al rechazo epistemológico del realismo que deviene en muchas ocasiones en la idea postmoderna de la existencia de una pluralidad de realidades, todas igualmente válidas. Esta postura se ve reforzada por la importancia creciente de la idea de lenguaje, significado y narración para entender lo psicológico. Y confluye con una idea general, poco especificada, del individuo como constructor activo del conocimiento.

La postura que ejerzo pretende señalar los modelos valorados como distintos tanteos, distintas estrategias respecto a esa idea crítica de construcción y sujeto que hemos mencionado.

El **Construccionismo Social de Gergen** defiende la pluralidad postmoderna de verdades y rechaza la posibilidad de conocimiento válido. Supone entonces una postura relativista e irracionalista. Se disuelve el significado y al individuo en términos de la multiplicidad de lo social y lo relacional, de un modo que hemos calificado de subjetivista, e incluso yendo más lejos, de intersubjetivista. No se apura esta opción, que nos colocaría en una posición objetivista, la del sujeto determinado por sus relaciones. Se mantiene entonces Gergen en una ambigua postura irracionalista, en la que se postula un sujeto relacional, pero se niega la posibilidad de conocerlo. Esta disolución no concluida del sujeto se polariza entonces en términos de una voluntad particular e individual, en un claro primado pragmatista de la libertad. Es por tanto el de Gergen un tanteo de disolución del conocimiento y el sujeto, que defiende no obstante el primado pragmático de la actividad en un mundo multiforme, cambiante y en suma incognoscible.

La **Terapia Centrada en Soluciones** no se pronuncia sobre la realidad, la verdad, el sujeto o los problemas, en una posición de fondo escéptica que renuncia a ejercer la racionalidad. La actividad psicológica es particular e individual, y nada podemos decir de ella salvo lo que vayamos descubriendo en cada conversación concreta, en un claro subjetivismo. Se trabaja entonces con un principio de libertad, actividad y competencia del cliente que no podemos conocer más allá del caso particular, en una posición pragmatista. Su método de trabajo se basa en organizar concienzudamente la manera de trabajo del terapeuta, a modo de elaboradas prácticas conversacionales. Aquí, en la ignorancia sobre el sujeto y el mundo, el foco disciplinar se centra en organizar la actividad del terapeuta. Diríamos que así, esa actividad del

terapeuta parece ejercerse en el vacío.

El **modelo narrativo de White y Epston** se identifica con el análisis foucaltiano de los relatos dominantes como conformadores, y de la posibilidad de libertad del agente a través de una crítica a estos relatos. Una crítica que, como veíamos, no queda claro desde qué posición se ejerce. El agente, si bien condicionado por los relatos, tiene capacidad para despegarse de ellos a través de la toma de conciencia. Es como si pudiera ejercer su posición de crítico y observador desde ninguna parte. Hay entonces un primado de la posibilidad de voluntad y libertad incondicionadas que supone un evidente pragmatismo. La realidad se conforma cada vez que se renarra una historia. Esta postura escéptica refuerza el pragmatismo ya que la verdad se parece a los diferentes efectos de cada relato para el individuo. Lo psicológico se reduce a narración personal cuyo criterio de valor es el interés individual, en una posición subjetivista.

La posición de White y Epston reduce el sujeto a narración, y conserva el sentido de agencia a través de la capacidad del individuo para criticar y manejar distintas historias, que lo conforman de distinto modo. Es como conservar la idea de agente individual, al que se le pueden ir intercambiando las narraciones, que constituyen la forma de organización del sujeto y la actividad psicológica. Las cuales no podemos teorizar, sino sólo podemos conocer por sus efectos individuales. Supone un pragmatismo narrativista.

La **Psicoterapia Cognitiva Narrativa de Gonçalves** reduce también la actividad psicológica a narración. Son las narraciones las que permiten responder a la necesidad psicológica de dar orden, sentido y coherencia a la experiencia, en una realidad múltiple. Pero Gonçalves desarrolla esto de un modo diferente al narrativismo postmoderno, estableciendo categorías no pragmatistas de inteligibilidad de las historias. Las Matrices Narrativas presentan invariantes que conforman narrativas prototipo de los distintos trastornos. La narración constituye la actividad del sujeto, pero aquí presenta características y rasgos genéricos que pueden estudiarse, conocerse y modificarse. Aquí el agente no parece tanto una entidad “libre”, que puede criticar y generar narraciones alternativas, al modo de White y Epston. Los procedimientos de Gonçalves responden más bien a la dinámica de ampliar, profundizar y enriquecer las historias, trabajando sobre sus invariantes. Pero aquí, diríamos, la narración se come al sujeto, eliminando cualquier otra dimensión constructiva y operatoria. Esta postura supone un objetivismo narrativista.

El “Alternativismo Constructivo” de la **Teoría de los Constructos Personales de Kelly** defiende la actividad psicológica como un sistema organizado de constructos bipolares, individual y particular pero cognoscible. Hay verdades definibles en cada sistema, pero son categorías puramente personales. Es por tanto un subjetivismo. Sí hay un principio operatorio a través de las comprobaciones de la veracidad de las predicciones de los constructos, y una idea de génesis constructiva de la libertad y la actividad a través de las limitaciones y posibilidades del sistema de constructos, y de su desarrollo, lo cual lo aleja tanto del positivismo como del

pragmatismo. Pero el subjetivismo de este modelo permite sólo la descripción y manejo de la imagen individual del mundo que cada uno compone. No permite la elaboración de dimensiones subjetuales ni de la consiguiente teoría del sujeto.

En la **Psicoterapia Constructiva de Mahoney** se sugiere la idea de una organización del sujeto, con procesos de ordenamiento nucleares que no se concretan lo suficiente, y de unos procesos de cambio. Entre las tareas del terapeuta destaca la de facilitar un encuentro personal y respetar los ritmos del otro. El énfasis en una idea general de actividad, significado, y procesos personales cambio tiende a establecer un “talante” pero a desdibujar su planteamiento. Queda como idea del encuentro psicoterapéutico y la psicoterapia como autoconocimiento en la línea de un genérico “humanismo”. Neimeyer desarrolla, como hemos visto, la posición de Mahoney del constructivismo como postura genérica y laxa. Guidano, por su parte, ejerce la estrategia de articular y profundizar, en un sentido constructivista, en esa idea de sujeto que Mahoney no concreta.

Respecto a **Neimeyer** hemos señalado ya que defiende el constructivismo como opción postmoderna. Es así un paraguas en el que se cobijan todo tipo de alternativas que aludan a alguna idea de construcción. Caben lo que hemos llamado versiones débiles, subjetivistas, de la construcción que defienden que cada persona tiene su punto de vista propio y particular, en la línea de los construccionismos, las narrativas y la importancia del diálogo y el lenguaje como creador de realidades. Caben también versiones fuertes del constructivismo, que buscan establecer las condiciones y posibilidades de la construcción y organización del sujeto y mantienen el yo como agente. Para Neimeyer estas opciones son las de Kelly, Mahoney y Guidano. Los criterios de análisis ejercidos han mostrado las particularidades de cada autor, y en especial colocan a Kelly fuera de la versión fuerte de la construcción por subjetivista. Hemos señalado que Neimeyer defiende una consideración postmoderna del constructivismo. Esto supone un rechazo a la idea positivista de conocimiento como representación. Pero no hay un criterio alternativo distinto del relativismo. Esto supone abarcar dentro del constructivismo de Neimeyer todo el abanico de contradicciones de la dialéctica entre positivismo y pragmatismo, sin vías para su resolución.

**Guidano** defiende el conocimiento como construido, en un sentido fuerte, no meramente individual ni incognoscible. No subjetivista, por tanto. Describe entonces los modos de conocer, que son las diferentes organizaciones del significado personal. Estas organizaciones tienen una dinámica de génesis y cambio. Cambian a través de las interacciones con otros que cristalizan en procesos de apego, y a través de la autoconciencia que transforma y reorganiza el yo que ejercemos en el mí que conocemos. Hay por tanto una teoría genética del sujeto. La organización, desarrollo y dinámica de este sujeto oscurece sin embargo las dimensiones del contexto y los problemas concretos. El proceso terapéutico es, como no podía ser de otro modo, aquel del sujeto autoobservándose para alambicarse y refinarse. Aquí la teoría del sujeto recoge

la dimensión de organización subjetual del significado y las categorías. No es objetivista ni subjetivista, positivista ni pragmatista, es una opción centrada respecto a la idea de sujeto. El resultado final tiende a ser, sin embargo, un tanto autorreferente, eliminando las dimensiones de logro, de metas y fines y de éxito o fracaso que implica una concepción operatoria.

La **Terapia Breve Estratégica del MRI** presenta una carencia de teoría del sujeto y sus fines y objetivos, y está interesada sólo en estudiar y sistematizar modos de producir cambios. Es entonces un planteamiento subjetivista y pragmático. Pone sin embargo énfasis en la concepción interaccional de los actos, y en el estudio de las soluciones intentadas como estrategias. Esto hace que desarrolle una teoría constructiva y operatoria de los problemas. Los problemas son definidos a través de la categorización de las soluciones intentadas, para las que se sistematizan estrategias de intervención. Así se introducen dimensiones subjetuales, en tanto que referidas a estrategias genéricas. No hay por tanto una teoría genética, longitudinal, del sujeto, pero sí una teoría constructiva y operatoria de los problemas.

**Nardone** se refiere a su modelo de terapia estratégico–constructivista como un formato de Terapia Breve Estratégica Evolucionada. Hay entonces también una carencia de teoría del sujeto, con el subjetivismo que implica, y un interés pragmatista en el cambio que desarrolla a través de sus planteamientos sobre la persuasión.

Amplía la definición de las soluciones intentadas en términos de la lógica no ordinaria. El punto clave en la evolución respecto al MRI es cómo esto le permite el estudio de las modalidades perceptivo-reactivas de los trastornos y el consiguiente diseño de protocolos específicos para patologías concretas.

Entonces, si bien sigue esencialmente sin haber una teoría genética y constructiva del sujeto, ésta empieza a esbozarse. Eso sucede mediante la definición dimensiones subjetuales, operatorias genéricas, en la construcción de trastornos específicos.

Vista en su globalidad la variedad de autores revisados, cabe señalar una coincidencia llamativa. Los modelos que pretenden una concepción más organizada y explícita, más dura y teórica de los sujetos, narraciones o problemas son los de Guidano, Gonçalves y Nardone. Son todos ellos autores europeos continentales.

Gergen, la Terapia Centrada en Soluciones, White y Epston, Kelly, Neimeyer y el MRI, son autores o enfoques que tienden, grosso modo, a un mayor subjetivismo y pragmatismo, y han sido desarrollados en el ámbito anglosajón. Mahoney, que estando en el ámbito anglosajón parece pretender algo más similar a una concepción dura del sujeto, no llega sin embargo a concretarlo en las obras consultadas. Hay por tanto en los autores del ámbito anglosajón estudiados una mayor tendencia al pragmatismo e individualismo.

#### *2.4.1. Cuadro de la ubicación relativa (y tentativa) de los Enfoques Psicoterapéuticos en la dimensión Subjetivismo-Objetivismo.*

Se presenta a continuación un cuadro en el que se ubican, de modo tentativo, los enfoques psicoterapéuticos valorados dentro del continuo de la dimensión Subjetivismo-Objetivismo. Es una propuesta de ubicación espacial de los modelos a fin de concretar y completar de un modo escueto y sencillo los análisis realizados previamente.

Respecto a las dimensiones de clasificación Subjetivismo-Objetivismo se da de ellas una descripción somera. Han sido descritas con más detalle en el apartado 1.1.3., Categorías de Análisis.

**La elección de la dimensión subjetivismo-objetivismo responde a que es una categorización que permite situar la presencia de una idea de sujeto constructiva, operatoria y genética, y ubicar todos los enfoques respecto a esa referencia.** Se ha indicado en las categorías de análisis que la dimensión pragmatismo-positivismo, que he utilizado ampliamente, cabe ubicarla dentro de la distinción subjetivismo-pragmatismo como un caso particular. He escogido entonces la categoría más general.

Respecto a las notas con las que se describe cada enfoque, son una explicación del porqué de su ubicación en ese lugar y no en otro. Son extremadamente escuetas, y provienen de la reflexión que se ha realizado con anterioridad después de exponer cada modelo.

Respecto a la ubicación de cada modelo en el continuo de la dimensión Subjetivismo-Objetivismo, señalar que **es una ubicación relativa y ordinal, no absoluta. No podemos definir a cuanta distancia absoluta está cada enfoque de cada uno de los polos de la dimensión. El punto medio de la dimensión está desplazado hacia abajo para permitir la clasificación ordinal de los enfoques.** Este punto medio remite a la idea de sujeto. Entonces, poniendo como ejemplo la ubicación de la Terapia Narrativa de White y Epston por debajo de la Terapia Centrada en Soluciones y por encima de Kelly, ésta propone que White y Epston están más cercanos al subjetivismo y más alejados de la idea de sujeto que Kelly, pero menos cercanos al subjetivismo y menos alejados de la idea de sujeto que la Terapia Centrada en Soluciones. Los enfoques más centrados son los de Nardone y Guidano.

**Mahoney** está ubicado entre interrogantes. Esto es debido a que en la obra consultada su modelo está expuesto de un modo demasiado impreciso. Su situación en el cuadro responde entonces a lo que parece apuntar en su exposición, más que a lo que efectivamente concreta.

Se excluye de los cuadros a **Neimeyer**. El motivo es que la obra analizada, “Constructivist Psychotherapy”, expone una caracterización de lo que es el constructivismo en psicoterapia, pero no explica el enfoque particular de este autor. Por eso no es posible situarlo en el cuadro.

*Cuadro de ubicación en la dimensión Subjetivismo-Objetivismo*

**SUBJETIVISMO**

**Individuo sin génesis. La voluntad es interior, irracional, individual.**

**CONSTRUCCIONISMO SOCIAL DE GERGEN**  
Teoriza la disolución del agente en las relaciones en las que participa.  
El agente es individual y particular. La negociación crea lo real.  
Subjetivismo y Pragmatismo.

**TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES**  
Agente con cualidades generales de actividad y competencia, pero individual y particular, con quejas y soluciones específicas. Para encontrar la solución no es preciso conocer el problema.  
Subjetivismo y Pragmatismo

**TERAPIA NARRATIVA DE WHITE Y EPSTON**  
Agente individual conformado por sus narraciones. Se hace "libre" mediante la crítica al relato dominante. Mejor narración la que recoge mejor su experiencia personal.  
Efectos individuales y particulares de cada narración. Subjetivismo y pragmatismo narrativista.

**TERAPIA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES DE KELLY**  
Subjetivismo. Cada sistema de constructos es individual, particular y no generalizable a otro sujeto.  
Sí hay génesis constructiva de la libertad y actividad, que lo aleja del pragmatismo y del positivismo.

**TERAPIA ESTRATEGICA DEL MRI**  
Subjetivismo, no teoría del sujeto ni sus fines. Énfasis pragmático en la persuasión.  
Construcción operatoria subjetual de los problemas a través de la categorización de las soluciones intentadas para cada problema particular.

**TERAPIA ESTRATEGICA EVOLUCIONADA DE NARDONE**  
Respecto al MRI profundiza la categorización de las soluciones intentadas.  
El sistema perceptivo-reactivo como dimensiones subjetuales, genéricas, no subjetivistas de cada patología específica que esboza teoría del sujeto.

**PUNTO MEDIO DE LA  
DIMENSIÓN  
SUBJETIVISMO-OBJETIVISMO**

**¿ PSICOLOGIA CONSTRUCTIVA DE MAHONEY?**  
Sujeto activo y con modos de organización subjetuales genéricos, pero no especificados, que condicionan su ritmo de desarrollo y evolución. Atención a problemas concretos, a patrones y a procesos. Terapia como autoconocimiento.

**TERAPIA COGNITIVA POSTRACIONALISTA DE GUIDANO**  
Teoría del Sujeto. Tipología de la génesis y dinámica de los modos subjetuales de organización del significado personal, que establecen los cursos de desarrollo. El sujeto en desarrollo reduce la importancia del contexto, metas, fines y logro. Cambio por autoobservación y toma de conciencia personal. No objetivismo ni subjetivismo.

**PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA DE GONÇALVES**  
Psicopatología constituida en los rasgos de la Matriz Narrativa. Las invariantes de la Narración asumen la operatoriedad, absorben al agente. Cambio por enriquecimiento y coherencia de los relatos. Tendencia al objetivismo narrativista.

**OBJETIVISMO**

**La actividad psicológica se deriva de realidades dadas (genes, cerebro, ambiente, lenguaje...)**

## 2.5. *Construccionismo y Constructivismo. Ser o no ser...Sujeto.*

He realizado hasta aquí un recorrido por diferentes autores construccionistas y constructivistas, y en el apartado anterior he recapitulado sus posturas. Tras este recorrido pretendo ahora dar una caracterización general de los constructivismos y construccionismos encontrados. A continuación introduciré unas notas críticas desde la posición constructivista que defiendo, a partir de la concepción del lenguaje y la idea de agente y construcción.

### 2.5.1. *Recapitulación de las posturas generales de constructivismos y construccionismos.*

#### **Constructivismos**

Feixas (2003) denomina psicoterapias cognitivas constructivistas a modelos como el de los Constructos Personales de Kelly, la Terapia Postracionalista de Guidano, el enfoque de los procesos de cambio de Mahoney y la Terapia Cognitivo Narrativa de Gonçalves. Estos formatos se centran, de distintas maneras, en la descripción de un sujeto activo, autoorganizado, que genera significados personales y funciona según patrones organizados y jerarquizados.

Ésa es la materia sobre la que se basa la psicoterapia, ese es su objeto de conocimiento. Al centrarse más en el yo y su organización tienden a centrarse en procesos y pautas generales más que en síntomas y problemas concretos.

De este modo este tipo de constructivismos, al hacer énfasis en las características individuales del sujeto que construye, recoge con frecuencia la tradición de los formatos más tradicionales de terapia basada en el insight y la autocomprensión.

A diferencia de los formatos cognitivos clásicos como Beck o Ellis no se trataría aquí de corregir errores o distorsiones, sino de un proceso de conocer construyendo patrones progresivamente más coherentes. El terapeuta es experto en el proceso terapéutico y el paciente es experto en su mundo. El cambio requiere un equilibrio para conservar el sentido de la identidad, y es un proceso en el que el cliente va reconstruyéndose a sí mismo, lo cual exige flexibilidad y hace difícil establece programas pautados. Conocer es además dar significado a la experiencia, y se entiende que toda forma de sensación, emoción o pensamiento forma parte de ese proceso de conocer.

Su punto fuerte apunta al desarrollo de una teoría del sujeto. Se conceptualiza al sujeto como activo y se enfatiza el desarrollo de mapas de éste y la búsqueda de qué debería hacer la persona para mejorar.

*Los modelos estratégicos constructivistas* no son mencionados por los autores de la anterior corriente constructivista. Me refiero aquí con estos modelos al MRI y Nardone. Watzlawick ha participado y colaborado en la elaboración de ambos modelos. La forma de proceder de estos enfoques está influenciada por los métodos de Milton H. Erickson y centrada

en el estudio del cambio. En este sentido resultan enfoques que, aunque se conceptualizan en buena medida desde el constructivismo, presentan marcadas diferencias con los anteriores. No hay una teoría del sujeto, y en relación con esto no se valora especialmente el autoconocimiento ni los procesos personales de cambio. Se potencia el uso del concepto de solución intentada para definir los problemas, y la sistematización de estrategias persuasivas para facilitar que el cliente emprenda las acciones que le llevarán a solucionar el problema. Si en los anteriores modelos el peso de la terapia residía en el proceso de cambio del cliente, aquí reside en las habilidades y capacidad de influencia del psicoterapeuta.

Su punto fuerte consiste en el desarrollo de una teoría constructiva y operatoria de los problemas. Se enfatiza qué debería hacer el terapeuta para que el sujeto mejore, bajo dicha concepción de los problemas.

### **Construccionismos**

De acuerdo con Díaz Olguín (2007) a lo largo de los 80, el grueso de las escuelas de terapia familiar, hasta entonces constructivistas, se reetiquetan como construccionistas sociales, quizá por afinidad epistemológica y metodológica o por rechazo al emergente constructivismo neocognitivo vía modelos estructuralistas de trabajo psicoterapéutico individual. Las narrativas construccionistas se asocian más a formatos familiares y grupales, promoviendo la acción, mientras las constructivistas se asocian más a formatos individuales promoviendo el conocimiento sobre las propias reglas de funcionamiento, el insight y la autocomprensión.

En este sentido puede suponerse que el trabajo con familias, en el que cada miembro tiene una visión y una narración del problema, predispone quizá a modos de práctica en los que se negocia y se compara las narraciones unas con otras, a fin de elaborar las que abran caminos para el cambio.

En todo caso el construccionismo defiende que los tipos de conocimiento son versiones consensuadas de la realidad y el significado es generado y actualizado en la interacción social interpersonal. El conocimiento es resultado de la negociación a través de la interacción, en la que el lenguaje ocupa un papel central. Pero el lenguaje, en sí mismo, es también un acuerdo fruto de la negociación. Hay un concepto pragmático de la constitución de lo real, y la verdad se valora según criterios de utilidad personal (De Koster et al 2004).

Característicamente los modelos construccionistas, que en ocasiones se denominan a sí mismos constructivistas, describen la psicoterapia como un proceso de co-construcción interaccional a través del lenguaje de nuevos significados, narraciones o realidades.

Ante la carencia de una teoría del sujeto, se pone el foco en el método del terapeuta. Se busca el modo en el que el terapeuta puede desarrollar interacciones más efectivas, modos de trabajo que encaucen la actividad del individuo, que se presupone sin poder generalizar nada sobre él.

### 2.5.2. Aspectos críticos de la distinción entre construccionismos y constructivismos.

Vamos a señalar dos aspectos críticos para diferenciar constructivismos y construccionismos. Se trata de la idea de lenguaje, por un lado, y la idea de agente y construcción, por otro. De este modo quizá planteamientos que se proponen a sí mismos como constructivistas, en formatos subjetivistas, quedarían caracterizados con una clara deriva hacia el construccionismo.

#### 2.5.2.1. El lenguaje como creador de realidades o como operación sobre operaciones.

El papel del lenguaje es otro punto de diferencia entre construccionismo social y constructivismo al modo en el que lo entiendo. Esta cuestión requeriría un tratamiento extenso en el que no voy a entrar. Quiero sin embargo señalar mi postura.

El **Construccionismo Social** de Gergen, tal y como ha sido expuesto, hace algunas apreciaciones respecto al lenguaje:

- El lenguaje no es representación ni reflejo de la realidad.
- Sentido pragmático. Por un lado lenguaje e historias adquieren valor por sus efectos pragmáticos, por sus consecuencias en cada situación, en cada relación, en cada contexto. Por otro lado la significación de cualquier enunciado es una realización temporal nacida de un momento de colaboración. El sentido proviene del acuerdo y consenso en cada interacción concreta.
- Esto lleva a la idea del lenguaje como fundador de múltiples realidades que sólo tienen sentido en su marco cultural, y por extensión al ámbito de la psicoterapia, en el marco personal de cada cliente.

Esta posición puede, por un lado, conducir al estudio del uso efectivo del lenguaje, como ha sido expuesto al valorar la Terapia Centrada en Soluciones al referirme al artículo de Mc Gee, Del Vento y Beavin Bavelas (2004), que definen su postura como un construccionismo no radical.

Sin embargo en el construccionismo social esta postura se da en ausencia de una teoría del sujeto. Entonces la idea del lenguaje como fundador de realidades puede llevar a la reducción de la acción a lenguaje, y casi diríamos a la **reducción de la actividad psicológica a lenguaje**. Esta idea se dibuja en ocasiones en los planteamientos de las terapias narrativas y de la terapia definida como elaboración de significados a través de la conversación, o co-creación conversacional de realidades.

Es una idea que subyace a muchos planteamientos que se denominan a sí mismos constructivistas, y serían quizá más propiamente construccionistas, en el sentido de que la realidad es construida a través del lenguaje y la conversación.

La referencia al sujeto, de uno u otro modo, permitiría entender las condiciones, límites y posibilidades de la acción lingüística. Sin esa referencia al sujeto que genera conocimiento a través de su acción, de sus operaciones materiales, la idea del lenguaje como creador de lo real supone una opción pragmatista como primado de la voluntad libre. Esta opción pragmatista centrada en el discurso puede leerse como un rechazo a las razones positivistas que alimentaron el ciclo de los conductismos y la psicología cognitiva.

Queremos apuntar unas notas como contraste desde una postura constructivista, siguiendo el artículo de Sánchez (2009b) “Los límites del constructivismo”. Señalar que **la raíz del significado es prelingüística**, y que los objetos del mundo adquieren significado por la relación que el organismo mantiene con ellos. Esta relación no cabe enteramente en los límites del lenguaje, aunque esté mediada por él. El organismo supone un sistema de funciones ya desde el nacimiento, cuando aún no maneja el lenguaje. **El lenguaje es un sistema de operaciones sobre esas operaciones previas**. Puede mediarlas, transformarlas, potenciarlas. Pero aunque las transforme, no elimina ni puede reducir sólo a lenguaje las acciones ni todas las dimensiones de atención, memoria y organización psicológica que ejercemos al actuar.

No se pretende con esto disminuir la importancia radical que el lenguaje tiene. Si hubiera que escoger un tema de los que se han quedado fuera de este trabajo, sería probablemente la idea del lenguaje como creador de realidades, que cabe retrotraer al menos hasta Wittgenstein, su linaje y el modo en que esto se operativiza en terapia. Es de rigor el estudio de una de nuestras herramientas psicoterapéuticas más potentes.

Pero sí quiero indicar lo inapropiada que resulta la reducción lo psicológico a lenguaje, en lo que supone una forma peculiar de tomar la parte por el todo.

#### *2.5.2.2. La idea de agente. La versión fuerte y débil de la idea de construcción*

Para la constitución y desarrollo de la psicología y la psicoterapia como disciplina es pertinente plantear cómo definimos y en qué grado es cognoscible el agente que realiza la actividad psicológica. Esto está en relación con la idea de construcción, fuerte o débil, que manejan los distintos modelos.

Hay una línea divisoria de fondo en la idea general de sujeto, moderno, que en los constructivismos está basado en una versión fuerte de la idea de construcción, y su disolución postmoderna en los construccionismos que utilizan una versión débil de la idea de construcción.

El análisis de los enfoques que hemos realizado permite establecer dos categorías generales en cuanto la idea de agente y construcción:

- 1. El agente como individual y particular.** Se basa en la versión débil de la idea de construcción, que consiste en que es cada persona la que elabora y tiene su punto de vista particular y personal, y en relación a él sus modos de actuar.

Son posturas subjetivistas, en las que los agentes no tienen dimensiones que puedan generalizarse a otros. Es la opción de Kelly, por un lado, y por otro de los construccionismos, de Gergen, de la Terapia Centrada en Soluciones y de las opciones narrativas en la línea de White y Epston. Dependiendo de cómo se conceptualice, el individuo resulta más o menos estable y cognoscible. Pero dada su particularidad, para cada nuevo agente en la entrevista tenemos que comenzar a conocerlo desde cero.

Muchos autodenominados constructivismos, que buscan la exploración de las dimensiones de la experiencia personal sin establecer claramente dimensiones generales de la organización de los sujetos, estarían situados en esta opción.

**2. El agente organizado según dimensiones genéricas, subjetuales.** Se basa en la versión fuerte de la idea de construcción, de raíz kantiana y darwiniana, que busca establecer la organización y génesis operatoria de nuestros modos de conocer. Se buscan las condiciones subjetuales, genéricas, de la acción, por oposición al individualismo y particularismo que a veces se expresa en la palabra subjetivo. No implica la ausencia de aspectos personales y particulares en el individuo, sino que implica que estos aspectos se dan en el contexto de unos modos subjetuales de operar.

De los enfoques valorados encontramos aquí a Guidano, y presumimos que también a Mahoney.

El MRI y Nardone, definen dimensiones genéricas, que hemos denominado subjetuales, en la construcción de los problemas, aunque carecen de una teoría del sujeto, que en Nardone se sugiere. Por ello están más cercanos a esta opción.

Gonçalves presenta características por lo demás poco constructivistas, en el sentido de que la construcción se da en el relato, y más tendentes al objetivismo, por cuanto el sujeto es determinado por los relatos. Su énfasis en racionalizar las invariantes de los relatos lo sitúa en todo caso más cerca de esta opción que de la anterior, si bien diríamos que el relato se ha comido al agente, y su modelo es más cognitivista y objetivista que constructivista en ese aspecto.

Desde un punto de vista constructivista lo que conocemos son las cualidades de la interacción que surgen en los límites que encontramos en nuestras acciones. La organización de estas cualidades y límites, sea consciente o ejercida a través de la acción, es lo que constituye los objetos.

Una tendencia en los **constructivismos**, en un sentido general, es la de delimitar las características y categorías del sujeto conocedor para explicar la acción. Así hace Guidano, y eso sugiere Mahoney o, de un modo más subjetivista, Kelly. Esto puede llevar, en el límite, a poner el peso del conocimiento en definir la organización del sujeto, eliminando su contexto,

medios, fines y sentido del logro de sus actos.

Por el contrario las versiones más **construccionistas**, asumiendo que sólo conocemos la interacción, se quedan en ella, desarrollando métodos para refinarla, y sin llevar más allá de ésta sus planteamientos. Hay entonces una línea divisoria de fondo entre constructivismos, con una idea de sujeto, y su disolución postmoderna en los construccionismos.

Una vez rechazada la noción de verdad, y sin una teoría alternativa del sujeto, lo que cabe es el relativismo y la seducción. El construccionismo nos propone establecer una relación entre individuos sin que tengamos ninguna idea de qué es un individuo. Este individuo se convierte en un gestor de sus intereses, en un ejercitador de estrategias, en un elaborador de significados lingüísticos o en un generador de negociación y acuerdos, pero del que nada más podemos decir a priori.

El terapeuta reconoce esa especificidad en la que el cliente es el único experto posible en sí mismo. Se acerca entonces a él través del diálogo para conocer su forma individual e irrepetible de ver las cosas.

La conversación terapéutica con individuos irrepetibles está condenada a comenzar cada día desde cero. Los modos de trabajo en psicoterapia, entonces, se ejercen a través de tanteos irrepetibles, sólo válidos para un cliente concreto ya que no pueden apoyarse en un conocimiento organizado del sujeto. Pero tanteos organizados conforme a un método de entrevista para producir resultados pragmáticos.

En la línea que señala Fernández Liria (2000) para los modelos narrativos no cabe tanto hacer interpretaciones al texto, cuanto comentarios. Es razonable suponer sin embargo que el terapeuta que realiza esta psicoterapia ejerce necesariamente más conocimiento sobre el sujeto del que explicita.

El **constructivismo postmoderno** que Mahoney y Neimeyer postulan incluye bajo su paraguas a ambas versiones de la construcción, la fuerte y la débil. La pretensión de ser una metateoría abarcadora, a partir de principios como el de actividad y significado, hace que se desdibuje. En su interior cabe ya cualquier enfoque, con tal de que emplee la palabra clave: “construir” .

El **constructivismo, al modo en que lo propongo**, busca algo diferente. Se trata de caracterizar al sujeto como constructor de verdades y valor, no sólo de interpretaciones y negociaciones. Las verdades no son representación sino consistencia operatoria, es decir, consecución de logros a través de operaciones organizadas, organizaciones de sentido y acción que buscan consistencia. Cabe pedirle a la psicoterapia el desarrollo de métodos y estrategias que maximicen la acción del terapeuta, al estilo construccionista. Pero cabe pedirle también la búsqueda de un conocimiento de los modos de éxito y error, de función y disfunción típicos.

No se trata de saber para informar al cliente de cómo debe actuar, pues eso supone generalmente una estrategia burda y poco útil. Pero sí de buscar un conocimiento desde el que

sea más fácil entender y actuar para ejercer influencia en las estrategias del cliente, sus puntos fuertes y débiles y sus alternativas. Un conocimiento que busque tanto conocer la capacidad operatoria y estrategias del cliente, como refinar las del terapeuta para influir en aquel.

**De los modelos reseñados**, cabe establecer dos enfoques en los que se está ejerciendo, con más claridad, una opción constructivista. Las dimensiones generales de génesis de un sujeto con categorías genéricas, subjetuales, de hacer y conocer, se ve con más claridad en Guidano. Ya hemos señalado, sin embargo, cómo ese sujeto se distancia del contexto y los problemas concretos.

Respecto a una concepción operatoria y constructiva de los problemas, descritos en base a estrategias subjetuales que el individuo pone en marcha, ésta se desarrolla con más claridad en el modelo de Nardone. De éste hemos señalado, sin embargo, cómo aunque insinúa carece de una teoría del sujeto.

Hemos visto, hasta aquí, distintos modelos de psicoterapia constructivista. Hemos valorado en qué medida y en qué aspectos podemos referirnos a estos enfoques como constructivistas a través de la aplicación de los criterios definidos inicialmente. Voy a presentar a continuación unas conclusiones a este apartado segundo, Constructivismos en Psicoterapia.

## *2.6. Conclusiones de la Parte Segunda, Constructivismos en Psicoterapia.*

Quiero explicitar algunas conclusiones fruto del análisis realizado:

**1. Los construccionismos en psicoterapia** valorados (Gergen, la Terapia Centrada en Soluciones, las narrativas de White y Epston) son opciones postmodernas, subjetivistas y pragmatistas. La persona es individual y particular, el conocimiento sobre cada uno no es generalizable. Lo útil y verdadero se mide únicamente según criterio personal. Tienen a disolver la idea de agente apoyándose en nociones como la del lenguaje como creador, la narración como configuradora y el acuerdo como constitutivo de la realidad. Se centran en desarrollar la metodología de conversación del terapeuta, sin una teoría del sujeto que la sustente.

**2. El constructivismo en psicoterapia al estilo de Mahoney y Neimeyer** es una opción postmoderna, que se define frente a la idea del mundo como independiente y la verdad como representación. Se organiza a través de la noción laxa de construcción y la idea del individuo como activo. Entonces caben versiones débiles de la idea de construcción, subjetivistas y pragmatistas, al estilo de los construccionismos, o en un modo más genético y

constructivo, pero también subjetivista, de Kelly. Pero cabe además todo el resto del abanico de opciones hasta las versiones fuertes de la construcción, que desarrollan una teoría del sujeto a través de dimensiones subjetuales, genéricas, de la construcción, al estilo del modelo de Guidano o la propuesta sin concretar de Mahoney.

**3. La tradición de Watzlawick y la terapia estratégica del MRI-Nardone** se reivindica, en diversa medida, como constructivista. Lo hace en ausencia de una teoría del sujeto, pero enfatizando las dimensiones operacionales de creación y solución de los problemas y conceptualizando la relación terapéutica como un proceso de influencia y persuasión por parte del terapeuta. Tiene así un sentido pragmatista y subjetivista, aunque podemos ver también un esbozo de condiciones subjetuales, genéricas en su modelo. Respecto a la relación de estos enfoques con el constructivismo de Mahoney y Neimeyer, la ausencia de citas cruzadas en el material revisado sugiere que se ignoran mutuamente.

**4. Hay opciones constructivistas en psicoterapia**, en la versión fuerte de la idea de construcción. Se trata especialmente del modelo de Guidano, que plantea una teoría del sujeto a través de su génesis constructiva. Se trata también del modelo de Nardone, en cuanto establece dimensiones subjetuales en la creación y resolución de los problemas psicológicos especificando su construcción operatoria.

**5. Los modelos valorados utilizan mayoritariamente una versión débil de la idea de construcción**, que considera que cada persona construye su punto de vista particular e individual, sin alusión a dimensiones genéricas, subjetuales de esa construcción. Esta visión es coherente con el postmodernismo y la idea de pluralidad acrítica de los conocimientos y verdades. Hay en general ausencia de una teoría del sujeto y de una versión fuerte de la construcción. El constructivismo de muchas psicoterapias constructivistas tiende así a ser un subjetivismo que utiliza una idea laxa de construcción para distanciarse del realismo y enfatizar la idea de actividad y peculiaridad personal de los individuos.

En el siguiente apartado no comenzaremos por modelos concretos para ver qué de constructivista hay en ellos. Antes al contrario haremos el viaje inverso. La intención es, desde la posición que mantengo, ver qué consideraciones pueden hacerse sobre la psicoterapia. Estas consideraciones serán necesariamente generales, pues no se pretende el desarrollo de un modelo psicoterapéutico concreto. Sí se pretende explorar las condiciones en las que la psicoterapia tiene sentido desde un punto de vista constructivista.

## PARTE TERCERA: PSICOTERAPIA EN CLAVE CONSTRUCTIVISTA

### 3.1. *Psicoterapia en Clave Constructivista. Del conocimiento a la incitación.*

Pretendo aquí realizar una serie de consideraciones sobre la psicoterapia, entendida en clave constructivista. El referente es la idea constructivista de sujeto y psicología que se ha esbozado en el apartado anterior, y sus implicaciones.

He planteado algunas de las **cuestiones que implica para la psicología el constructivismo**. Una idea central es la de la lógica de construcción. Tiene que ver con las condiciones filogenéticas y ontogenéticas en las que entender la génesis de las categorías del sujeto kantiano después del evolucionismo de Darwin.

Entre ellas está la idea de construcción genética de los modos organizados de conocimiento y acción del sujeto. De los autores valorados se ejemplifica mejor en Guidano.

También está la idea de una construcción operatoria de los problemas, que entre los autores valorados se ve con más claridad en Nardone.

Por otro lado está la elaboración sociohistórica de valores, verdades y prejuicios. Esta elaboración está creando el contexto en el que el sujeto crea espacios de vida y convivencia familiar, grupal, profesional y sociopolítica. Estas cuestiones, que en psicología remiten con más claridad a Vigotski, son en parte retomadas por los formatos más cercanos al constructivismo social, si bien con las características de relativismo y subjetivismo que he señalado. Estas características responden en parte a la concepción del lenguaje como creador de realidad, que he criticado, y no como mediador, como instrumento que se ejerce sobre un sistema de funciones reales, materiales, no puramente lingüísticas.

Respecto al sujeto, señalar que de acuerdo con la propuesta constructivista desarrollada y aplicada previamente, el sujeto cobra sentido concebido de modo constructivo y genético, donde la voluntad, realidad y verdades no son primarias sino elaboradas en el proceso. Estas son las condiciones del desarrollo de una teoría del sujeto a la que nos referimos. Son una propuesta de salida a las contradicciones del par naturaleza/libertad, y de las dialécticas positivismo/pragmatismo y objetivismo/subjetivismo.

Es el patrón de funcionamiento del cliente y su modo de operar el que determina las direcciones y los grados de libertad posibles con los que el terapeuta debe trabajar y ese sujeto es el objeto que precisamos conocer para realizar la tarea psicoterapéutica. Cabe pedirle a la psicología un conocimiento de la estructura y organización psicológica de los medios y fines del sujeto que nos permita elaborar un conocimiento disciplinar.

Sin embargo mi intención es referirme no a la psicología, sino a la psicoterapia como ámbito específico de ejercicio. La psicoterapia no es el conocimiento del sujeto, como podría reclamar la psicología. La **psicoterapia es un encuentro entre sujetos** que pretende aliviar el

sufrimiento de al menos uno de ellos.

Es aquí pertinente la distinción que Gómez Fontanil y Coto Ezama (1990) establecen entre *acción instrumental*, que sería una manipulación directa sobre objetos, y *acción comunicativa*. La acción comunicativa implica dos agentes, uno de los cuales es “paciente” respecto al otro agente. Es una manipulación en dos tiempos en la que el primer agente provoca que el destinatario de la comunicación realice un cambio sobre los objetos que sí que es una manipulación directa. El segundo agente sería una suerte de instrumento del primero. Un ejemplo sería cuando le pedimos a otra persona que prepare un té, lo cual hace que ésta emprenda toda una serie de acciones instrumentales sobre los objetos a partir de nuestra acción comunicativa.

La psicoterapia como encuentro entre sujetos precisa entonces operacionalizar dos tipos de conocimientos. El primero *remite a una teoría del sujeto*, y consiste en saber qué hace éste que le genera los problemas y qué puede hacer para salir de ellos. El segundo *remite a una teoría de la interacción entre sujetos*, y consiste en saber qué puede hacer el terapeuta para que el cliente haga aquello que le permitirá mejorar, es decir cómo hacer hacer al otro.

No se trata de pedirle al otro que cambie sin más (¡a menos que hacerlo funcione!). Esa tarea no requiere una pericia especial, ni suele aportar resultados útiles. Se trata de descubrir *cómo incitarle a que cambie* (Wittezaele, 2004). Se trata de averiguar qué aspectos de la acción del terapeuta pueden facilitar el alejamiento de la realidad problemática o el cambio en la dirección deseada. Ello lleva a considerar tanto la situación de entrevista como la situación y proceso en el que el paciente se encuentra.

Los construccionismos presentan una carencia de teoría del sujeto. Se centran entonces en desarrollar refinados métodos conversacionales para hacer hacer al otro. Lo hacen desde una posición de humildad, ya que el otro, individual e irreplicable, es el único experto posible en su situación y modos de funcionar.

La opción opuesta sería una teoría del sujeto sin un modelo de interacción entre los sujetos. Supone la idea de un modelo normativo de lo psicológico en el que aleccionar, instruir al cliente. Esto responde a un cierto cliché sobre el psicoterapeuta, que sería alguien que te dice cómo son las “cosas psicológicas” en realidad y te da consejos para comportarte adecuadamente conforme a esta verdad.

*No tener una teoría del sujeto* supone tener que recrearlo desde cero en cada nueva conversación. *No tener un modelo de la interacción entre sujetos* supone vernos como observadores externos, ajenos, y no como observadores participantes en la interacción con el otro, que es el único modo de influir. En ambos casos el riesgo es entender peor lo que pasa y tener menos posibilidades de ejercer procedimientos efectivos. La experiencia de la interacción con otros implica ejercer de algún modo tanto una noción de lo que el otro es como una noción de cómo relacionarse con él. A la psicología le interesa un conocimiento eficaz y explícito de

ambas condiciones, y no sólo un ejercicio implícito, tácito.

He denominado a este apartado psicoterapia en clave constructivista. No se pretende, obviamente, el desarrollo de una psicoterapia concreta. Lo que se busca es avanzar hacia una conceptualización y contextualización de la psicoterapia desde el constructivismo. No se pretende el constructivismo como interpretación que agrupe modelos, para decir que unos son constructivistas y otros no, sino como marco desde el que tomar decisiones y configurar el conocimiento y la práctica.

En el análisis que emprendo a continuación recorreré varios puntos. El primero será una contextualización sociohistórica del *igualitarismo en la relación terapéutica*. Es relevante tocar éste aspecto por cuanto es una seña de identidad de la práctica constructivista en casi todos los modelos y concepciones.

Especialmente las opciones construccionistas y también el sentido más laxo de las opciones constructivistas hacen bandera de un estilo de relación igualitario: el paciente activo, su consideración de agente, la necesidad de que acepte y asuma y asimile las propuestas, el trato igualitario, el paciente como sujeto de derechos, el estilo participativo y colaborador, la apertura de posibilidades...

Desde la crítica constructivista que ejerceré, el igualitarismo, que tiene un sentido psicológico como estrategia que facilita la acción psicoterapéutica, tiene también sentido desde el valor de la idea de ciudadanía y derechos. Valoraré el igualitarismo no en términos de relativismo sociohistórico, sino de génesis sociohistórica del sentido.

Después abordaré una idea esencial al constructivismo que he defendido, la de la *especificidad de lo psicológico frente a lo médico* entendido como fisiológico-anatómico. Esta reflexión epistemológica me llevará a pronunciarme en los ámbitos específicos de la *investigación* y el *uso de protocolos en psicoterapia*.

### 3.2. Respecto al contexto sociohistórico de la psicoterapia como relación igualitaria.

Los modelos constructivistas en psicoterapia muestran las características generales de trato "igualitario" y de poner progresivamente más en valor la postura del paciente. Es característica la **conceptualización de la relación terapéutica como una experto-experto**, donde el cliente es el experto en su problema y el terapeuta en psicología o incluso sólo en técnicas de conversación. Voy a hacer una contextualización sociohistórica de esta postura constructivista.

Cabe señalar que entronca con la **corriente igualitarista y democratizadora** que se desarrolla en occidente a partir de la ilustración y de la revolución francesa.

En esta línea se desarrollaron progresivamente los derechos del hombre, de la mujer, de la infancia, de los animales, del planeta y de las diversas minorías, razas, culturas y lenguas.

De acuerdo con Collins (2009), esta extensión del derecho a las minorías se hace particularmente patente en occidente a partir de la revolución cultural de los 60. Por un lado se desconfía del poder y la verdad con mayúsculas. Por otro, con la multiplicidad de discursos e intereses que emergen, se desconfía de todo discurso y verdad que ya no es instrumento de liberación frente a la ignorancia y la tradición, al estilo de la razón ilustrada, sino que se ve como herramienta de intereses, desvelados o no. En este contexto aumenta la concepción de todo conocimiento como en el fondo irracional.

A efectos de cuidado de la salud, es en este curso de la ampliación del círculo de la ética y del aumento del número de interlocutores válidos donde cabe entender que el paciente pase de ser objeto de actos médicos a ser sujeto de derechos.

Esto se ejemplifica claramente en la doctrina del **Consentimiento Informado** que surge en un contexto judicializado como el de EEUU a partir de los años 50 del siglo pasado. Trata de proteger el derecho de los pacientes a una mayor libertad de elección obligando a los médicos a comunicar al paciente cual es su enfermedad y las alternativas de tratamiento con sus riesgos y posibilidades de éxito de modo que sea este el que decida (por escrito) aceptarlas o rechazarlas. Es una respuesta del sistema legal a reclamaciones por negligencia médica. Históricamente supuso un cambio, al menos formal, en la tradición paternalista de la medicina que abrió el camino a posteriores transformaciones de la relación médico-paciente.

Por ejemplificarlo de un modo meridiano:

- En palabras de **Hipócrates**: "Oculta al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de las cosas... Respóndele a veces estricta y severamente, pero otras anímale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual; pues muchos acuden a otros médicos por causa de la declaración, antes mencionada, del pronóstico sobre su presente y futuro" (Hipócrates, *Sobre la decencia*, citado en Gómez Sancho, 1998, p. 335).
- En la **Ley de Autonomía del Paciente** (2002, p. 40127) española: el Consentimiento Informado es "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud."

En sus rasgos más inespecíficos, lo que se ha dado en llamar constructivismo en psicoterapia plantea un estilo cuyos rasgos más característicos serían, según Neimeyer (Neimeyer y Mahoney, 1998, cap. 2):

- Estilo participativo, comprensivo y colaborador más que autoritario.
- Promoción de creación de significados para la apertura de posibilidades más que

corrección de déficit.

-Resistencia al cambio como modo legítimo de reacción, que permite protegerse y regular el ritmo de cambio.

Estos rasgos se ajustan perfectamente al citado proceso igualitarista y de ampliación de los derechos, lo cual entiendo que explica en parte los motivos de su popularidad.

La idea a considerar es entonces cómo esta tendencia “democratizadora” en psicoterapia sucede en un contexto sociológico peculiar. Este contexto proviene de un largo ciclo histórico en el que, especialmente en occidente, está fortaleciéndose la persona como sujeto de derechos y agente con legítimo poder de decisión, a diversos niveles sociales, legales y sanitarios.

### 3.2.1. *Reflexión y crítica constructivista.*

He señalado aspectos históricos y sociológicos que conviene tener en cuenta. No quisiera, sin embargo y como es esperable, pretender que estos ángulos agotan los niveles de análisis, y que la adopción de un estilo de trato igualitario se justifica y explica por una cuestión puramente sociológica o como mera estrategia persuasiva. Quizá en parte sí, pero no sólo por ello, porque entiendo que es una cuestión con más dimensiones.

En este sentido la idea de ciudadanía y derechos en la que se constituye la idea de relación igualitaria entre médico y paciente, o terapeuta y cliente, permite ejemplificar un aspecto constructivista que he mencionado anteriormente de soslayo.

Me refiero a la idea de la elaboración sociohistórica de valores y verdades, de raíz vigotskiana, que remite a cómo el sujeto crea colectivamente las categorías. Esta elaboración está creando el contexto en el que el sujeto crea espacios de vida y convivencia familiar, grupal, profesional y sociopolítica. Estos valores y categorías llegan al presente con un sentido y una historia, y son las condiciones del futuro sentido e historia. Tienen un valor de verdad puesta a prueba colectivamente. Sin ser la verdad, forman parte de verdades plurales e históricas, ni relativistas ni arbitrarias, sino con un sentido, mejor o peor. Hay entonces problemas que están ligados a condiciones sociohistóricas que generan ámbitos de conflicto y sufrimiento, o convivencia y crecimiento. Hay proyectos de sentido que hacen aceptable el sufrimiento, y ausencia de sentido que hace intolerable el sufrimiento o inexistente la satisfacción. Esos marcos sociohistóricos al tiempo se generan por la acción de los sujetos, y son la condición para el ejercicio de esa acción de los sujetos.

Esta posición permite revisar el anterior análisis sociohistórico de la popularidad del estilo igualitario en psicoterapia que el constructivismo recoge. Me refiero a que el trato igualitario en la relación psicoterapéutica se contextualiza en la evolución de la idea de ciudadanía y derechos del individuo. El individuo se conceptualiza como agente con capacidad y responsabilidad personal de acción y decisión. Las instituciones se conforman entonces para

atender a esos ciudadanos. Y la psicoterapia también. Entonces la situación psicoterapéutica se organiza en términos igualitarios al presuponer al otro la capacidad y responsabilidad como agente. De este modo dicha situación acaba por exigirle esa capacidad personal de acción y decisión, que podía no ser previa en él.

Hay funcionamientos de las personas más pasivos o más dependientes de otros. La concepción igualitaria de la relación terapéutica, en la que se presupone al otro como agente, tiende a configurarlo conforme a la capacidad y responsabilidad personal de acción y decisión que le presupone. Lo que es un valor y verdad configurado sociohistóricamente a través de la acción colectiva de los individuos, crea una situación en la que se pide, al menos implícitamente, al individuo que se constituya de acuerdo con él.

El ejercicio del trato igualitario, por tanto, tiene un referente sociohistórico y al mismo tiempo lo configura. Tiene además un valor, distinto de otras concepciones de la persona, como la tribal que pueda existir en determinadas sociedades africanas o la de los estamentos de una sociedad feudal, quizá en parte reflejada en las castas de la India actual. La elección de este estilo no es por tanto una mera cuestión relativista, irracional, como podría apuntar el construccionismo social, sino que incorpora dimensiones de sentido y configura la realidad a nivel colectivo.

Leída de un modo operatorio, material, y no subjetivista, esto mismo encontramos en la frase de Von Foerster de que *“Debo vivir con el mundo que creo al actuar de uno u otro modo. En ese mundo puedo ser capaz de dormir, o tener pesadillas”* (citado en Bröcker, 2004, p. 25).

**Los enfoques construccionistas tienden a categorizar la relación igualitaria en psicoterapia bajo la concepción del cliente como experto.** Algunos enfoques constructivistas, al estilo de Mahoney y Neimeyer, suavizan esta postura con la concepción de la psicoterapia como encuentro entre expertos, el cliente experto en lo que le pasa y el terapeuta experto en los procesos de cambio. Esta cuestión merece una reflexión más reposada.

He planteado anteriormente que la psicología y psicoterapia como disciplinas implican una teoría del sujeto y de la interacción entre sujetos. En este sentido la relación terapéutica no puede ser una de igual a igual. El psicoterapeuta aporta conocimiento disciplinar, es un experto. El sentido de una disciplina estriba en aportar conocimiento especializado y organizado, más válido que el “sentido común”. Si no puede hacer eso, entonces efectivamente la psicoterapia es una conversación como cualquier otra, tan válida o tan poco válida como la que se podría tener con cualquiera independientemente de su formación.

La pretensión de relación de igual a igual en psicoterapia por cuanto el cliente es también un experto es característica de los enfoques construccionistas. Se apoya en la asunción básica de que sólo es posible conocer individuos concretos y particulares en una conversación dada, y no puede generalizarse ni conocerse nada más. Si no podemos saber nada de los

individuos ni las patologías, en cada problema sólo cabe un experto, que es el que lo padece.

Desde una óptica postmodernista todos los conocimientos son relativos, y no hay verdades en mayor grado que otras. Entonces el construccionismo propone la relación igualitaria no como un formato de relación entre personas, sino como un formato de constitución de la realidad a través de la negociación entre interlocutores equivalentes. Ambos interlocutores tienen conocimientos igualmente válidos, o igualmente no válidos, porque en realidad nada se puede decir de la diferencia de sus conocimientos, excepto que en un sentido pragmático le sean más o menos útiles al cliente.

Aquí el igualitarismo, en ausencia de una teoría del sujeto y de las operaciones, hace que el terapeuta convierta la realidad particular y personal del cliente en la única realidad de referencia. En ausencia de alguna teoría sobre las verdades y sobre lo psicológico, convertimos en la verdad de referencia aquello que el cliente nos diga que él cree.

Pero padecer o saber mucho de algo no convierte a nadie en un experto. Lo que lo convierte en un experto es también la calidad de ese conocimiento. Saber el tiempo que hizo cada uno de los días del año no convierte a nadie en experto en meteorología. Para ser experto en meteorología se requiere un conocimiento específico y organizado, que permite entender y predecir. El sentido común o personal puede ser muy válido, pero una disciplina lo que busca de algún modo es sistematizar la validez y llevarla más allá del mero uso individual y peculiar.

En este sentido, después de más de un siglo desde la fundación del laboratorio de psicología experimental de Wundt en 1879, deberíamos poder saber que sí es posible conocer algo de lo psicológico más allá del individuo concreto. Otra cosa es que sea fácil operativizarlo, tender puentes al uso práctico de este conocimiento. Pero esa es más una tarea a realizar que una labor a negar por imposible. La sospecha razonable es que los terapeutas construccionistas están empleando mucho más conocimiento y habilidad del que nos dicen que es posible. La suposición que cabe hacer es que lo están ejerciendo, sin explicitarlo.

Por tanto es pertinente marcar distancias con la concepción de la relación psicoterapéutica como igualitaria en base a la conceptualización del paciente como experto. La psicoterapia es para el cliente, y él es el protagonista. Es clave su narración, su visión, sus valores y sus metas. Pero eso no quiere decir que su forma de conocer y actuar sea la que define lo válido y lo eficaz. En la medida en que su forma de conocer y actuar esté en relación con los problemas que le traen a psicoterapia, estos modos son más bien el material de trabajo de la psicoterapia. Y para trabajar con esos modos de hacer es preciso hacerlo desde un conocimiento y modos de hacer del terapeuta, distintos a los del cliente. Esa acción y conocimiento del psicoterapeuta son los que constituyen la psicología y la psicoterapia.

Pero quiero marcar distancias también con la elección de la igualdad como mero procedimiento persuasivo. Ésta es **la posición de la terapia estratégica del MRI. Para estos autores la relación igualitaria es de elección por cuanto facilita los procedimientos**

**persuasivos.** Es la más útil como medio de persuasión, pero hay que estar preparado para cambiar a estilos más autoritarios si resultan más eficaces. De acuerdo con el punto de vista constructivista ejercido en este apartado, la elección de un estilo de relación de igual a igual incorpora dimensiones éticas, de sentido y de proyecto de convivencia. Ejerce un valor relativo al concepto de ciudadano como agente de acción, decisión, derechos y deberes, y configura a los individuos de acuerdo con él. La flexibilidad y manejo de distintos registros por parte del terapeuta es enormemente valiosa. Pero la elección de un estilo u otro incorpora no sólo componentes de eficacia, sino también de valor y de conformación social e individual de los sujetos.

El estilo de relación crea un contexto para la acción psicoterapéutica y la configura a ella, al cliente y al terapeuta. Los conforma como agentes. No es un mero “excipiente”, al modo de la sacarosa que hace más agradable la ingesta de la píldora que contiene el principio activo.

En los dos últimos apartados me he ocupado de una de las señas de identidad de los constructivismos en psicoterapia, la de la relación terapéutica igualitaria.

He señalado que cabe contextualizarla en un ciclo histórico en el que, especialmente en occidente, está fortaleciéndose la persona como sujeto de derechos y agente con legítimo poder de decisión, acción y responsabilidad, a diversos niveles sociales, legales y sanitarios.

He marcado distancia con la idea de igualdad en la relación basada en la idea del paciente como experto, que tiende a anular el valor de la psicología y psicoterapia como disciplinas. Ésta es una idea de cuño postmodernista, relativista y escéptico en cuanto a la posibilidad de verdades.

He marcado también distancia con la idea de la igualdad como estilo de elección por cuanto facilita los procedimientos persuasivos, que es una idea de cuño pragmatista.

Las posturas sociologistas, escépticas y pragmáticas tienen su sentido como crítica al dogmatismo, promoción de la flexibilidad y consideración de la experiencia y conocimiento del cliente como valiosos. Pero resultan excesivamente limitadas.

A través de la crítica realizada a estas posiciones he tratado de ejemplificar la idea constructivista de génesis sociohistórica de valores y verdades. En este caso el igualitarismo está ligado a una idea de ciudadano y agente como sujeto de derechos y deberes y con capacidad de decisión, acción y responsabilidad. Por supuesto que es pertinente que el terapeuta sea capaz de manejar y elegir entre estilos más o menos igualitarios o autoritarios, flexibles o directivos, y que eso puede tener relación con el resultado terapéutico. Pero al ejercer un estilo y no otro, nos constituimos y constituimos al cliente a través de la relación. Las categorías que ejercemos al tiempo nos permiten la acción y la configuran.

*3.3. Respecto al contexto epistemológico y psicológico de la psicoterapia como encuentro entre sujetos.*

A la hora de considerar la psicoterapia hay una primera consideración básica e ineludible, no sociológica. Es la existencia de **niveles diferentes de la realidad**, que no pueden ser explicados uno por el otro sino que tienen modos de organizarse y reglas de funcionamiento diferentes.

Lo fisiológico presupone lo inorgánico, pero funciona de un modo diferente y no se explica por ello. De igual modo lo psicológico presupone lo fisiológico pero no se explica por ello, porque tiene una forma de organizarse y funcionar diferente. Ésta es una distinción ontológica que resulta de la construcción epistemológica de la realidad.

Los niveles de organización de la materia son debidos a que cuando estudiamos y manejamos los fenómenos encontramos niveles de análisis que tienen reglas diferentes unos de otros, y no pueden explicarse unos por otros. La fisiología parte de lo inorgánico, pero no puede entenderse ni manejarse según las reglas de lo inorgánico. Lo psicológico parte de lo fisiológico, pero no puede entenderse ni manejarse según las reglas de lo fisiológico. Los campos operatorios no son reducibles unos a otros. Si se cree que lo psicológico funciona según las reglas de lo fisiológico, entonces se define lo psicológico como epifenómeno, como innecesario para entender nada, como irrelevante, ejerciendo un monismo fisiologista. Pero el problema no es decirlo, que es sencillo, sino mostrarlo y hacerlo funcionar.

Partiremos de los principios epistemológicos y psicológicos esbozados hasta aquí, relativos a una concepción constructivista del sujeto y a una concepción de la psicoterapia como encuentro entre sujetos. Vamos entonces a referirnos a tres puntos, a saber: lo médico como analogía de lo psicológico, la investigación en psicoterapia, y el papel de los protocolos de tratamiento en la clínica.

### 3.3.1. *Lo médico como analogía de lo psicológico.*

El objeto de conocimiento de la Medicina está caracterizado de un modo fisiológico-anatómico. Ese es su modo de operar y su ámbito de conocimiento como disciplina. Lo cual no elimina el hecho de que el acto médico tenga, obviamente, muchos más componentes cuando se da en la interacción humana con enfermedades y pacientes reales.

Esta conceptualización fisiológico-anatómica de su realidad se da en todas las ramas de la Medicina, y es también el proyecto inacabado de la Psiquiatría como disciplina médica. Por ejemplificarlo en palabras del profesor de Psiquiatría Kenneth Kendler (2006, p. 127), “De todas las disciplinas médicas la psiquiatría es la que intenta relacionar la mente con el cerebro. Tomemos, por ejemplo, la situación clínica típica: estoy tratando a una joven que ha sufrido un episodio de depresión, y hablamos de cómo se siente y de un problema conyugal relacionado con su relación conflictiva con su padre. Hablamos de cuestiones profundas de su mundo mental, su identidad y sentido y, sin embargo, en el transcurso de la visita tengo que desconectar y pensar qué ocurre en su sistema neurológico, cómo le afecta al hipocampo y la amígdala, y si

le estoy dando la dosis correcta de medicación para que se le regulen los receptores. Entonces tengo que desconectar otra vez y volver al mundo de la mente. De forma que, en el trabajo diario, los psiquiatras estamos pensando siempre en esa inextricable interrelación entre la mente y el cerebro. Es decir, observar la mente, el mundo que vemos desde nuestro interior, y el cerebro. Abrir el cerebro y pensar dónde están cambiando los receptores y si estamos usando la medicación correcta en el tratamiento farmacológico.”

La aplicación de este modelo médico resulta, por otro lado, menos potente en Psiquiatría que en otras ramas de la Medicina. Una característica de la Psiquiatría es que no consigue la efectiva definición de los síndromes sobre los que se ocupa en términos de enfermedades. Sin perjuicio de que se avance en el conocimiento de los mecanismos fisiológicos de los psicofármacos y de los trastornos mentales, no hay una definición fisiológico-anatómica de la etiología y curso de los síndromes que permita caracterizarlos conceptualmente como enfermedades. Esto permanece como propuesta y plan de trabajo a futuro, aunque el lego en la materia lo suponga ya hecho.

En este sentido, siguiendo a Moncrieff y Cohen (2009), cabe señalar los debates internos de la Psiquiatría con la propuesta de un modelo centrado en la acción del fármaco. Este modelo propone centrarse en los psicofármacos como productores de estados físicos y mentales alterados específicos, que pueden suprimir las manifestaciones de ciertos trastornos mentales. Se opone al ya tradicional modelo de la acción del psicofármaco centrado en la enfermedad, que asume que los fármacos actúan corrigiendo las anormalidades biológicas subyacentes que producen los síntomas psiquiátricos.

La cuestión que he presentado remite a la idea de la dificultad de conceptualizar los trastornos psicológicos en términos fisiológico-anatómicos, y además tener éxito en el empeño. Los psicofármacos tienen, por otra parte, una utilidad en muchos casos probada, sin que ese marco teórico funcione. Pero quiero señalar que esta dificultad para la conceptualización de las manifestaciones psicológicas en términos fisiológico-anatómicos cobra sentido al entender lo psicológico como un nivel de funcionamiento distinto a lo fisiológico, que presupone lo fisiológico pero no se explica por ello.

He hecho hasta aquí alusión a los problemas del modelo médico en Psiquiatría para abordar lo psicológico. A partir de este punto cuando me refiera a Medicina entiéndase que me refiero al uso más exitoso del modelo médico en especialidades que sí consiguen la acotación fisiológico-anatómica de sus enfermedades. Un ejemplo serían los modos de conocer y proceder de la Cardiología, Dermatología o Neurología.

La Medicina puede entonces ejercer un potente recorte de su objeto al reducirlo a fisiología y anatomía, con más que notable éxito en muchos casos. Pero en psicoterapia, ya desde la escucha psicoanalítica, hay una fuerte, diríamos inevitable, tendencia a aumentar el protagonismo del “paciente”, del “objeto” y a considerarlo como agente, como sujeto.

Un planteamiento terapéutico fisiológico-anatómico tratará en la entrevista de recabar información que le permita estimar qué variable fisiológica o anatómica hay que modificar y luego indicar el tratamiento adecuado al paciente, cuya colaboración se presupone. Simplificando, una vez “ingerido” u “operado”, el tratamiento funcionará por sí mismo, de modo unidireccional e independiente de la voluntad del paciente. Dado que la realidad sobre la que se opera es fisiológico-anatómica, en buena medida el paciente como sujeto de voluntad y acción es un “estorbo”. Hay, implícitamente, una concepción de lo psicológico como error, en la línea del platonismo.

La idea simplificada de que los tratamientos médicos, una vez puestos en marcha, actúan a nivel eminentemente fisiológico-anatómico independiente de la voluntad o acción del sujeto es una idea que funciona bien en muchos casos, mejor cuanto más clara esté la causalidad y funcionamiento fisiológico del trastorno y probablemente peor cuantos más factores psicológicos estén implicados o tengan peso.

Podemos suponer que el objetivo, sentido y uso que el paciente haga de la técnica o intervención es poco relevante para la intensidad de su efecto, o que es una categoría dicotómica con sólo dos valores, que el paciente la use (como si ingiriera un fármaco) o que no la use (como si no se tomara el fármaco). Si aceptamos esto podemos tomar el efecto fisiológico de los fármacos como buena metáfora y modelo para entender el efecto psicológico de las técnicas psicoterapéuticas, estableciendo una analogía entre lo fisiológico y lo psicológico. Esta analogía se manifiesta como idea de fondo en formatos de investigación y clínica que conciben los tratamientos psicológicos como paquetes para tratar patologías o problemas, de los que se intenta averiguar la dosis adecuada y alambicar los componentes activos.

En palabras de M. Pérez (en González Pardo y Pérez Álvarez, 2008, p. 295, cursivas y comillas del autor) ”...buena parte del éxito de la terapia de conducta y cognitivo-conductual es a costa de la *mimetización* del modelo médico y de una cierta *desvirtuación* del modelo psicológico (contextual, psicosocial, abierto a varias soluciones). El hecho de que la terapia de conducta y cognitivo conductual haya ofrecido modelos psicológicos de los diversos cuadros diagnósticos, lejos de revelar su objetividad, lo que pone de relieve es, en realidad, el carácter constructivo-práctico (y habría que ver para qué y para quién) de dichos cuadros y no, precisamente, el carácter natural (que está supuesto por la lógica sobre la que se “construyen”). Esta mimetización del modelo médico que, como se dijo, tiene el gran mérito de mostrar la eficacia de los tratamientos psicológicos en relación con los psicofarmacológicos, tiene también el riesgo de arrumbar la psicología clínica por derroteros que la pueden arrinconar en terrenos ya colonizados a la vez que alejar de su propio rumbo abierto a los cambiantes problemas de la vida”.

Vamos ahora a referirnos a la investigación, para luego hacer unas consideraciones sobre la clínica en lo tocante a los protocolos de tratamiento.

### 3.3.2. Investigación en psicoterapia. El Dodo y otros pájaros.

La historia del pájaro Dodo proviene del libro de Lewis Carroll (1991) “Alicia en el País de las Maravillas”. Tras haber sido mojados por las lágrimas de Alicia, los animales organizaron una carrera para secarse. Corrieron por una pista circular. Pero lo hicieron de un modo peculiar, ya que cada uno comenzó y terminó la carrera cuando consideró oportuno. Tras concluir, los participantes preguntaron: ¿Quién ha ganado?. El Dodo dijo: Todos habéis ganado, y por lo tanto, todos debéis tener un premio.

Este *Veredicto del Pájaro Dodo* ejemplifica la postura de la perspectiva de los Factores Comunes para la investigación y psicoterapia. Afirma que muchos enfoques psicoterapéuticos son comparablemente efectivos, y son los factores o ingredientes comunes que dan cuenta de esa eficacia lo que nos interesa.

Esta posición se opone frontalmente al enfoque hoy de referencia, el de los Tratamientos Empíricamente Validados, el cual propone que algunos modelos y técnicas de terapia serán más efectivos que otros con algunos clientes y problemas determinados y eso es lo que nos interesa estudiar y clasificar.

Ampliaremos, de acuerdo con Castelnuovo y cols (2004), el enfoque de los **Tratamientos Empíricamente Validados**. Éste se alimenta de la idea de la Medicina Basada en la Evidencia y se apoya en la metodología de los ensayos clínicos controlados y aleatorizados. El esfuerzo para identificar, estudiar y promover terapias empíricamente validadas comienza oficialmente en la American Psychological Association (APA) en 1995, con la creación de su División 12.

Castelnuovo y cols (2004) señalan además que esta metodología de investigación favorece la investigación de la eficacia de tratamientos manualizados y realizados a partir de diagnósticos, y en ella han prosperado los modelos cognitivo-conductuales. Se ha criticado sin embargo que se focaliza en la eficacia antes que en la efectividad, y tiende a restringir el ámbito de la investigación y psicoterapia. Se ha señalado también que su metodología presenta distintos problemas técnicos y que las psicoterapias empíricamente validadas no encuentran la amplia acogida que sería esperable entre los clínicos.

Extenderemos el **enfoque de los Factores Comunes** siguiendo a Duncan (2002). Refiere este autor que esta metáfora fue usada por primera vez por Rosenzweig en su artículo de 1936 “Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy”, en relación a la equivalencia de la eficacia entre psicoterapias. Esta imagen y concepto fue reutilizada en los 70 por autores como Frank o Luborsky. La contribución reciente más relevante es quizá la de Lambert.

Duncan (2002) continúa afirmando que el modelo de los tratamientos empíricamente validados se funda en el modelo médico, bajo la idea de que la mejora en los síntomas se

produce a partir del diagnóstico adecuado y la aplicación del tratamiento prescriptivo. Pero en psicoterapia privilegiar los datos leídos bajo el modelo médico no explica los procesos de cambio, no permite seleccionar los tratamientos más eficaces y no permite predecir resultados, porque estas cuestiones derivan más de factores comunes como los relativos a la alianza.

Respecto al conocido estudio de Lambert (1992), lo que el autor afirma en conclusión es que el resultado y la mejora en psicoterapia depende de factores comunes (30%), cambio extraterapéutico (40%), expectativas y placebo (15%) y técnicas (15%). Los factores comunes tendrían, entonces, un peso considerablemente mayor que las técnicas.

Esta corriente ha tenido también su plasmación institucional en la APA, a través de la creación de la División 29, desde la que se ha publicado el libro “Psychotherapy Relationships that Work” (Norcross, 2002). Esta obra recopila estudios bajo la idea de las relaciones terapéuticas empíricamente validadas, como contraste a las guías de tratamiento basadas únicamente en listas de tratamientos empíricamente validados. Trata, entre otros, factores comunes cuya efectividad considera bien establecida como la alianza, la cohesión en terapia grupal, la empatía y el acuerdo sobre metas y colaboración.

Quiero indicar con estas notas que el debate entre estos dos enfoques de la investigación y práctica en psicoterapia no es una cuestión menor, sino con honda trayectoria y resonancias disciplinares, institucionales y prácticas.

A continuación voy a señalar algunas de las contradicciones de este debate a través de la postura que B. E. Wampold defiende en su obra “The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings” (Wampold, 2001). Wampold defiende el **modelo contextual**, que afirma basado en el enfoque de los factores comunes, frente al modelo médico en psicoterapia. El desarrollo del modelo médico en psicoterapia se basaría en los manuales de tratamiento y los tratamientos empíricamente validados.

De acuerdo con Wampold el modelo de los tratamientos empíricamente validados es un modelo ecléctico que trata de responder a la pregunta enunciada en 1969 por G.L. Paul (Paul, 1969, citado en Wampold, 2001, p. 21): “¿Qué tratamiento, aplicado por quién, es más efectivo para este individuo con este problema específico, bajo estas circunstancias [...]?”.

El modelo de los factores comunes es un modelo que plantea que hay una serie de factores comunes que son psicoterapéuticos. A partir del modelo de los factores comunes surge también el modelo contextual, que Wampold defiende. Se llama modelo contextual porque enfatiza los factores contextuales de la psicoterapia. Una de sus expresiones más representativas se da en Jerome Frank a través de su obra “Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy”. En ella, siempre siguiendo a Wampold, la psicoterapia alcanza sus efectos tratando la desmoralización que resulta de los síntomas más que los síntomas en sí mismos.

Veamos lo que plantea Frank (1961):

-En todas las culturas la relación de sanación tiene tres aspectos. El primero es un influenciador que se preocupa del bienestar del que sufre. El segundo es el poder que se atribuye a esas figuras de influencia. El tercero es que el influenciador media entre el influenciado y la sociedad o fuerzas suprapersonales o supernaturales.

-El alivio del sufrimiento se produce a través de algún ritual o tarea que permite liberarse de los errores, requiere la implicación activa de los participantes y es típicamente repetitivo. El proceso de influencia expresa y es guiado por un sistema conceptual que incluye la enfermedad y la salud, lo normal y lo anormal. Especifica las causas del sufrimiento y cómo salir de él.

-Aun habiendo aspectos específicos, relativos a los esquemas conceptuales y métodos de cada tipo de terapia, mucha, sino toda la eficacia de la psicoterapia, sería debida a aspectos que las distintas psicoterapias tienen en común antes que a otros aspectos que las distinguen. Estos aspectos tendrían que ver, entre otras cosas, con el uso de la persuasión y la capacidad de movilizar el placebo en cuanto expectativa del paciente de ser ayudado. Es importante movilizar la expectativa de ayuda, si bien no es adecuado que el clínico use métodos en los que no cree. Pero es útil asumir el ejercicio de influencia en los pacientes de modo consciente, antes que inconsciente.

-El cambio en psicoterapia se produciría porque produce activación y facilita el aprendizaje, facilita la integración emocional y la sustitución de emociones negativas por otras más positivas, introduce la novedad en informaciones, emociones, actos y situaciones, y genera cambios que conducen a nuevas experiencias vitales.

Una vez aclarado en términos de Frank lo que significa el modelo contextual, volvemos a Wampold (2001). Para este autor, en el modelo contextual los ingredientes específicos son necesarios como modo de articular un tratamiento coherente en el que el clínico crea y que provea de una explicación convincente a los clientes.

El modelo contextual, defiende Wampold, es más una meta-teoría en la que cabe cualquier modelo terapéutico. Además los factores comunes y factores contextuales no pueden separarse de la aplicación de cada modelo concreto. Lo que dice este modelo contextual es que en la aplicación de cualquier modelo psicoterapéutico los componentes específicos del tratamiento son irrelevantes en cuanto a sus efectos específicos. La eficacia de los componentes específicos proviene de la creencia en el modelo terapéutico que mantienen terapeuta y cliente y del significado que le atribuyen a dichos componentes específicos en el contexto de dicha creencia en el modelo y su coherencia.

Es interesante buscar a qué se opone este modelo contextual. En palabras de Wampold (2001), se opone al **modelo médico**. Pero define el modelo médico de un modo peculiar. Para Wampold (p. 11), “el modelo médico se caracteriza por la insistencia en la correcta explicación

de un trastorno y en la adopción de las acciones terapéuticas concomitantes”.

*El modelo médico en psicoterapia* tiene entonces para el autor 5 componentes: el problema o queja, la explicación psicológica de ésta, los mecanismos de cambio del modelo, los ingredientes terapéuticos (acciones) específicos, y la especificidad conforme a la cual el efecto de los ingredientes específicos es responsable de la mejora.

Tras haber expuesto la posición de Wampold, cabe apuntar una primera nota crítica a estos planteamientos. Se diría que el modelo contextual explota conceptualmente las dimensiones del efecto placebo y la persuasión inespecífica para la psicoterapia, pero es difícil conceptualizar los problemas y soluciones psicológicas como únicamente efecto placebo y persuasión. El autor toma esta posición a partir de su crítica al modelo médico.

Pero en realidad lo que Wampold denomina modelo médico, y al que opone el modelo contextual, no es tal cosa. Lo que llama modelo médico es el modelo racional, genérico, de solucionar un problema a partir de una explicación acerca de cómo funciona. Si eso es modelo médico, entonces cualquiera que soluciona un problema lo hace bajo una versión del modelo médico. Aquí cabe desde un cerrajero hasta un ingeniero, pasando por cualquier intento de solucionar un problema que parta de algún conocimiento, y no sólo de respuestas al azar. Cabe tanto que no define nada.

El modelo médico no es la idea de solucionar un problema a partir de su correcta explicación, sino el uso de explicaciones médicas, fisiológico-anatómicas para ese proceso racional. El diagnóstico de la enfermedad se asocia entonces a unos mecanismos etiológicos y patológicos y consecuentemente a un tratamiento. El problema en Salud Mental es que el diagnóstico (CIE, DSM) es una etiqueta descriptiva que no lleva asociado el conocimiento de los mecanismos etiológicos y patológicos fisiológico anatómicos, con lo que su potencia para tratar es menor que en otras ramas de la Medicina.

El modelo médico en Psicología, entonces, si es algo, será la concepción de lo psicológico por analogía con lo médico fisiológico-anatómico. Se opondría a la idea de lo específico y particular de las operaciones y funcionamiento psicológico, no reducible a fisiología.

Pero rechazar la idea de solucionar un problema a partir de su explicación es puro irracionalismo. Si los problemas se crean y solucionan, nos interesa saber cómo. Si la persuasión y placebo funcionan, nos interesa saber cómo. Ambos tipos de conocimiento interesan a la Psicología. Se pretendería su definición como operaciones organizadas y estrategias de los sujetos, que permita su inteligibilidad. Y si no es posible conocerlos, es difícil defender la psicología como ámbito de conocimiento, aunque pueda constituirse como prácticas organizadas por su utilidad.

De acuerdo con J. Beavin Bavelas (en su Ponencia *Observing co-construction: Microanalysis of therapeutic dialogue* en el XXIX Congreso Nacional de Terapia Familiar,

Oviedo, 30 y 31/10 y 1/11 de 2009) la investigación útil para psicoterapia proviene de 4 fuentes, que son los estudios controlados y aleatorizados de psicoterapias, los estudios microanalíticos, los experimentos en principios básicos de psicología y los análogos experimentales. El primer tipo de estudios permite saber qué funciona, y los otros tres tipos de estudios buscan saber cómo o por qué funciona.

Los constructivismos psicoterapéuticos en general orientan las investigaciones en psicoterapia hacia otro lado, hacia los procesos. Por un lado en el sentido de microanálisis de la interacción, propio de orientaciones construccionistas e interaccionales en sistémica. Por otro lado en cuanto al interés en las variables de proceso en lo tocante a los factores comunes en psicoterapia, antes que a la investigación sobre técnicas específicas, característico de planteamientos constructivistas laxos como los de Neimeyer y Mahoney.

La investigación sobre eficacia de técnicas o paquetes de tratamiento es útil como forma de discriminar y de orientar ciertas decisiones en psicoterapia. Pero sólo el estudio que nos permita un conocimiento operativo sobre el funcionamiento del sujeto, sus trastornos y la psicoterapia capaz de ayudarle a resolverlos es capaz de generar un conocimiento disciplinar. Sin una definición de cómo funciona aquello sobre lo que estamos aplicando las técnicas, tendemos al pragmatismo.

Sin embargo quiero establecer también distancias con la idea de los factores comunes. Estas distancias tienen que ver con la idea, expuesta por Nardone y Portelli (2006), que he recogido en la exposición del modelo de Nardone y que estructura en buena medida las reflexiones de esta parte del trabajo. Es la postura de que para la psicoterapia, si bien es necesario manejar los factores inespecíficos y de relación, *un conocimiento operativo del problema nos posibilita una buena técnica con la cual el terapeuta puede ser mucho más activo, y no sólo manejar esos factores inespecíficos.*

La investigación adecuada a nuestro objetivo será aquella que nos permita entender la eficacia de las técnicas desde su relación con las operaciones que establecen los problemas y su solución. Será también aquella que nos permita entender cuáles de nuestras acciones, incluidas aquellas que remiten a los factores comunes, facilitan que el sujeto aplique técnicas y emprenda cursos de acción más útiles.

Corremos el riesgo de que ni la investigación sobre tratamientos empíricamente validados ni la investigación sobre factores comunes contribuyan a iluminar esos aspectos específicos. La investigación sobre tratamientos validados, por centrarse demasiado específicamente en la eficacia, con el riesgo pragmatista que implica. La investigación sobre factores comunes, por centrarse en dimensiones excesivamente genéricas. El rigor bien entendido pasa por adaptar la metodología a la materia y objetivos de estudio, y no por adaptar la materia y objetivos de estudio a la metodología.

Wampold (2001, p. 18) plantea que hay dos desarrollos recientes de la investigación en

psicoterapia que son característicos del modelo médico. Se trata de los tratamientos manualizados y de los tratamientos empíricamente validados que utilizan aquellos tratamientos manualizados. Refiere que el primer tratamiento manualizado habría sido el de Beck, Rush, Shaw y Emery en el 79, “Cognitive Therapy of Depresión”, y que la División 12 de la APA sacó su primera lista de tratamientos empíricamente validados en el 95.

Vamos ahora a extender estas consideraciones en relación a los protocolos y tratamientos manualizados en psicoterapia.

### *3.3.3. Lo psicológico de los protocolos de tratamiento psicológico.*

Pretendo aquí cerrar un círculo, abordando cuestiones que dejaba planteadas en el apartado referido a lo médico como analogía de lo psicológico.

La idea de **protocolos y manuales como secuencias de pasos concretas, definidas y rígidas**, sí que tiende a una analogía con el modelo médico (diagnóstico que implica funcionamiento fisiológico-anatómico del trastorno que permite medidas terapéuticas en ese plano, ejercidas unidireccionalmente por parte del terapeuta). Pero si lo que hacemos es fundar en términos de operaciones psicológicas tanto el funcionamiento del trastorno como las estrategias terapéuticas eso no es modelo médico, sino desarrollo de un modelo específicamente psicológico.

La ejecución de cualquier protocolo requiere el acompasamiento con las estrategias del usuario, que es activo y no comparable en ese punto al funcionamiento de un órgano. Sin eso, la rigidez de un protocolo puede contribuir a su ineficacia. Esto podría influir en la inoperancia práctica real de los tratamientos manualizados empíricamente validados, que ya hemos señalado que no son tan populares como podría pensarse. Aquí surgiría entonces la postura contraria, aquella del modelo contextual: lo psicológico, que sabemos que funciona, es todo persuasión y placebo. Se salva lo psicológico, porque no se puede entender la terapia prescindiendo de ello. Pero se hace a costa de vaciarlo de contenido.

En el límite, los problemas de los peores manuales y tratamientos empíricamente validados tendrían que ver con asumir un modelo que implica que a un diagnóstico le corresponderá una terapéutica, pero asumirlo a falta de un modelo psicológico del trastorno. Entonces harían una analogía con el funcionamiento fisiológico-anatómico de lo médico, que tiende al mecanicismo y a la terapia como acción unidireccional del terapeuta, y excluye la importancia de la interacción, la sugestión, el placebo, las expectativas, las metas y los medios instrumentados y la actividad en términos operacionales y de estrategias, propias de lo psicológico tanto del cliente como del terapeuta. El problema con los protocolos de tratamiento consiste, diríamos, en que no se conciben conforme a una lógica psicológica.

Entonces quizá el modelo médico en psicoterapia sea precisamente lo contrario de lo

que Wampold defiende. El modelo médico en psicoterapia no sería la presencia de explicaciones psicológicas de los problemas sino su ausencia, sustituida entonces por una vaga analogía con lo médico concebido como fisiológico-anatómico. El desarrollo de protocolos de tratamiento psicológicos consiste no en anular el valor en sí de las explicaciones psicológicas, como propone el modelo contextual al reducirlas a persuasión y placebo, sino en desarrollarlas, en términos de lógica psicológica.

J. Beavin Bavelas, conocida coautora de la “Teoría de la comunicación humana” hacía una crítica de algunos presupuestos de esta obra recientemente (en su ponencia *Observing co-construction: Microanalysis of therapeutic dialogue* en el XXIX Congreso Nacional de Terapia Familiar, Oviedo, 30 y 31/10 y 1/11 de 2009). Afirmaba, o así lo entendí, que el conocido axioma de la imposibilidad de no comunicar no es cierto. Basta con que nadie interprete esa comunicación, sea del modo que sea.

Lo que la analogía de los tratamientos psicológicos con los tratamientos fisiológico-anatómicos no respeta es la idea de que los tratamientos psicológicos, para que tengan posibilidad de actuar, requieren ser “usados” psicológicamente. No basta con que sean prescritos o escuchados. A veces en el caso de prescripción de tareas ni siquiera basta con que se realicen o repitan sino que es importante la implicación y compromiso con ellas. Las tareas, prescripciones, explicaciones o sobreentendidos no pueden actuar en sí mismas, sino que sólo pueden actuar en la medida en que el sujeto las utilice, las ejerza. Sin la condición de ser usadas por el cliente, las técnicas no tienen opción a resultar útiles.

Lo que el modelo contextual no respeta, al centrarse en la persuasión y el placebo, es la idea de funcionamiento específico de los problemas psicológicos. Esta especificidad psicológica hará que unas técnicas o acciones sean más útiles que otras en términos del funcionamiento del problema. Lo que propone el modelo contextual es que en realidad cualquier técnica vale igualmente, en tanto se utilice con fe.

La psicoterapia entendida en términos psicológicos implica conjugar, por un lado, una idea del sujeto y sus acciones para el funcionamiento de los problemas. Por otro lado, una idea de la interacción y de la acción del terapeuta que moviliza la acción del cliente en un sentido beneficioso para dicho cliente.

Desde una consideración psicológica y operatoria la eficacia terapéutica ya no puede residir exclusivamente en la técnica en sí, sino en el modo en el que el otro sujeto está dispuesto hacia unos u otros objetivos y hacia unos u otros usos de las técnicas y las intervenciones. El cálculo del terapeuta debe incluir no sólo la presunta efectividad de la técnica o acción que propone respecto al problema del cliente, en términos de operaciones y explicaciones psicológicas. El cálculo del terapeuta debe incluir también el presunto efecto y sentido de sus propias acciones e intervenciones en el contexto de las estrategias y fines de ese otro sujeto que es el paciente.

Los protocolos de tratamiento en los que podemos ver una analogía con lo médico se conciben frecuentemente como secuencias rígidas de pasos. Se configuran al modo de una manipulación unidireccional sobre la fisiología o anatomía, al modo de un protocolo médico. La aplicación de esta secuencia puede ignorar el carácter activo y diferencial de lo psicológico respecto a lo fisiológico-anatómico. La idea de concebir un tratamiento por secuencias y módulos corre el riesgo de hacer *tabula rasa* de la idea de que la función, la actividad psicológica es un ejercicio integrado, con una forma de operar, con sentido y con dimensiones de logro, no la resultante de componentes modulares. Si un paquete de tratamiento no alcanza los resultados apetecidos y hay una escasa implicación del cliente, tal vez no sea suficiente para mejorarlo con añadir un módulo de motivación.

En el límite podría conceptualizarse la curación médica como una *relación sujeto(terapeuta)--objeto(fisiológico-anatómico)*. En cierta medida podría verse así la acción de un traumatólogo o un cardiólogo, aunque sea obvio que el acto médico tiene muchos más componentes. La generalización en psicoterapia de protocolos rígidos, según analogías médicas fisiológico-anatómicas parece, además de poco plausible, poco popular en la práctica real, pese a las listas de tratamientos empíricamente validados.

Esto es así, según entiendo, porque la psicoterapia sólo puede conceptualizarse como *una relación entre sujetos*. La psicoterapia plantea como esencial lo que hace el cliente, en cuanto a que es él el que realiza las operaciones efectivas que lo hacen mejorar o empeorar. La función del psicoterapeuta difícilmente puede ser concebida al modo médico fisiológico-anatómico como un hacer sobre la patología, sino más bien como un *hacer hacer al cliente sobre su patología o problema*.

Los sujetos presentan diversidad de medios y fines, y características peculiares en su organización. La clave de los protocolos y conocimientos psicoterapéuticos es entonces su diseño a través de una idea del proceder operatorio de lo sujetos, considerando como tales tanto al cliente como al terapeuta. Esto implica un nivel de flexibilidad que un protocolo rígido puede no respetar.

La psicoterapia, entendida como encuentro entre sujetos, con las implicaciones que este concepto conlleva, requiere considerar dos planos. Un plano es el de *la teoría del trastorno y del sujeto*, el de las dimensiones subjetuales del hacer de los clientes en relación a los problemas o patologías y su solución. El otro plano es el de *la teoría de la interacción entre sujetos* que nos oriente sobre qué acciones emprender como terapeutas para manejar el plano previo, que nos explique como hacer hacer al otro, y que nos haga conscientes de acompañar nuestras acciones a las del otro. La clarificación y profundización de ambos en un sentido operatorio, constructivo y genético es, entiendo, la tarea de la psicoterapia entendida en un sentido constructivista.

### 3.4. *Notas finales a la parte segunda, La Psicoterapia en Clave Constructivista.*

Prefiero denominar este apartado como notas finales, antes que como conclusiones, ya que tienen un sentido de propuesta. Responden a la lógica de resumir aquellos aspectos esenciales de lo valorado, al igual que las conclusiones de la parte segunda.

**1. La psicoterapia es una relación entre sujetos.** Ello implica que le son pertinentes dos tipos de conocimientos. El primero es una teoría del sujeto y la formación y solución de los problemas y trastornos. Esto nos permite entender cuál es el hacer de las personas en relación a los problemas y su solución. El segundo es una teoría de la interacción entre sujetos. Esto nos permite entender qué acciones emprender como terapeutas para hacer hacer al otro en relación a sus problemas. Conocimiento de la acción sin teoría del sujeto es ciego, teoría del sujeto sin conocimiento de la interacción es a-psicológico y posiblemente inoperante.

**2. A la Psicología y Psicoterapia como disciplina le interesa un conocimiento explícito de ambos niveles.** Todo psicoterapeuta ejerce necesariamente un modelo del sujeto y un modelo de la interacción entre sujetos. Cabe suponer que su eficacia, y la eficacia de los modelos psicoterapéuticos, está relacionada con ello. El interés de la Psicología y Psicoterapia como disciplina estriba no sólo en entrenar buenos psicoterapeutas que ejerzan dimensiones de efectividad, como seguramente está sucediendo en todos o muchos de los enfoques criticados previamente, sino en saber cómo lo hacen y cuáles son esas dimensiones. El interés de una disciplina está en explicitar las dimensiones de eficacia, no sólo en ejercerlas de un modo tácito.

**3. Los modelos psicoterapéuticos valorados en la parte segunda, Constructivismos en Psicoterapia, pueden ser valorados como pasos en alguna de esas dos direcciones.** Los constructivismos tienden a una concepción del sujeto, más o menos subjetivista o subjetual (Kelly, Mahoney, Guidano), y a describir qué acciones debe emprender el cliente para mejorar. Los construccionismos señalan el valor (Gergen) o sistematizan una metodología (Terapia Centrada en Soluciones, White y Epston) de entrevista e interacción con el cliente. Definen qué acciones debe emprender el terapeuta en la conversación a fin de capitalizar en positivo la capacidad del cliente para ser activo y para generar significados. En la Terapia Estratégica, especialmente en la evolución del MRI que desarrolla Nardone, hay un intento de conjugar ambos planos, en cuanto estrategias de interacción y persuasión por un lado y desarrollo de una concepción subjetual y operatoria de patologías específicas por otro.

**4. El igualitarismo en la relación terapéutica es una característica central a los constructivismos.** Cabe contextualizarlo en un ciclo histórico en el que, especialmente en occidente, está fortaleciéndose la persona como sujeto de derechos y agente con capacidad de

acción, decisión y responsabilidad. La idea de igualdad en la relación basada en la idea del paciente como experto, tiende a anular el valor de la Psicología y Psicoterapia como disciplinas. Ésta es una idea de cuño postmodernista, relativista y escéptico en cuanto a la posibilidad de verdades, característica de los construccionismos. La idea de la igualdad como estilo de elección por cuanto facilita los procedimientos persuasivos es una idea de cuño pragmatista. Pero la elección de un estilo de relación crea un contexto y nos configura y configura al cliente a modo de agente con capacidad de decisión, acción y responsabilidad. Tratar al otro como sujeto de derechos y deberes implica promover que se comporte como tal. El trato igualitario en psicoterapia cobra sentido entendido desde una idea constructivista de génesis sociohistórica de valores y verdades.

5. **El ámbito de lo psicológico presenta una especificidad** en sus modos de organizarse y funcionar que presupone lo fisiológico y anatómico, pero no se explica por ello. En ese sentido cabe resaltar las dificultades para el reduccionismo fisiologista de los trastornos mentales. Conviene entonces valorar con prudencia el uso de lo médico como analogía de lo psicológico.

6. **El modelo médico es la caracterización de los problemas y su solución en términos fisiológico-anatómicos.** Busca una definición de los síndromes como enfermedades con una etiología y curso definidos en términos fisiológico-anatómicos, somáticos. Entonces se diagnostica para prescribir después el correspondiente tratamiento unidireccional por parte del médico de esos aspectos somáticos, descrito como una secuencia de operación sobre ellos.

**El modelo psicológico es la caracterización de los problemas en términos psicológicos,** que es lo que cabe pedirle a la Psicología como disciplina. Sin ese modelo sólo cabe, como máximo, un conjunto de prácticas conversacionales organizadas, pero no Psicología ni Psicoterapia como disciplina.

7. En psicoterapia se usan como modelos de investigación de referencia el de los Tratamientos Empíricamente Validados y el de los Factores Comunes, incluyendo este último al modelo contextual. Ambos modelos tienen una utilidad evidente. Pero en el límite no necesariamente implican avances para el conocimiento de lo psicológico y su constitución como nivel explicativo y de manejo. El énfasis en la mera eficacia de los paquetes de tratamiento, en el límite, puede oscurecer el conocimiento de los motivos y dinámicas psicológicas en virtud de las cuáles funcionan. **Un conocimiento operativo de los problemas posibilita una buena técnica con la cual el terapeuta puede ser mucho más activo y no sólo manejar ingredientes inespecíficos.**

8. Los protocolos o manuales de tratamiento que pide la investigación de tratamientos

empíricamente validados se conciben a veces como secuencias rígidas de pasos. Pueden entonces suponer una analogía con lo médico en cuanto tratamiento unidireccional por parte del médico de los aspectos fisiológico-anatómicos, descrito como una secuencia de operación sobre ellos.

Este formato deja escaso espacio para el funcionamiento del cliente como sujeto psicológico, con modos, expectativas, fines y medios para alcanzarlos según dimensiones de logro. **Son de interés protocolos flexibles, descritos como estrategias y modos de operación respecto a los modos de operar y estrategias del cliente que crean los problemas.**

### *A modo de Epílogo*

La práctica de la Psicología Clínica implica tomar decisiones acerca de cuestiones ligadas a la formación, docencia, gestión, investigación, crítica y ejercicio de la psicoterapia. Las respuestas a estas cuestiones son a veces inmediatas, y a veces fruto del diálogo y la reflexión. Este trabajo forma parte de ese proceso de búsqueda de respuestas, que a veces lleva a reescribir las preguntas.

Este texto se compone de tres partes diferenciadas. En la primera parte, “Constructivismo”, a modo propedéutico, expongo los principios constructivistas que son el eje de referencia de todo el trabajo. Realizar esa síntesis supuso más esfuerzo del que hubiera imaginado. Este esfuerzo estuvo motivado por el deseo de aumentar la transparencia e inteligibilidad del análisis posterior.

En la segunda, “Constructivismos en Psicoterapia”, exploro el ámbito de las psicoterapias constructivistas. Para ello utilicé aquellos criterios de análisis iniciales a fin de considerar qué hay de constructivista y en qué medida posibilita la constitución de un sujeto y una disciplina psicológica cada enfoque considerado. Al tiempo que pisaba un terreno cómodo (a veces no tanto) sentía que me impulsaba la curiosidad, por cuanto la tarea era aplicar unos criterios conocidos sobre un nuevo material.

En la tercera parte, “Psicoterapia en Clave Constructivista”, apunto elementos que pueden decirse de la psicoterapia a partir de los criterios constructivistas expuestos inicialmente. Es una parte más ambiciosa, y con ello quizá menos fundamentada. El impulso para escribirla nació del deseo, expuesto en la introducción, de que los conceptos utilizados puedan orientar la práctica. Nació también de la convicción de que la realización más elegante y legítima del conocimiento no es la acumulativa, sino aquella tentativa de hacer propuestas que creen una diferencia. Esa ha sido mi aspiración.

## Bibliografía

- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia centrada en soluciones, en Navarro Góngora, J., Fuertes, A., Ugidos, T. (comps), *Intervención y prevención en salud mental*, Salamanca: Amarú.
- Bröcker, M., (2004). The Part-of-the-World Position of Heinz von Foerster. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 19-26.
- Carroll, L. (1991). *Alicia en el País de las Maravillas*. Barcelona: Ediciones 29.
- Castelnuovo, G., Faccio, E., Molinari, E., Nardone, G., Salvini, A. (2004). A critical review of Empirically Supported Treatments (ESTs) and Common Factors perspective in Psychotherapy. *Brief Strategic and Systemic European Review*, 1, 208-24.
- Collins, H. (2009). We can not live by scepticism alone. *Nature*, 458, 30-31.
- De Koster K., Devisé, I., Flament, I., Loots, G. (2004). Two practices, one perspective, many constructs: on the implications of social constructionism on scientific research and therapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 74-80.
- De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- De Shazer, S., Kim Berg, I., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., y Weiner-Davis, M., (1999). *Terapia breve: el desarrollo centrado en soluciones*, en Nardone, G., Watzlawick, P. *Terapia breve: filosofía y arte* (121-146), Barcelona: Herder.
- Díaz Olguín, R. (2007). *El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista*. Consultado en línea el 18/2/09 en [www.cipra.cl](http://www.cipra.cl).
- Duncan, B.L. (2002). The Legacy of Saul Rosenzweig: The Profundity of the Dodo Bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12 (1), 32-57.
- Elkaim, M. (1996). Ecología de las ideas. Constructivismo, construccionismo social y narraciones ¿En los límites de la sistémica?. *Perspectivas sistémicas*, 42. Consultado en línea el 5/3/2007 en <http://www.redsistemica.com.ar/articulo42-1.htm>.
- Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 56, 107-112.
- Feixas Viaplana, G., Villegas Besora, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández, T.R., Sánchez, J.C. (1990). Sobre el supuesto mecanicismo de la selección natural. Darwin visto desde Kant. *Revista de Historia de la Psicología*, 11 (1-2), 17-46.
- Fernández, T.R., Sánchez, J.C., Loy, I. (1995). *Kant y la historia del Sujeto: un esbozo biográfico*. Comunicación presentada al VIII Symposium de la Sociedad Española de Historia de la Psicología, 27-29 de Abril, Palma de Mallorca.
- Fernandez Liria, A. (2000). From interpretation to commentary: Truth and meaning in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 325-34.
- Fisch, R., Weakland, J.H., Segal, R. (1994). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Frank, J.D. (1961), *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Gergen, K.J. (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

- Gómez Fontanil, Y., Coto Ezama, E. (1990). Modelos para el análisis de la interacción: un esquema básico para la construcción de categorías. *Psicothema*, 2 (2), 151-172.
- Gómez Sancho, M. (1998). *Medicina Paliativa. La respuesta necesaria*. Madrid: Aran.
- Gonçalves, O.F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- González Pardo, H., Pérez Álvarez, M. (2008). *La Invención de los Trastornos Mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?*. Madrid: Alianza.
- Guidano, V.F. (1991). *The self in process. Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hermans, H.J.M., Dimaggio, G. (2004). *The dialogical self in psychotherapy*. New York: Bruner-Routledge.
- Kant, I. (2006). *Crítica de la Razón Pura*. Madrid: Tecnos.
- Kelly, G.A. (1963). *A theory of personality: the psychology of personal constructs*. New York: W. W. Norton & Co.
- Kendler, K. (2006), Las bases genéticas de la ansiedad, en Punset, E., *Cara a cara con la vida, la mente y el universo. Conversaciones con los grandes científicos de nuestro tiempo* (121-130). Barcelona: Destino.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for Integrative and Eclectic Therapist, en Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (comps), *Handbook of psychotherapy integration* (94-129), Nueva York: Basic.
- Ley de Autonomía del Paciente (2002). LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *B.O.E.*, nº 274, viernes 15 de noviembre, pp. 40126-40132.
- Lipchik, E. (2009). *Uncovering MRI Roots in Solution-Focused Therapy*. Consultado en línea el 3/3/2009 en <http://brianmft.talkspot.com/asp/templtes/topmenuclassical.aspx/msgid/363102>
- Machado, P.P.P., Gonçalves, Ó.F. (1999). Introduction. Narrative in Psychotherapy: The Emerging Metaphor. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (10), 1175-1177.
- Mahoney, M.J. (1991). *Human Change Processes. The Scientific Foundations of Psychotherapy*. BasicBooks.
- Mahoney, M.J. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M.J. (2004). What is constructivism and why is it growing?. Consultado en línea el 29/3/2007 en <http://www.constructivism123.com/index.htm>.
- Mahoney, M.J., Granvold, D.K. (2005). Constructivism and psychotherapy. *World Psychiatry*, 4(2), 74-77.
- Mc Gee, D., Del Vento A., Beavin Bavelas, J. (2004). Un modelo interactivo de preguntas como intervenciones terapéuticas. *Sistemas Familiares*, 20(3), 51-66.
- Moncrieff, J. Cohen, D. (2009). How do psychiatric drugs work?. *BMJ*, 338 (27), 1535-1537.
- Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico, fobias. La terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., Balbi, E. (2008). *Solcare il mare all'insaputa del cielo. Lezioni sul cambiamento terapeutico e le logiche non ordinarie*. Milano: Ponte alle Grazie.

- Nardone, G., Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., Watzlawick, P. (comps.) (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Neimeyer, R.A. (2004). Constructivist psychotherapies. En *The Internet encyclopaedia of personal construct psychology*. Consultado en línea el 27/3/2007 en <http://www.pcp-net.org/encyclopaedia/constpster.html>
- Neimeyer, R.A. (2009). *Constructivist Psychotherapy*. New York: Routledge.
- Neimeyer, R.A., Mahoney M.J. (comps.) (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Norcross, J.C. (comp.) (2002). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- O'Hanlon, W. H., Weiner-Davis, M. (1997). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque de psicoterapia*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Rodríguez-Arias Palomo, J.L., Venero Celís, M. (2006). *Terapia familiar breve. Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. Madrid: CCS.
- Sánchez, J. C. (2009a). Función y génesis. La idea de función en psicología y la especificidad del constructivismo. *Estudios de psicología*, 30(2), 131-149.
- Sánchez, J. C. (2009 b). Los límites del constructivismo, en Loredó, J.C., Sánchez-Criado, T., López, D. (comps.), *¿Dónde reside la acción? Agencia, constructivismo y psicología*. Madrid: UNED. Manuscrito presentado para publicación.
- Sánchez, J. C., Loredó, J. C. (2007). Para una crítica de los constructivismos contemporáneos. *Revista de Historia de la Psicología*, 28 (2/3), 35-41.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa.
- Tarnas, R. (1997). *La Pasión del Pensamiento Occidental*. Barcelona: Prensa Ibérica.
- Trepper, T.S., McCollum, E.E., De Jong, P., Korman, H., Gingerich, W., Franklin, C. (en línea). *Solution focused therapy. Treatment Manual for Working with individuals. Research Committee of the Solution Focused Brief Therapy Association*. Consultado en línea el 6/5/09 en <http://www.sfbta.org/research.html>
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R. (1995). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- White, M., Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Winkin, Y. (comp.) (1994). *La nueva comunicación*. Barcelona: Kairós.
- Wittezaele, Jean-Jacques (2004). A systemic and constructivist epistemology for a relational vision of a man. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 11-18.

## APLICACIÓN DEL MODELO PARTE SANA / PARTE ENFERMA A LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON ADOLESCENTES



### **Roberto Antón Santiago**

Psicólogo (U.S.C. Santiago de Compostela). Experto en Programas de Intervención Familiar (U.D.C. Ferrol). Máster en Terapia Breve Estratégica (Centro di Terapia Strategica di Arezzo). Terapeuta Familiar acreditado por la F.E.A.T.F. Psicólogo del Equipo de Atención Familiar del Concello de Pontevedra (Fundación Meniños). Director del Centro de Psicoterapia Proceso de Pontevedra.  
roberto\_anton\_santiago@hotmail.com

### **RESUMEN**

*En este artículo, se ofrecen los resultados obtenidos por el Equipo Técnico de la Fundación Meniños en el desarrollo del Programa de Atención Familiar del Concello de Pontevedra a lo largo de los últimos cinco años. Demostrando su eficacia, en el contexto de los Servicios Sociales de atención primaria, para la intervención en problemas de conducta en jóvenes.*

*Se muestran una serie de componentes que han resultado centrales en el proceso de intervención, como son la aplicabilidad del modelo y las herramientas técnicas utilizadas para ofrecer a nuestros usuarios la mejor de las intervenciones posibles.*

**Palabras clave:** *adolescentes, servicios sociales, modelo parte sana / parte enferma.*

### **ABSTRACT**

*This issue features the results obtained by the Technical Team of Fundación Meniños in the development of the Programa de Atención Familiar in Pontevedra City Council during the last five years. It shows up its efficiency to handle behaviour difficulties in teenagers in the context of the first aid Social Services.*

*There have been observed a series of components that have turned out to be middlemost in the family intervention process, such as the relevancy of the model and the technical tools used to offer the best of the possible interventions to our users.*

**Key Words:** *teenagers, social services, retrieve healthy part/ill part model.*

## 1. Introducción

Suele ser bastante habitual para los que trabajamos con adolescentes cuando comentamos quienes son los destinatarios de nuestra intervención, obtener respuestas que emergen de una serie de prejuicios existentes en la sociedad y que se centran en una visión restringida de la realidad de los jóvenes. Este tipo de situaciones, no tienen mayor trascendencia cuando suceden en la esfera relacional habitual, pero extrapolar esta visión sesgada al ámbito profesional puede ser uno de los ingredientes desencadenantes de fracaso en las intervenciones. Desde nuestro punto de vista si un profesional entra en una dinámica pesimista y centrada en lo negativo, acaba teniendo dificultades para observar la riqueza y lo dinámico que puede llegar a ser el mundo adolescente, resultándole complicado afrontar las dificultades del trabajo diario desde una perspectiva en la que el cambio se considera poco frecuente o incluso imposible. Por esto, proponemos una reflexión sobre el abordaje de aquellas situaciones relacionales con los adolescentes para optimizar la atención profesional que podemos prestarles.

El propio término “adolescente” es utilizado por los más mayores para referirse (casi siempre en tono negativo) a los más jóvenes; este aspecto se puede comprobar rápidamente introduciendo el término en un buscador genérico de Internet, o en cualquier hemeroteca virtual de cualquier periódico regional, nacional o internacional. Se observará que aparece generalmente asociado a temas de consumo de drogas, violencia, vandalismo... Resultando altamente significativo que los propios adolescentes no utilicen este término para definirse a sí mismos ni a sus iguales.

Como teoría explicativa de la construcción del componente negativo que conlleva la palabra adolescente podemos ahondar en las tesis del constructivismo, donde se afirmaba que no es posible tener un acceso directo a una “supuesta realidad”, sino que el mismo está mediatizado por:

✓ Limitaciones neurológicas: Los sentidos. Hay animales que son capaces de visualizar tonalidades a las que no llega el ser humano (infrarrojos, ultravioletas,...). del mismo modo, existen reacciones químicas que suceden en la adolescencia, que quizás sean de difícil comprensión para los adultos (a pesar de haber sido experimentadas).

✓ Limitaciones sociales: Los condicionantes socioculturales, como la cultura compartida o el lenguaje. Los esquimales pueden diferenciar entre cincuenta tipos de blanco. A los menos jóvenes les cuesta entender cierto tipo de costumbres que para los adolescentes son fundamentales para integrarse en su grupo de iguales (SMS's, tuenti, jerga, gustos musicales, vestimenta,...).

✓ Limitaciones individuales: Creencias, valores, intereses, estados emocionales y demás aspectos personales e idiosincrásicos que hacen que cada persona construya una construcción de la realidad única e irrepetible.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, el ser humano, según Gringer y Bandler (1993) construye la realidad a través de los siguientes procesos:

✓ Eliminación: De todo lo que se podría percibir se tiende a una parte, y se desestiman otras. En cierto modo, se suele definir a los adolescentes centrándose en los aspectos más negativos, obviando recursos y potencialidades.

✓ Generalización: Las personas suelen extraer conclusiones de cada experiencia particular y aplicarlas a otras circunstancias similares. Centrarse en ciertos aspectos particulares de los adolescentes permite extraer conclusiones parciales.

✓ Distorsión: Cuando las personas toman una imagen del exterior suelen aplicarle aspectos de su cosecha, con lo cual, no puede ser ni tomarse como una copia exacta de lo representado. Esto puede suceder si las conductas observadas por los adolescentes son analizadas con los parámetros anteriormente comentados.

Por tanto, se hace necesaria una reflexión sobre la posibilidad de que nuestras intervenciones puedan estar contaminadas por este tipo de “distorsiones”. Por ello proponemos un marco de intervención adaptado del modelo parte sana – parte enferma (Gutiérrez, 1998) nacido en un contexto psicoeducativo con familiares de pacientes con esquizofrenia, y que nosotros intentamos aplicar en el ámbito de la intervención social en general y al trabajo con adolescentes en particular.

## **2. Modelos de intervención social con adolescentes.**

Históricamente, el modelo de intervención en el contexto de Servicios Sociales se desarrolla de un modo similar al de los modelos de atención médicos, llegando a utilizar una terminología idéntica para desarrollar ciertos conceptos (Servicios de Atención Primaria y especializada, derivaciones,...). Luego, creando un lenguaje similar, se han generado realidades similares.

Como consecuencia, muchos de los esfuerzos se destinan a buscar la evaluación, la clasificación diagnóstica, y por ende, la razón última de la dificultad observada. Generalmente este proceso de estudio de las causas (etiología) finaliza con una conclusión sobre el problema que desemboca en una intervención directa sobre el mismo con la finalidad de modificarlo para obtener el cambio. Como resultado, podemos caer en una perniciosa ilusión de alternativas: o hay mejoría o hay empeoramiento.

Para ejemplificarlo podemos imaginarnos un problema de absentismo escolar de un adolescente que falta tres días a la semana a clase. Los esfuerzos de intervención se centran en

los problemas, buscando las causas de los mismos y centrándose en la modificación de esas circunstancias que generan la situación de absentismo escolar (trastorno del adolescente, acoso escolar, consumo de sustancias, trauma en la infancia,...). Tras la intervención, se pueden presentar cuatro posibles situaciones:

1. El problema disminuye pero sigue ocupando una parte importante en la vida del usuario. En lugar de faltar tres días falta uno. Los padres están un poco más contentos pero reprochan la conducta absentista, frecuentes castigos, discusiones,... No hay mejoría, luego hay empeoramiento.
2. El problema se mantiene, con lo cual ocupa una parte importantísima en la vida del usuario. Continúa faltando. Esta hipótesis no suele ser habitual, ya que, generalmente, cuando el problema no se soluciona, acaba empeorando.
3. El problema empeora, con lo cual ocupa casi toda la vida del usuario. Falta durante todos los días de la semana a clase.
4. El problema desaparece. Situación ideal.

En este modelo, como podemos observar, la intervención se centró en minimizar el problema (ver figura 1. círculo negro).

#### Modelo de Intervención clásico en Servicios Sociales.

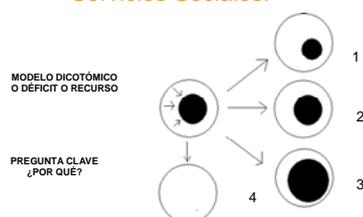


Figura 1. Modelo de Intervención Clásico en Intervención Social.

El planteamiento alternativo parte de un marco general de intervención centrado en los recursos que busca minimizar los factores de riesgo, pero sobre todo amplificar los factores de protección, prestando especial atención a todas aquellas áreas susceptibles de mejora en el individuo y en la familia.

Retomando la situación anterior de absentismo escolar, se pueden presentar cuatro posibles situaciones tras la intervención:

1. El problema disminuye ocupando una parte menor que en el anterior modelo, ya que el área positiva ha crecido. En lugar de faltar tres días falta uno, y además va al gimnasio, colabora en casa, ...
2. El problema se mantiene, con lo cual ocupa una parte importante, pero más pequeña que al inicio de la intervención. Continúa faltando, pero va al gimnasio, ayuda en casa, ...
3. El problema empeora, no obstante, existen aspectos positivos que han sido potenciados. Lleva muchos meses faltando, pero va al gimnasio, ayuda en casa, ...
4. El problema desaparece, y además sus recursos han sido potenciados. Situación ideal.

En este modelo la intervención se centró en maximizar los recursos (ver figura 2. círculo blanco).

Al igual que en el modelo original (Gutiérrez, 1998), se observa un aumento de la competencia, la independencia y la responsabilidad.

#### Modelo de Intervención alternativo

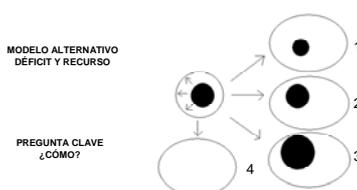


Figura 2. Modelo de Intervención Alternativo en Intervención Social.

### 3. Ingredientes para la intervención con adolescentes

Para desarrollar el modelo de intervención planteado anteriormente, es necesario acudir a una serie de herramientas que beben de la terapia familiar sistémica, no obstante esta orientación abarca un gran número de corrientes / modelos / perspectivas que comparten aspectos en común, pero que, por otra parte, difieren enormemente, hasta el punto de que el mero hecho de recibir esta etiqueta no garantiza el vínculo entre dos enfoques (Gutiérrez, Escudero y Álvarez, 1989). A pesar de esta dificultad, se puede afirmar que teóricamente recoge ideas fundamentalmente de las corrientes estratégicas, estructurales y breves de Terapia Familiar (De Shazer 1986, 1989; Fisch, Weakland, y Seagal, 1984; Minuchin, 1997), aunque a nivel práctico se nutre de diversas fuentes estrechamente relacionadas con la evolución individual, la formación y las características más personales de los técnicos de intervención.

Generalmente, se puede asegurar que, en su estructura, la intervención que realizamos con adolescentes no difiere excesivamente del trabajo realizado con adultos, si bien, es

necesario atender a una serie de aspectos diferenciadores, que según nuestro punto de vista, pueden resultar definitivos a la hora de convertirnos en agentes generadores de cambio.

### **3.1. Aspectos relacionados con el contexto:**

- ✓ Tiempos. Desde nuestro punto de vista, es necesario acortar los tiempos de intervención (en el sentido de duración de las sesiones y de periodicidad). Sesiones largas suelen resultar poco efectivas, y la demora en las intervenciones resta potencia a las mismas.
- ✓ Espacios. Si es posible, se pueden acomodar los espacios de intervención con adolescentes y utilizar estratégicamente lugares donde se encuentre más a gusto (cafetería, parque,...), para abordar ciertas cuestiones.
- ✓ Asistentes. En el contexto de una intervención familiar es imprescindible ofrecer un tiempo individual al adolescente.
- ✓ Herramientas. Como instrumentos de apoyo puede resultar útil introducir aspectos relacionados con su realidad (ordenadores, móviles, carpetas,...) como modo de relacionarse y de generar cambio.

### **3.2. Aspectos relacionados con el proceso:**

- ✓ Consensuar objetivos que sean relevantes, expresados en términos concretos, posibles de lograr y que dependan de los propios adolescentes. (Rodríguez – Arias, J. L., Venero, M., 2006).
- ✓ Informarse acerca de todos aquellos aspectos que han sido potenciadores de cambio en otras ocasiones, o que le han servido a iguales en situaciones similares. (De Shazer, S., 1986).
- ✓ Desactivar las conductas que están manteniendo el problema rompiendo el círculo vicioso, detectando todas aquellas acciones que buscan solucionar el problema contribuyendo finalmente a mantenerlo (Fisch, Weakland y Segal, 1982).
- ✓ Asegurar una positiva alianza de trabajo para avanzar en el camino del cambio. (López, S. Escudero, V. 2006).

### **3.3. Trece Técnicas y Estrategias que han resultado eficaces:**

- ✓ Reencuadre. Consiste en atribuir un nuevo significado a una conducta determinada lo bastante distinto como para marcar una diferencia en la forma de percibir lo redefinido y reaccionar ante ello (Beyebach, 2006). Ejemplos de redefiniciones puntuales serían cambiar timidez por introspección, hiperactivo por despierto, peleas como muestras de interés, depresión por sensibilidad, ...
- ✓ Metáforas. Las alegorías son herramientas útiles que debemos tener preparadas para utilizar cuando sea necesario. Un buen ejemplo sería la siguiente (López, 2006) en la que se le plantea al joven que “Tu vida es como una película, y si una película dura ochenta o noventa

minutos, pues en la actualidad la película está en el minuto catorce. Hasta ahora no has sido protagonista de tu propio film, ya que el director ha decidido que fuesen otras personas quienes guiasen (padres, profesores,...). Ahora es buen momento para convertirte en el verdadero protagonista, y para ello quiero que me cuentes cómo va a ser el minuto quince de tu película...”.

✓ Utilización. Centrarse en todos los recursos y utilizarlos. Una norma es que no salgan de la primera sesión sin encontrar aspectos positivos o en los que el menor se siente competente. No podemos dejar pasar la oportunidad de preguntar al chico qué es lo que le gusta (hobbies, aficiones,...).

✓ Externalización. Otra de las herramientas útiles a la hora de trabajar con adolescentes se centra en la utilización de metáforas relativas a su problema que lo sitúan fuera de su propia persona, este tipo de técnicas activas facilitan una comunicación ajena al lenguaje verbal que en ocasiones encorseta la transmisión de información con los jóvenes. En ocasiones les solicitamos que en la próxima sesión nos traigan algún objeto que pueda ofrecernos la visión de cómo es su problema y a partir de ahí, utilizar metáforas que posibiliten el cambio a través del mismo.

✓ Atribución de locus de control interno. Intentar generar en los adolescentes la idea de que tienen herramientas de cambio, centrándose en todos los inconvenientes que conlleva la situación actual, y en todos los aspectos positivos que podría acarrear una modificación de ciertas conductas. Una estrategia que puede resultar útil puede ser hablar en futuro negativo “Piensa en lo peor que puede ocurrir en relación a tu problema... y en ese caso ¿qué harías? ... y ¿cómo lo harías?”.

✓ Humor y sorpresa. Ambos aspectos son indicativos de una positiva alianza de trabajo. Trabajar con adolescentes implica un plus de adaptabilidad a nuevas situaciones y de búsqueda de atractivos. Cuando se está trabajando individualmente con un joven calificado como “resistente”, resulta fundamental hacer florecer una leve sonrisa o un leve asentimiento, esto significa que la intervención va en la dirección correcta.

✓ Autoapertura. Resulta positivo normalizar ciertos aspectos apelando a experiencias propias reales o supuestas. Comenzando con algo corto y tentativo para observar la retroalimentación ante este tipo de mensajes (Roberts, 2009). Este tipo de intervenciones facilitan que el adolescente valore que se trata de un contexto seguro para la comunicación.

✓ Ponerse del lado del adolescente. Estratégicamente puede ser positivo ponerse del lado del adolescente para lograr su alianza y poder tener margen a la hora de realizar maniobras de confrontación. Generalmente los jóvenes llegan con la sensación de que todo el mundo está en su contra y encontrarse con un aliado en un momento determinado de la intervención se puede convertir en una palanca de cambio.

✓ El enfoque de Colombo (Selekmán, 1996). Se trata de utilizar una estrategia de aparente despiste y desconocimiento. Con adolescentes calificados como difíciles resulta interesante no

activar resistencias y evitar escaladas, con lo cual, es importante mantenerse en una postura “one down”, situándose detrás del adolescente, mostrando sorpresa y cierta sensación de estar perdido.

- ✓ Técnica del Judo. Aprovechar la fuerza del contrario. Al observar que el adolescente puede estar ofreciendo información inconsistente, se solicita más información para desbancar aprovechando las posibles incongruencias.
- ✓ Argumentos generadores de cambio. Generalmente, cualquier persona se convence mejor con argumentos a los que llega uno mismo a través de sus propias reflexiones, que por los argumentos inducidos por otra persona, con lo cual resulta de utilidad aprovechar la potencialidad del diálogo estratégico (Nardone, 2004).
- ✓ Truismos. Jenofonte afirmaba que cuando Sócrates quería explicar algo, empezaba por los presupuestos que contaban con mayor probabilidad de asentimiento, ya que consideraba que este era el camino más seguro para argumentar con otros. De este modo, se puede utilizar esta técnica persuasiva para introducir elementos de cambio en el discurso.
- ✓ Solicitar permiso a la hora de contactar con agentes externos. Esto provoca en los adolescentes una sensación de ser partícipes de las decisiones tomadas, dando la importancia que se merece a abordar con terceros aspectos relacionados con su persona. Una estrategia que ha resultado útil a la hora de gestionar la información en estos contactos ha consistido en imaginarnos que estaba presente el joven y escuchaba lo que teníamos que compartir con otros profesionales.

## **4. Resultados**

### **4.1. Motivo de la intervención**

Desde el inicio del programa se ha realizado una intervención en el ámbito familiar con 46 adolescentes y sus familias. (30 chicos y 16 chicas) derivados al Programa por problemas de conducta (absentismo escolar, comportamiento en el domicilio, comportamiento en el Instituto,...) en el contexto de los Servicios Sociales de Atención Primaria.

Los adolescentes y sus familias acuden derivados por las trabajadoras sociales, que realizan las siguientes demandas:

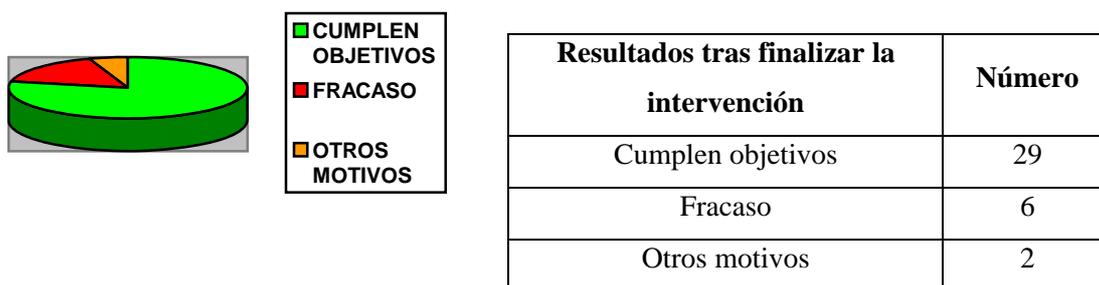
- ✓ Intervención en problemática de absentismo escolar: 25 jóvenes (14 chicos y 11 chicas). 54,35 %.
- ✓ Intervención en conductas problemáticas en el ámbito familiar: 16 jóvenes (12 chicos y 4 chicas). 34,78 %.
- ✓ Intervención en conductas problemáticas sucedidas en el centro educativo: 5 jóvenes (4 chicos y 1 chica). 10,87 %.

#### 4.2. Resultados tras el cierre

Se ha finalizado la intervención con un total de 37 adolescentes (24 chicos y 13 chicas).

Los resultados obtenidos a nivel global son los siguientes:

- ✓ 29 Jóvenes (18 chicos y 11 chicas) cumplen los objetivos consensuados en el Plan de Trabajo (Plan de Mejora Familiar) realizado al inicio de la intervención. 78.37 %
- ✓ 6 Jóvenes (4 chicos y 2 chicas) no cumplen los objetivos planteados en el Plan de trabajo. 16.21 %
- ✓ 2 Jóvenes (2 chicos) son baja en el programa por cambio de domicilio. 5.40%



Gráfica 1. Resultados tras finalizar la intervención.

#### 4.3. Resultados tras el seguimiento

Se ha realizado un seguimiento de los expedientes cerrados tras finalizar la intervención (excepto los dados de baja en el programa por cambio de domicilio). Los resultados obtenidos a nivel global son los siguientes:

- ✓ 24 Jóvenes (15 chicos y 9 chicas) mantienen la situación que provocó el cierre de la intervención. 68,57%.
- ✓ 5 Jóvenes (3 chicos y 2 chicas) en los que se cerró el expediente por cumplimiento de objetivos, se encuentran en el seguimiento con dificultades 14.29%, 2 de ellos (1 chico y 1 chica) reinician intervención.
- ✓ 6 Jóvenes (4 chicas y 2 chicos) no cumplieron los objetivos planteados en el Plan de trabajo, y según la información recabada, no ha mejorado la situación 17.14%.



Gráfica 2. Resultados tras el seguimiento.

## Conclusiones

Al finalizar la intervención, el programa logra un porcentaje de éxito de un 78.37 %.

En el seguimiento tras un año, el Programa mantiene el cumplimiento de objetivos en el 82.75 % de los casos finalizados con éxito. Con lo cual, la intervención mantiene la mejoría en un 68,57% de los casos tras la finalización y el seguimiento posterior anual.

El Programa muestra su eficacia para la intervención en este tipo de problemáticas, arrojando unos resultados similares a programas de intervención de similares características (Rodríguez - Arias 2004, Rodríguez - Morejón, 2004).

Es posible, pues, abordar dificultades relacionadas con la adolescencia desde un contexto de Servicios Sociales de Atención Primaria, ya que el joven y su familia son receptores de una intervención psicosocial de tipo preventivo, próxima a su medio de interacción habitual, con un inicio inmediato y con flexibilidad en cuanto a los contextos de intervención y a las técnicas empleadas para obtener cambio.

En definitiva, trabajar con adolescentes en el ámbito de la intervención social puede convertirse en una ardua tarea, cargada de problemas, vaivenes y dificultades, o puede ser un lugar de encuentro con personas cargadas de ideales, de futuro, de aspectos que aprender y que enseñar. Pues como afirmaba Campoamor “En este mundo traidor, nada es verdad o mentira, todo depende del color, del cristal con que se mira”.

## Bibliografía

- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia breve: un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Friedlander, M. L., Escudero, V. y Heatherington (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Grinder, R. y Bandler, R. (1993). *Trance Fórmate. Curso práctico de hipnosis con PNL*. Madrid: Gaia.
- Gutiérrez, E., Escudero, V. y Álvarez, C. (1989). *El Presente Multifacético de la Terapia Familiar: Un Intento de Sistematización*. Cuadernos de Terapia Familiar, 9-10: 3-34.
- Gutiérrez, E. (1998). "La alternativa de la parte sana en el modelo psicoeducativo". *Sistemas Familiares*, 14, 1, 49-60.
- López, F. (2006). "Del maltrato al buentrato, de la protección al cuidado: La necesidad de un discurso positivo sobre las necesidades de la infancia". Congreso Nacional de Infancia Maltratada. Santander.
- López, S., Escudero, V. (2003). *Familia, evaluación e intervención*. Madrid: CCS.
- Nardone, G. (2004). *Psicosoluciones*. Barcelona: Herder.
- Minuchin, S. (1997). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Roberts, J. (2009). Entrevista a Janine Roberts. Mosaico. Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar. 41, 1, 52-53.
- Rodríguez-Morejón, A. (2004). "La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados". *Papeles del psicólogo*. 25, 87, 45-56.
- Rodríguez-Arias J.L., Otero M., Venero M., Ciordia N., Vázquez P. "Estudio de resultados en terapia familiar breve" (2004). *Papeles del Psicólogo* 25, 87, 29-44.
- Rodríguez – Arias, J. L., Venero, M. (2006). *Terapia Familiar Breve*. Madrid: CCS.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Gedisa.



## INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN CONTEXTOS CLÍNICOS: DESCRIPCIÓN DE METODOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE CEE



**Bajo Lema, Jorge**

Psicólogo Interno Residente

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

**Rodríguez-Arias Palomo, José Luis**

Psicólogo Clínico

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

### **RESUMEN**

*En este artículo pretendemos describir brevemente las alternativas que nos encontramos a nivel metodológico cuando se plantea realizar una investigación de resultados en psicoterapia, así como sus puntos fuertes y limitaciones. Dentro de estas alternativas enfatizamos el uso de estudios naturalísticos, de naturaleza más correlacional, por el interés en maximizar la validez externa de los resultados.*

*En una segunda parte, describimos un ejemplo de la metodología seguida en este tipo de estudios, como es el programa de investigación de resultados en un hospital comarcal, bajo la dirección del segundo firmante. Es un diseño que trata de hacer un balance entre las exigencias de rigurosidad de las investigaciones con la agilidad necesaria para que pueda incluirse en el quehacer habitual de un contexto clínico. Este programa de investigación se encuentra en sus fases finales, una vez se ha dado por finalizada la etapa de intervención terapéutica que ha durado desde febrero del 1999 hasta agosto de 2010, por lo que en breve se podrán ver los primeros resultados.*

## INTRODUCCIÓN

A estas alturas del desarrollo de la psicoterapia no parece necesario insistir en la necesidad de la evaluación de los resultados que produce cualquier intervención psicoterapéutica. Han pasado más de cincuenta años desde el famoso reto de Eysenck y durante este período se han podido obtener datos que respaldan la eficacia general de la psicoterapia (un ejemplo en Shadish et al, 2000).

Actualmente la abundante bibliografía sobre este tema es bastante consistente a la hora de señalar dos posibilidades, cada una con sus ventajas e inconvenientes: por un lado estarían los estudios de eficacia, que enfatizarían la validez interna, y por tanto tratarían de reducir el influjo de factores extraños mediante criterios de homogeneización, y por otro los estudios de efectividad, cuyo objetivo principal sería más bien maximizar la validez externa y la generalización a todo tipo de contextos y poblaciones (p.ej. Bados, Garcia & Fusté, 2002; Barlow, 1996; Botella, 2000; Morrison, Bradley & Westen, 2003; Nathan, 2004).

Si bien el diseño experimental es el que más garantías nos ofrece en cuanto a la posibilidad de establecer relaciones causales, debido al mayor control sobre variables, tanto las independientes como las extrañas, existen controversias acerca de si actualmente es el método más recomendable o factible para la investigación psicoterapéutica. Esto es debido a las distintas dificultades metodológicas que se han ido señalando, sobre todo en estas dos últimas décadas, y que podríamos dividir en: las críticas a cómo se está realizando o promocionando la investigación de resultados en la actualidad, lo que correspondería en esencial al movimiento de los “tratamientos empíricamente validados” (Garfield, 1996; Golfried & Wolfe, 1998), y aquellos que van más allá para dudar de que sea la metodología más idónea, debido a las exigencias inherentes al método experimental (Baskin, 2003; Morrison et al, 2003).

### *Críticas a la corriente de los tratamientos empíricamente validados*

La metodología propuesta por la corriente de los tratamientos empíricamente validados partió de un intento por parte de la American Psychological Association (APA) de demostrar que los tratamientos psicológicos podían ser tanto o más efectivos que los tratamientos médicos, objetivo que se ha cumplido en un inicio (APA, 2006). Para competir en las mismas condiciones se tomaron algunas asunciones de este modelo médico, como el uso un diagnóstico sintomático y un tratamiento específico, que en principio no serían necesarias para demostrar la científicidad del tratamiento (Westen & Bradley, 2005). Y estas asunciones fueron las que en principio suscitaron más críticas, principalmente por parte de enfoques que no las compartían:

*Diagnóstico y no representatividad de las muestras.* Las críticas más importantes han tenido que ver con el uso de muestras en los estudios de eficacia muy poco representativas de

los pacientes que se encuentran en contextos clínicos (Morrison et al, 2003; Westen et al. 2004; Westen, 2005; Humphreys & Weisner, 2000). Las tasas de exclusión en los estudios de eficacia abarcan a una proporción importante de las muestras iniciales, pues incluso en aquellos estudios menos estrictos esta exclusión afecta a más de la mitad de la muestra (Humphreys & Weisner, 2000; Westen & Morrison, 2001). Los criterios de exclusión suelen excluir a pacientes más graves: pacientes con abuso de sustancias comórbido, presencia de trastorno grave en eje I o II, ideación suicida, haber recibido tratamientos anteriores sin respuesta...

Por otro lado, existe cierta controversia acerca de la utilización del DSM-IV (APA, 2002) para especificar diagnósticos, pues existe una gran proporción de pacientes en contextos clínicos habituales que no llegan a alcanzar criterios de diagnóstico según este manual, y cuando se alcanza es frecuente la comorbilidad (Westen & Arkowitz-Westen, 1998, Barlow, 1986).

De hecho, existen algunos enfoques, tanto sistémicos como humanistas, que prefieren el uso de otro tipo de especificación de los problemas por los que acude alguien a psicoterapia. Sin embargo, es cierto que los tratamientos empíricamente validados no rechazan la posibilidad de otras clasificaciones o definiciones de problemas, aunque en la práctica el modelo médico, con sus clasificaciones diagnósticas, haya prevalecido (Chambless & Ollendick, 2000).

*Tratamientos y manuales.* La importancia de que el tratamiento tenga un manual (Chambless y Hollon, 1998), más o menos rígido, se sustenta en la replicabilidad del ensayo clínico, por parte de otros grupos de investigación. Sobre la mayor o menor rigidez que impone ha habido cierta polémica y la actitud de los clínicos, cuando ha sido investigada, ha sido de cierto rechazo aunque acompañada de cierto desconocimiento (Addis & Krasnow, 2000). Otras críticas, consistentes con la perspectiva de los “factores comunes”, han señalado la excesiva importancia dada a la técnica por encima de otras habilidades terapéuticas (Garfield, 1996). Esto se ha reflejado en la diferenciación que ha hecho la APA entre las *guías prácticas*, que son las orientan la actuación del clínico según el área de actuación, así como los asuntos a tratar, de las *guías de tratamientos*, que pretenden dar información específica sobre tratamientos según el trastorno (APA, 2002). Estas últimas serían las más problemáticas, ya que tras estas guías subyacen ideas de cómo se produce el trastorno que es distinto para cada enfoque terapéutico.

*Resultados del tratamiento.* Algunos críticos han señalado que las medidas de resultados se basan principalmente en la sintomatología, lo que no coincide con los objetivos de todos los enfoques. Posiblemente la asunción del modelo médico ha tenido bastante que ver en esto, pero no existe una contraindicación al uso de otras medidas de resultados. De hecho, tenemos diferentes instrumentos de medida que incluyen otros tipos de resultados, como de funcionamiento social o de bienestar subjetivo: Clinical Outcomes in Routine Evaluation –

Outcome Measure -CORE-OM (Barkham et al, 2001) o el Outcome Questionnaire -OQ-45 (Lambert et al, 1996).

Otra cuestión importante es cómo hacer la medida del resultado final en los casos de que la finalización prematura del tratamiento, lo que habitualmente se denomina *abandonos*. El grado en que este problema se presenta es bastante significativo, por ejemplo, Bados informa de un 43,8% de abandonos en una muestra de 203 pacientes, siendo el resultado consistente con los de otras investigaciones, y un 13,3% de ellos informan que se debe a mejoría (Bados et al, 2007), por lo que no siempre es evidente el resultado en estos casos. En los estudios de eficacia, normalmente sólo se incluyen los resultados de los que han terminado la terapia o han cumplido un número significativo de sesiones, pero suponen una proporción importante a la hora de generalizar los resultados.

### ***Críticas a la adecuación del método experimental a la investigación de psicoterapia***

Las críticas hasta ahora nombradas, si bien señalan problemas importantes, permiten el uso de ciertas medidas correctoras, y de hecho se han dado avances significativos: uso de muestras cada vez más parecidas al contexto clínico real y el uso de otros tipos de diagnósticos o clasificaciones; mayor flexibilidad a la hora de especificar los tratamientos, el uso de varias medidas para valorar el resultado... pero existen otro tipo de críticas que van más allá, y se centran en algunas dificultades metodológicas que el diseño experimental exige y que el conocimiento actual de la psicoterapia no puede obviar.

*Ingredientes activos y grupo control:* El diseño experimental se basa, para poder dar lugar a inferencias acerca de ingredientes activos, en la posibilidad de un grupo control que carezca de estos ingredientes. El modelo que se ha dado como ideal, proveniente del entorno médico, es el uso de placebo, bajo condiciones de doble ciego (tanto cliente como terapeuta desconocen en qué condición están) para evitar la influencia que puede tener este conocimiento en el resultado. En psicoterapia, las cosas son algo más complejas. Para empezar, el terapeuta va a ser conocedor de la condición en la que está. Por lo tanto, el placebo tiene que estar cuidadosamente diseñado, para poder determinar cierta especificidad del tratamiento y evitar que las diferencias entre grupos puedan deberse a cualquier otro factor extraño. La revisión realizada por Baskin (Baskin et al, 2003), es bastante esclarecedora: a medida que el diseño del placebo incluye más tiempo de contacto terapeuta-cliente y una explicación más racional o plausible del trastorno más se difuminan las diferencias entre el grupo control y el experimental, por lo que se puede suponer que este tipo de placebo no es tan inocuo como podría esperarse. Si bien este resultado puede resultar algo sorprendente, está en consonancia con los resultados de otro tipo de diseños, los denominados de componentes. Estos en principio tratan de obviar la condición placebo, comparando dos condiciones de tratamiento que sólo se diferencian en una

parte del tratamiento, que se omite en uno de ellos. El metanálisis llevado a cabo por Ahn y Wampold (Ahn & Wampold, 2001) concluyen que ningún componente de los distintos tratamientos estudiados se demuestra necesario, siendo la eficacia similar de los tratamientos con o sin el componente estudiado. Un ejemplo conocido es el de la terapia cognitiva en depresión (Gortner et al, 1998), en el que se obtenían resultados similares tanto con el paquete completo como cuando se eliminaba al componente cognitivo y se dejaba sólo el conductual.

Estos resultados justifican el estudio de los “factores comunes” de los tratamientos, o por lo menos estudiar qué tienen en común los tratamientos que no tienen que ver con los componentes en que se divide. Estos se han centrado principalmente en la alianza terapéutica, de la que luego hablaremos.

*Duración de los tratamientos:* Pero quizás el obstáculo más importante que diferencia a los tratamientos empíricamente validados y el quehacer en el contexto clínico habitual, tiene que ver con la duración de los tratamientos y *cuándo considerar que un paciente se ha beneficiado de un tratamiento*. Los tratamientos manualizados tienen una duración prefijada, de un mínimo de 6 sesiones y por lo general de unas ocho-doce. Es habitual considerar que sólo quién llega hasta el final se ha beneficiado de manera suficiente del tratamiento.

El problema es que el número de sesiones habitual en la práctica es mucho menor del que los tratamientos “eficaces” necesitan: según informa Lambert, con una muestra de más de seis mil pacientes, la mediana de duración del tratamiento era de 3 sesiones, siendo lo más habitual que sea una sola sesión, en un tercio de la muestra (Lambert, 2001). Esta discrepancia es bastante llamativa y las causas no están del todo claras. Una posible explicación es que exista una diferencia importante en cómo se realiza la terapia en investigación y en contextos reales, lo que nos llevaría a preguntarnos qué es lo que se está investigando en los estudios de eficacia.

Otra explicación más interesante, ya que ha aparecido desde distintos tipos de análisis, es la que proponen Lambert (Lambert, Hansen & Finch, 2001), mediante el análisis de supervivencia, y Kelly (Kelly et al, 2005), estudiando las ganancias repentinas (*sudden gains*) en la depresión. Ambos indican la presencia de mejorías en las primeras sesiones, entre la primera y quinta sesiones. Este fenómeno es difícil de explicar si nos limitamos a considerar exclusivamente las técnicas, dado que muchas no se han empleado en esas fases iniciales (para discusión, ver Ilardi & Craighead, 1994, Tang & De Rubeis, 1999 y Busch et al, 2006).

### ***La investigación naturalística***

Ante estas críticas, cabe preguntarse si realmente funciona lo que pensamos que funciona y hacemos lo que decimos hacer. Y es prioritario el tomar como estándar lo que se está haciendo en la práctica, estudiando los procesos de cambio que se producen en este contexto,

sobre todo en las primeras sesiones, con un enfoque correlacional que nos permita el tomar en cuenta un mayor número de variables para poder establecer hipótesis sobre los mecanismos de cambio, que aunque sabemos que se producen en la psicoterapia, todavía no sabemos cómo. Como Westen propone: “examinar patrones de covariación en la práctica clínica entre intervenciones específicas, estrategias de intervención y procesos de cambio por una parte y los resultados obtenidos en diversos momentos de evaluación, por otra; y emplear estos datos para identificar posibles tratamientos eficaces que deberán ser investigados después en estudios controlados (Morrison et al, 2003, traducción en Bados et al, 2008).

### ***El ejemplo del Hospital Virxe da Xunqueira***

La muestra recoge a todas las personas atendidas en la consulta de psicología en el servicio de Salud Mental del Hospital Virxe da Xunqueira de Cee (A Coruña), durante el período comprendido entre su puesta en funcionamiento, en febrero de 1999, hasta agosto del 2010. El número de pacientes atendidos asciende a cerca de tres mil personas.

La metodología de investigación es de tipo correlacional. Se dividen las variables en predictoras –del cliente y de tratamiento- y de resultado. Existen unas variables de proceso que se pueden considerar intermedias entre ambas –de cumplimiento de tareas y alianza terapéutica-

Uno de los objetivos principales era que esta investigación se pudiese integrar en el trabajo habitual, por lo que se ha buscado que los distintos instrumentos de evaluación fueran rápidos y fáciles de implementar en la práctica clínica.

### ***Variables del cliente***

Desde el famoso metaanálisis realizado por Lambert (Lambert & Asay, 1984), se considera que gran parte del éxito terapéutico se debe a factores extraterapéuticos, en las que se incluyen variables relacionadas directamente con el paciente y el contexto (hasta un 40% de la mejoría experimentada en psicoterapia), por lo cual es normal tenerlas en cuenta en la investigación.

Dentro de las variables que se han recogido podemos distinguir cuatro tipos: sociodemográficas, clínicas, escalas clínicas y las de expectativas, las cuales están especificadas en las tablas 1 a 4. Las variables sociodemográficas y clínicas se recogían por el equipo terapéutico tras la primera entrevista, y las escalas clínicas y de expectativas las cubría el paciente previamente a la primera sesión, entregándose tras el primer contacto con la Unidad que realizaba enfermería.

Tabla 1. – Variables sociodemográficas

<b>Sociodemográficas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexo</li> <li>- Edad</li> <li>- Formación</li> <li>- Situación laboral</li> </ul>

Tabla 2. – Variables de expectativas

<b>Expectativas generales</b>	<b>Expectativas específicas de tratamiento psicoterapéutico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoeficacia</li> <li>- Locus de control</li> <li>- Resultado</li> <li>- Éxito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoeficacia</li> <li>- Locus de control</li> <li>- Resultado</li> <li>- Éxito</li> </ul>

Tabla 3. – Variables clínicas

<b>Clínicas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico (DSM-IV)</li> <li>- Gravedad (EEAG)</li> <li>- Tiempo de evolución</li> <li>- Tratamiento simultáneo (Sí/No)</li> <li>- Tratamiento anterior (Sí/No)</li> <li>- Tratamiento psicofarmacológico (Sí/No)</li> </ul>

Tabla 4.- Escalas

<b>Escalas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario de Salud SF-36 (Alonso et al, )</li> <li>- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Tejero, 1986)</li> <li>- STAI State-Trait Anxiety Inventory (Spielberg et al, 1982)</li> </ul>

Las expectativas de autoeficacia y locus de control son variables del cliente que, además de ser de gran relevancia como predictores del resultados (para revisión, Garfield, 1994), pueden ser consideradas focos de tratamiento y modificadas. Se ha tomado el modelo de Expectativas de Control Percibido (Palenzuela, 1993) para determinar los constructos relevantes que afectarían al control percibido: autoeficacia, locus de control y éxito, que afectan a distintos aspectos de las contingencias esperadas entre la persona, su conducta y la respuesta del ambiente (ver Fig.1). Además, resulta de utilidad diferenciar entre expectativas generales y las específicas del tratamiento psicoterapéutico (Rodríguez Morejón, 1994).

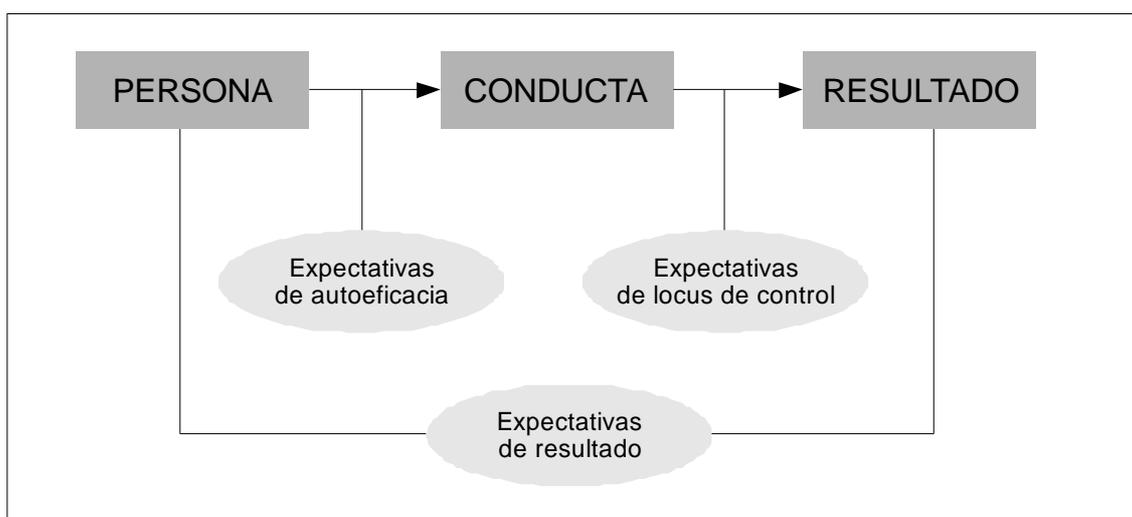


Fig. 1.- Diferencias entre los constructos expectativas de autoeficacia, de locus de control y de resultado (Palenzuela, 1990)

Para evaluar se utilizan las Escalas de Expectativas Generales de control Percibido ECPG y Escalas de Expectativas Específicas de control Percibido (Rodríguez Morejón, 1994), consta de tres ítems de respuesta tipo Likert entre 1 y 9 para cada una de las subescalas (autoeficacia, locus de control y éxito).

### Formulación del caso

La formulación del caso corresponde a la hipótesis etiológica sobre qué está causando el malestar psicológico y las variables relacionadas. El modelo es de Terapia Familiar Breve, tal como aparece descrito en el manual específico (Rodríguez-Arias & Venero, 2006), basado en el enfoque estratégico del MRI (Fisch, Weakland & Segal, 1984).

La idea general es que los problemas se desarrollan y mantienen debido las soluciones ineficaces que se toman y se persiste en ellas. Este tipo de soluciones se puede diferenciar en una serie de patrones o denominador común (Fisch, Weakland & Segal, 1984, Rodríguez-Arias & Venero, 2006), que será el que se tome como hipótesis y guiará el tipo de tareas que se soliciten.

Otras variables que se exploran en la formulación del caso, que provienen de la Terapia Centrada en Soluciones, por su influencia en el resultado terapéutico, es el cambio pretratamiento y la presencia de excepciones –momentos en los que el problema no está presente-, diferenciadas en deliberadas y espontáneas (Rodríguez Morejón, 1994, Johnson et al, 1998).

### ***Medidas de resultados***

La medición del resultado terapéutico se divide en dos variables criterio: el resultado final y el de seguimiento. La variable “Resultado final” puede tener tres valores: “Éxito”, “Fracaso” o “Abandono”, que se obtiene por una ponderación de distintos indicadores de resultado (para ver una descripción detallada de ese proceso, ver Rodríguez-Arias et al, 2004). La variable “Resultado de seguimiento” puede tener como valores “Éxito”, “Fracaso” o “Recaída”, que se obtiene mediante una ponderación de distintos indicadores de resultado de seguimiento (también en Rodríguez-Arias et al.).

Una diferencia principal entre ambas medidas es quién realiza la valoración. Mientras que el resultado final es el equipo terapéutico el que determina el grado de cumplimiento de los distintos indicadores, en el seguimiento es el cliente el que responde al cuestionario. Si bien parece preferible esta segunda opción, para evitar cualquier tipo de sesgo por parte del equipo, es prácticamente imposible hacerlo para cumplimentar el resultado, dado que muchas veces la finalización del tratamiento no es explícita.

Desde mayo del 2009 se ha añadido la evaluación de resultado en cada sesión, tanto para poder controlar este sesgo como para tener una mejor investigación del proceso. Debido a la necesidad de integrarlo de manera natural con el trabajo habitual psicoterapéutico, es recomendable una escala muy breve, por lo que se ha utilizado la adaptación española del “Outcome Rating Scale” (Miller et al, 2003), basada en la escala Outcome Questionnaire - OQ-45 (Lambert et al, 1996), que consta de cuatro ítems de contestación mediante una escala visual que después se traduce a valores numéricos entre 0 y 10. El paciente debe indicar el grado de satisfacción en cuatro niveles: personal, familiar, social y global. El instrumento goza de buenas propiedades psicométricas, informando sus autores sobre población americana de una consistencia interna de 0,93 y de validez concurrente con la OQ-45 de 0,69 (Miller et al, 2003).

### ***Investigación de procesos***

Junto a la evaluación sesión a sesión del resultado, en cada sesión se toman algunos datos relativos al proceso terapéutico, como el cumplimiento de las tareas solicitadas entre sesiones.

Un constructo de importancia fundamental en los estudios de resultados es la alianza terapéutica (para una revisión en castellano, ver Corbella y Botella, 2003), por lo que se decidió

incluir una evaluación continua de esta alianza. Existe una diversidad de instrumentos de evaluación, pero de nuevo las necesidades de hacer un buen balance entre exigencias psicométricas y rapidez de aplicación llevó a la elección de la “Session Rating Scale” (Duncan et al, 2003), una escala de cuatro ítems de contestación en escala visual, con un rango de traducción numérica entre 0 y 10. Está basada principalmente en la Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989), y cada uno de los ítems recoge los distintos factores de esta: vínculo emocional, acuerdo con metas y taras y acuerdo con método y enfoque, más un último ítem de valoración global. El instrumento, aún siendo breve, goza de buenas propiedades psicométricas, con una consistencia interna de 0,88 y validez concurrente con otras escalas de evaluación de la alianza (Duncan et al, 2003)

## CONCLUSIONES

En este artículo hemos descrito brevemente las posibilidades que tenemos en la investigación de los resultados de la psicoterapia y las ventajas que nos ofrecen los estudios de efectividad y diseños correlacionales.

Porque, si bien parece que un buen diseño experimental nos ofrece respuestas más seguras para poder establecer relaciones causales y especificar los mecanismos de cambio que se produce en psicoterapia, estos siguen siendo confusos, y en parte puede ser, como indica Garfield (1996), por el excesivo peso que se le ha dado a la técnica en detrimento de otros factores comunes a los distintos enfoques de psicoterapia.

Existe, de hecho, un abundante corpus de investigación que indica la importancia de factores diversos en el resultado con un importante peso específico, factores que dependen del paciente, del terapeuta, o de la interacción entre estos (para revisión en castellano, Corbella & Botella, 2004a).

La preponderancia de la técnica, del tratamiento específico, surgió de un modelo médico que se utilizó para mostrar la eficacia comparativa de la psicoterapia frente a otros tratamientos médicos, objetivo que se cumplió ajustándose a las especificaciones de ese modelo (diagnóstico específico, tratamiento específico).

Y el diseño experimental es ideal en estas condiciones, y sin duda el más potente. Teniendo el control sobre las variables independientes, que en este caso son el uso o no de una técnica o componente específico, en una muestra con un diagnóstico específico, las conclusiones que se pueden obtener son bastante fiables, en el sentido de que se pueden replicar por otros investigadores.

La utilidad de este diseño vendrá limitada porque esa selección de variables sea útil y generalizable a la población general. Y para poder garantizarlo, este diseño se puede ampliar, más allá de las limitaciones impuestas más o menos expresamente por la corriente de los tratamientos empíricamente validados, con distintas variables independientes: tipo de terapeuta,

otras características del cliente o paciente como expectativas, grado de bienestar subjetivo, funcionamiento social...

Pero existen variables que no podemos controlar, y estas tienen que ver con la interacción. No podemos seleccionar aleatoriamente dos muestras de pacientes cuya condición experimental sea: nula o poca alianza, por un lado, mucha alianza por otro. Esto no tendría mayor trascendencia si no fuera porque esta interacción es un predictor muy potente del resultado del tratamiento (Corbella y Botella, 2003), y actualmente no se puede predecir de otro conjunto de variables que sí podamos controlar.

Esto es lo que nos lleva a considerar preferible el uso de otras estrategias, ya que bien podría ser que los mecanismos de cambio se escondan en este constructo llamado alianza terapéutica. Para eso, y dado que no tenemos el control sobre esta variable, la opción sería un diseño correlacional, con el objetivo que ver qué variables influyen en el resultado. Con la ventaja, además, de que puede hacerse mientras se realiza el tratamiento psicoterapéutico estándar, sin tener que realizar una adaptación de este, con los riesgos que conlleva de pérdida de validez externa.

El programa de investigación del servicio de Salud Mental del Hospital de Cee es un ejemplo de evaluación continua de resultados integrado en el trabajo clínico habitual, mostrando que no tiene por qué ser incompatible la práctica de la psicoterapia con la práctica investigadora. Requiere, evidentemente, de un esfuerzo de recogida de datos por parte del equipo, sobre todo tras el primer contacto, y por parte del paciente para cubrir los cuestionarios que se le solicite cubrir. Es muy importante que esto pueda hacerse de una manera rápida y que produzca la menor reactividad posible en el paciente, que puede provocar un artefacto difícil de controlar.

Esto nos permite tener un número bastante amplio de variables criterio que podemos ver cómo influyen en el resultado: variables del cliente, de formulación del caso, de la relación terapéutica...

Entre las que tienen una tradición más consolidada de investigación están las medidas de expectativas de autoeficacia y locus de control, que siguiendo a Palenzuela (1993), se han incluido en un constructo mayor de “control percibido”, y la alianza terapéutica, de la que se ha tomado una medida sesión a sesión.

En España se ha publicado recientemente un estudio con un diseño y objetivos parecidos (Botella, 2008). Entre las similitudes más significativas están el uso de medidas sesión a sesión del resultado y la alianza terapéutica, difiriendo en las escalas utilizadas para la evaluación: CORE-OM (Barkham et al, 2001) para la evaluación de resultados y la adaptación española del Working Alliance Inventory versión reducida – WAI-S (Corbella & Botella, 2004b) para la alianza terapéutica. La diferencia principal estriba en la elección de escalas más cortas por nuestra parte. La elección de una escala más corta o más larga depende de buscar un equilibrio entre unas propiedades psicométricas adecuadas (fiabilidad, validez, sensibilidad al

cambio) y, por otro lado, la rapidez de aplicación y la reducción de la reactividad. En nuestro caso, las propiedades psicométricas de las escalas elegidas es adecuada cuando se ha medido en una muestra americana, así que en breve se presentarán los datos de nuestra muestra para determinar si esto puede generalizarse.

## Bibliografía

- Addis, M.E. & Krasnow A.D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (2): 331-9.
- Ahn H. & Wampold B.E. (2001). Where Oh Where Are the Specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (3): 251-257
- Alonso, J.; Prieto, L. & Anto, J.M. (1995) La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica* 104(20):771-6.
- American Psychological Association. (2002a). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052–1059.
- American Psychological Association (2002b). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Bados, A.; Balaguer, G. & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology* 63 (6): 585–592.
- Bados, A.; García, E. & Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 2 (3): 477-502.
- Bados, A; García, E. (2008). Eficacia y utilidad clínica de la intervención en psicología clínica. Recurso electrónico: <http://hdl.handle.net/2445/4962>
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., et al (2001) Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 184-196.
- Barlow, D. H. (1996). Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist*, 51, 1050–1058.
- Barlow, D. H.; DiNardo, P. A.; Vermilyea, B. B.; Vermilyea, J. A. & Blanchard, E. B. (1986) Comorbidity and depression among the anxiety disorders, Issues in classification and diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 63-72.
- Baskin, T. W.; Tierney, S. C.; Minami, T & Wampold, B. E. (2003) Establishing Specificity in Psychotherapy: A Meta-Analysis of Structural Equivalence of Placebo Controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6): 973–9.
- Botella, J. (2000). El papel de los estudios de resultados de las terapias psicológicas. *Psicothema* 12 (2):176-9.
- Botella, L. (2008). Resultado y proceso en psicoterapia cognitivo-constructivista integradora. *Apuntes de Psicología* 26 (2): 229-41.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Landes, S. J., & Kohlenberg, R. J. (2006). Sudden gains and outcome: A broader temporal analysis of cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 37, 61–68.
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D.(1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 7-18.
- Chambless, D., & Ollendick, T. (2000). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2):205-21.
- Corbella, S. & Botella, L. (2004a) Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes. Madrid: Vision Net.
- Corbella, S. & Botella, L. (2004b) Psychometric properties of the spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI) *Psicothema*, 16 (4): 702-5.

- Duncan, B.L.; Miller, S.D.; Sparks, J.A.; Claud, D.A.; Reynolds, L.R.; Brown, J. & Johnson, L.D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a “Working” Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy* 3 (3): 3-12.
- Fish, R.; Weakland, J.H. & Segal, L. (1984). La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En A. T. Bergin & S. L. Garfield (eds.) *Comprehensive handbook of psychotherapy and behaviour change* (pgs. 190-228). New York: Wiley.
- Garfield, S. L. (1996). Some problems with “validated” forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 3:218-29
- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 143-150.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dodson, K. S. & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-388.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 64, 223-233.
- Humphreys, K.; & Weisner, C. (2000). Use of Exclusion Criteria in Selecting Research Subjects and Its Effect on the Generalizability of Alcohol Treatment Outcome Studies. *American Journal of Psychiatry* 157 (4): 588-594.
- Hardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of non specific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 138-156.
- Johnson, L. N., Nelson, T. S., & Allgood, S. M. (1998). Noticing pretreatment change and therapy outcome: An initial study. *American Journal of Family Therapy*, 26, 159-168.
- Kelly, M. A. R. ; Roberts, J. E. ; Ciesla, J. A. (2005) Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: When do they occur and do they matter? *Behavior Research and Therapy* 43(6):703-714.
- Lambert, M. J. (2001). The status of empirically supported therapies: Comment on Westen and Morrison (2001) multidimensional multi-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 910-913.
- Lambert, M. J. & Asay, T.P. (1984). Patient characteristics and their relationship to psychotherapy outcome. En Herson, M.; Michelson, L. & Bellack, A.S. (eds.) *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 157-212. New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., et al. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159-172.
- Miller, S.D.; Duncan, B.L.; Brown, J.; Sparks, J.A.; Claud, D.A. (2003). The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy*, 2 (2): 91-100.
- Morrison, K. H.; Bradley R. & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: a naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 109-32.
- Nathan, P.E. (2004). The Evidence Base for Evidence-Based Mental Health Treatments: Four Continuing Controversies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4 (3): 243-54
- Rodríguez-Arias, J. L. & Venero, M. (2006). *Terapia Familiar Breve. Guía para sistematizar el tratamiento terapéutico*. Madrid: CCS
- Rodríguez Morejón, A. (1994). *Un modelo de agencia humana para analizar el cambio en psicoterapia. Las expectativas de control percibido en terapia sistémica breve*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Pontificia de Salamanca.

Spielberger, C.; Gorsuch, R. & Lushene R. (1982). STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). California: Consulting Psychologists Press. Adaptación española. Madrid: Sección de Estudio de Tests. TEA

Ediciones S.A.

Tang, T. Z. & DeRubeis, R. J. (1999). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 283–288.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3–23.

Tejero, A.; Guimera, E.; Farré, J. M. & Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento Psiquiatría Facultad Med Barcelona* 12: 233-238.

Westen, D. (2005). Patients and treatments in clinical trials are not adequately representative of clinical practice. En J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 161–171). Washington, D.C.: APA Books.

Westen, D. & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis II in Diagnosing Personality Pathology in Clinical Practice. *American Journal of Psychiatry* 155:1767-1771.

Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 875-899.

Westen, D.; Novotny, C.M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin* 130 (4): 631–663.



## EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL: EL SINSENTIDO DE UNA POLÉMICA



**Manuel Lopo Lago**  
Psicólogo Clínico

El supuesto “Síndrome de alienación parental “está siendo utilizado de forma coercitiva cada vez con más frecuencia en contextos judiciales de todo el Estado, cada vez más niños/as están siendo separados/as de alguno de sus progenitores, generalmente la madre, en virtud y con la única prueba de un diagnóstico de SAP realizado por “supuestos” expertos/as en el asunto. En numerosas ocasiones los/as “supuestos/as” expertos/as son psicólogos/as que trabajan en los departamentos Psicosociales de los Juzgados, Peritos (psicólogos/as) forenses de distintas instituciones públicas y privadas, técnicos/as de Puntos de encuentro familiares. La preocupación por los menores afectados junto al numeroso grupo de psicólogos/as que se ven involucrados en estos procesos son las razones que han llevado a elaborar el presente documento.

El término SAP es utilizado por primera vez en 1985 por Richard Gardner, médico norteamericano, cuando en calidad de perito judicial elaboró un informe en un caso de litigio judicial por la custodia de los hijos. A partir de ese momento comenzó a ser utilizado en casos de divorcios litigiosos en los que había denuncias de incesto y/o abusos sexuales hacia uno de los progenitores (habitualmente el padre). Se produce el hecho en un contexto social, el estadounidense, en el que el incesto y los abusos sexuales a niños/as en el seno familiar empezaban a ser denunciados, nombrados y por lo tanto se hacían visibles en una sociedad que hasta ese momento se limitaba a mirar hacia otro lado.

*“El síndrome de alienación parental (SAP) es un trastorno infantil que surge casi exclusivamente en el contexto de disputas por la custodia de niños. Su manifestación primaria es la campaña de denigración de un niño contra un padre, una campaña que no tiene justificación. Ello resulta de la combinación de una programación (lavado de cerebro) de adoctrinamiento parental y de las propias contribuciones del niño para el vilipendio del padre objetivo. Cuando un maltrato/abuso sexual está presente la animosidad puede estar justificada y así la explicación del SAP para la hostilidad del niño no es aplicable”<sup>1</sup>.* De esta manera lo ha definido Gardner con pequeñas variaciones a lo largo de su extensa bibliografía. En su primera definición la alienadora era siempre la madre, solo más tarde aparece el padre como posible alienador y ya en 1991 se incorpora que en casos de maltrato, abuso o negligencia puede estar justificado el “rechazo”.

Nadie en contextos jurídicos, clínicos, educativos y sociales que haya tenido contacto con procesos litigiosos de divorcio por la custodia y/o el régimen de visitas de los/as hijos/as, puede negar la existencia de intentos de manipulación de los hijos/as por parte de uno o ambos progenitores. Nadie niega esto y es por tanto lícito suponer que en muchos de estos procesos el hecho se da. La cuestión radica en si el SAP es o no un síndrome médico/psicológico/psiquiátrico. En caso de ser considerado como tal, el diagnóstico de SAP realizado por peritos forenses y/o profesionales de la salud mental cualificados para ello adquiere carácter de prueba. En caso contrario, al no existir un diagnóstico que se constituya en prueba, la supuesta manipulación debería ser probada por los canales habituales en los juicios como cualquier otro elemento presente en el litigio.

A lo largo de los 23 años, desde la acuñación/inención del término por Gardner hasta la actualidad, los partidarios del SAP han intentado que sea reconocido con un resultado absolutamente negativo con la excepción de muy contadas instancias judiciales.

En el ámbito jurídico de EEUU Jennifer Hault, J.D. *Law Guardian*<sup>2</sup> en Kings County, N.Y, realizó en 2006 un extenso y exhaustivo trabajo de investigación en el que nos dice:

*“Este artículo presenta el primer análisis exhaustivo de las cuestiones científicas, legales y políticas involucradas en la admisibilidad probatoria del SAP. Como toda nueva teoría, la admisibilidad del SAP se halla sostenida por una serie de pruebas estándares que buscan*

*proteger el foro legal de la influencia de las pseudo-ciencias. Este artículo analiza cada decisión que sentó precedentes y los artículos de las revisiones de las leyes que se referían al SAP en los últimos veinte años, y se encontró que los antecedentes sostienen que el SAP es inadmisibles y según la mayoría de la escolástica legal es considerado negativo..... El artículo analiza también los escritos del inventor del SAP, el psiquiatra infantil Richard Gardner. Se incluyen veintitrés artículos de revisiones realizadas por pares y cincuenta decisiones legales que el ha citado para apoyar su pretensión de que el PAS tiene validez científica y es admisible legalmente, hemos encontrado que todo este material no sostiene ni la existencia ni la admisibilidad legal del SAP<sup>3</sup>.*

En el ámbito sanitario en la actualidad el SAP no es considerado como tal por la Asociación de Psicología Americana, Asociación Médica Americana, Asociación Psiquiátrica Americana, ni por la Organización Mundial de la Salud, ni está incluida en sus respectivas clasificaciones de las enfermedades mentales: DSM IV y CIE 10<sup>4 5</sup>. En cuanto a las medidas terapéuticas que se sugieren ante el supuesto Síndrome un importante grupo de prestigiosos profesionales españoles de la Medicina y la Salud mental nos advierte que:

*“El pretendido tratamiento (multas, pérdidas permanentes de custodia, prisión, centros de detención juvenil), es exclusivamente coacción legal inútil y contraproducente, que empeora la situación, deja secuelas en los niños/as y en algunos casos documentados ha tenido graves consecuencias. La intervención legal recomendada por el SAP lleva en la práctica a una eliminación de los derechos de los niños/as en nombre de la salud psicológica. La salida de los niños/as del hogar materno en el que se han criado satisfactoriamente, para ir a vivir con un padre al que temen, deja una huella traumática que dura muchos años. Se deja al menor en muchos casos en una situación de riesgo extremo, promovida por la justicia. Dadas estas violaciones de la ética médica y las obligaciones legales, el tratamiento del SAP constituye en sí mismo una mala praxis médica.”<sup>6</sup>.*

### **Argumentos obvios para una polémica sin sentido**

El supuesto síndrome ha sido rechazado por razones de muy diversa índole:

Desde una perspectiva metodológica está demostrado que carece de la más mínima fundamentación puesto que no hay pruebas que lo convaliden, no se han presentado instrumentos de medición fiables, no encuentran análisis de pares (peer review) en revistas científicas, y las muestras de casos que Gardner enuncia en sus publicaciones no han sido corroboradas.

En segundo lugar se le critica desde una perspectiva jurídica puesto que invierte la carga de la prueba. Al ser utilizado “como si” fuera un síndrome médico/psicológico/psiquiátrico se constituye en prueba en sí mismo. Esto entra en contradicción con un principio básico del

ordenamiento constitucional (artículo 24.2), que hace referencia a la presunción de inocencia. Una vez diagnosticada como causante de un SAP, la presunta alienadora (en ocasiones, alienador) debe demostrar su inocencia.

En tercer lugar desde la psicología evolutiva puesto que nos presenta un menor sin capacidad de crítica que repite de forma “robotizada” los argumentos que se supone han pretendido inculcarle, y lo que es todavía más erróneo, si cabe, se considera que no son capaces de elaborar opiniones propias. También se echa de menos que Gardner y los defensores del SAP hablen, en su bibliografía, de los trastornos psicológicos graves que vendrían necesariamente asociados a un “lavado de cerebro”. Como afirma la Asociación Española de Neuropsiquiatría: *“Con el SAP, se borran las contribuciones de: Piaget, Vigotski, Spitz, Mahler, Klein, Freud (Anna), Ainsworth, Winnicot, Bowlby, Lebovici, Ajuriaguerra, Diatkine, Anzieu, Ericsson,.... La lista de los autores que han elaborado mucho de lo que sabemos de nosotros mismos a través de la mente de los niños, sería, inmensa. Toda la complejidad de la psique humana, la que permite o ayuda a explicar los comportamientos y ayudar desde la clínica ha sido simplificada a un nivel máximo por Gardner. Esto permite, como era objetivo suyo, un diagnóstico fácil del SAP”*<sup>7</sup>

Y en último lugar, y no por ello el menos importante, se le critica desde lo ideológico puesto que el supuesto síndrome se inserta en el marco teórico sobre el que Gardner elabora su Teoría de la conducta sexual humana. Las siguientes citas nos hablan de una manera clara sobre el marco teórico en el que Gardner se sustenta, no olvidemos como decíamos al principio que el supuesto síndrome aparece cuando en la sociedad norteamericana se empiezan a destapar los abusos sexuales sufridos por los menores en el contexto familiar.

*“Los niños mayores pueden ser ayudados a darse cuenta que los encuentros sexuales entre un adulto y un niño no son universalmente considerados como un acto censurable. Se le podría contar al niño sobre otras sociedades en las cuales tal comportamiento fue y es considerado normal. El niño podría ser ayudado a apreciar la sabiduría del Hamlet de Shakespeare, que dijo, ‘Nada es bueno o malo. Pero el pensarlo lo hace así. En tales discusiones el niño tiene que ser ayudado a apreciar que en nuestra sociedad tenemos una actitud exageradamente punitiva y moralista sobre los encuentros sexuales entre adulto-niño.”*<sup>8</sup>

*“Si la madre ha reaccionado al abuso de manera histérica, o lo ha usado como excusa para una campaña de denigración del padre, entonces el terapeuta hace bien en tratar de ‘traerla a la cordura’... Su histeria... contribuirá al sentimiento del niño de que se ha cometido un horrible crimen y por lo tanto disminuirá la posibilidad de todo tipo de acercamiento con el padre. Uno debe hacer todo lo posible para ayudarla a poner ‘el crimen’ en una adecuada perspectiva. Ella debe ser ayudada a apreciar que en la mayoría de las sociedades en la historia del mundo, tal comportamiento era omnipresente, y que esto aún es así.”*<sup>9</sup>

*“Es muy probable que la madre tenga problemas sexuales... En muchos casos ella misma fue sexualmente abusada cuando niña...Ella podría no haber logrado nunca un orgasmo—a pesar del hecho de que ella fue abusada sexualmente, a pesar del hecho de que tuvo muchos amantes, y a pesar del hecho de que ahora está casada. El terapeuta, entonces, hace bien en tratar de ayudarla en lograr tal gratificación. Afirmaciones verbales sobre los placeres de la respuesta orgásmica no parecen resultar muy útiles. Uno debe alentar experiencias, bajo adecuadas situaciones de relajamiento, que le posibiliten lograr la meta de la respuesta orgásmica... Los vibradores pueden ser extremadamente útiles a este respecto, y uno debe tratar de superar toda inhibición que ella pueda tener respecto a su uso... la reducción de su propia culpa sobre la masturbación hará que le sea más fácil alentar en esta práctica a su hija, si esto está justificado. Y su aumentada sexualidad podría disminuir la necesidad de su esposo de dirigirse a su hija para una gratificación sexual.”<sup>10</sup>*

El problema se agrava al generalizarse (cada vez con más frecuencia) la utilización de este supuesto síndrome a muchos divorcios litigiosos en los que sin haber acusaciones de incesto o abusos sexuales, uno o varios menores se niegan a realizar las visitas al progenitor no conviviente. Sin tener en cuenta (y esto lo agrava todavía más) si el progenitor no conviviente (habitualmente el padre) ha sido condenado por delito de malos tratos ni otras posibles razones que justifiquen la negativa de los menores, se pide que sea retirada la custodia (y en algunos casos las visitas) del progenitor acusado de alienador.

Resulta bastante reduccionista el considerar que los menores son meras marionetas que repiten sin el menor sentido crítico lo que el presunto “alienador” introduce en su cerebro. Resulta bastante reduccionista pensar que los menores no tienen derecho a sentir, pensar y actuar por sí mismos, aun cuando no negamos que puedan ser influenciados (lo cual tampoco podemos negar, aún en distinta medida, con los adultos).

Actualmente en nuestro País ya existe, al menos, una sentencia en contra del SAP que podría servir como referente en otros juicios en la que se afirma:

*“La popularidad e invocación que de este denominado síndrome se está realizando en los últimos tiempos, y las (calificadas como) peligrosas consecuencias que está llegando a tener en relación con los procesos de separación y divorcio, llevaron a que en diciembre de dos mil siete un muy numeroso grupo de solventes profesionales de Medicina y Salud Mental suscribieran un manifiesto ante el fenómeno psicológico-legal del pretendido síndrome de alienación parental, en el que, entre otras afirmaciones, se expresa de forma contundente que la ideología que sustenta el SAP es abiertamente pedófila y sexista, siendo un instrumento de peligroso fraude pseudo-científico, que está generando situaciones de riesgo para los niños, y está provocando una involución en los derechos humanos de los menores y de sus madres (mujeres)”<sup>11</sup>* y también:

*“Ni compartimos la existencia del “denominado” síndrome de alienación parental (ya se ha explicado más arriba, y la literatura científica al respecto es abundante, además de múltiples referencias en informes periciales sólidos) ni que, en este caso concreto, D<sup>a</sup> M. D. manipulara a su hijo para que rechazase relacionarse con su padre: Existen unas vivencias y una serie de episodios objetivados que difícilmente se solucionarán con el recurso a la fuerza (folio 202 de las diligencias) como hemos expresado en múltiples ocasiones (en otros procesos de similar efecto) en que se acude a la (ínsita) fuerza del poder judicial para imponer relaciones, sentimientos, afectos.”<sup>12</sup>*

El Consejo General del Poder Judicial aprobó el 19 de septiembre de 2008 una Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género en la que ocupa un destacado papel la preocupación del Consejo por la utilización que se está haciendo con el supuesto SAP o “denominaciones alternativas con la misma virtualidad”, en dicha Guía se afirma que:

*“Aceptar, en suma, los planteamientos de las teorías de Gardner- que incluso incluía la aplicación de su teoría en los casos en los que se evidenciaba una situación de violencia, abuso o negligencia- en los procedimientos de guardia y custodia de menores supone someter a éstos a una terapia coactiva y a una vulneración de sus derechos por parte de las instituciones que precisamente tienen la función de protegerles”<sup>13</sup>*

Dicho documento recoge las formulaciones expresadas en la sentencia de la Audiencia provincial de Bizkaia antes citada y entre otras cosas concluye:

*“La conducta de rechazo de los menores al padre tras una separación puede deberse a diversas causas, algunas de ellas nacidas tras la propia ruptura, mientras que otras pueden deberse a factores previos a quiebra de las relaciones afectivas que abocan en la separación. Identificar todas estas circunstancias como SAP parte de una concepción estereotipada de base cultural de los roles de hombres y mujeres, y conllevar cargar de intencionalidad y acción a supuestas conductas de la madre para enfrentar a sus hijos e hijas al padre, que solo se identifican por una sintomatología que, como hemos apuntado, habitualmente no se debe a estas conductas maternas”<sup>14</sup>*

*“En los casos en los que se aprecie problemas de relación y rechazo de los hijos y las hijas hacia el padre, la primera aproximación desde el punto de vista científico debe ser descartar situaciones de violencia y abordarlos como un problema de adaptación o de relación del menor o de su entorno familiar, y no como una patología.”<sup>15</sup>*

Por todo ello considero, que en los informes psicológicos, periciales y declaraciones como testigos-peritos o peritos en caso de que se piense por parte del/la profesional que ha habido manipulación de los/as menores por parte de alguno de los progenitores no debería citarse como causa del rechazo manifestado por los/as hijos/as hacia uno u otro progenitor el supuesto Síndrome de alienación parental, síndrome que hasta la fecha ha sido rechazado sin

ningún tipo de duda por la comunidad científica. Y en esto el Código deontológico es claro, en el artículo 6 de los principios generales se nos dice:

*“La profesión de Psicólogo/a se rige por principios comunes a toda deontología profesional: respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los clientes, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional, solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales.”*

## Bibliografía

<sup>1</sup> Gardner, R., A., “ Legal and psychotherapeutic approaches to the three types of parental alienation syndrome families. When psychiatry and the law join forces” , Court Review, 1991, 28, 1 pag a4-21 Citado en ) Citado en : “ La construcción teórica del Síndrome de alienación Parental de Gardner (SAP) como base para cambios judiciales de custodia de menores. Análisis sobre su soporte científico y riesgos de aplicación” AEN 2008. Disponible en:  
[www.observatorioviolencia.org/.../DOC1273742537\\_Pronunciamiento\\_SAP\\_AEN.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/.../DOC1273742537_Pronunciamiento_SAP_AEN.pdf)

<sup>2</sup> Una Law Guardian, es un cargo judicial en USA, que tiene como finalidad representar a los menores de edad, que intenta salvaguardar su interés, y proporcionar una opinión ecuatorial en su nombre.

<sup>3</sup> Jennifer Hoult, J.D “*The Evidentiary Admissibility of Parental Alienation Syndrome: Science, Law, and Policy*” Science, Law, and Policy, American Bar Association, Child. Legal Rts J. Spring 2006. Traducido por: Brenda Parolini-Blake. Disponible en:  
<http://www.leadershipcouncil.org/docs/Hoult.pdf#search=%22The%20Evidentiary%20Admissibility%20of%20Parental%20Alienation%20Syndrome%3A%20%22>

<sup>4</sup> Dallan, S.J., “ The parental alienación síndrome: Is it Scientific?” en: ST. Charles, E.; Crook, L. (eds) Expose : The failure of family courts to protect children from abuse in custody disputes, Los Gatos, CA : Our Children Charitable Foundation; 1999. Disponible en:  
<http://www.leadershipcouncil.org/1/res/dallan/3.html> (Ref de 16 de Agosto de 2007)

<sup>5</sup> Faller, K., C., “ The parental alienation syndrome : What es it what data support it? “ Child maltreatment, 1998, 3, 2, pp 100-115, Citado en AEN ob. cit. ref. 1

<sup>6</sup> Profesionales de Medicina y Salud Mental ante el Fenómeno Psicológico-Legal del Pretendido "Síndrome de Alienación Parental" (SAP). Disponible en:  
<http://firmasmanifiesto.blogspot.com/2007/12/profesionales-de-medicina-y-salud.html>

<sup>7</sup> AEN “La construcción teórica del Síndrome de alienación Parental de Gardner (SAP) como base para cambios judiciales de custodia de menores. Análisis sobre su soporte científico y riesgos de aplicación” 2008. Extenso, documentado e interesante documento que analiza y desmonta las bases epistemológicas del pretendido SAP

<sup>8</sup> Gardner, Richard A., “True and false accusations of child sex abuse” pag. 549 (Verdaderas y Falsas Acusaciones de Abuso Sexual Infantil) (1992) Traducción cedida por Vaccaro, S.

<sup>9</sup> Gardner ob. cit. ref. 8 pag. 584-585. Traducción cedida por Vaccaro, S.

<sup>10</sup> Gardner ob. cit. ref. 8 pag. 585. Traducción cedida por Vaccaro, S.

<sup>11</sup> Audiencia Provincial de Bizkaia. Sección 6ª Sentencia nº 256/08 Disponible en:  
<http://www.codigo-civil.org/archives/363>.

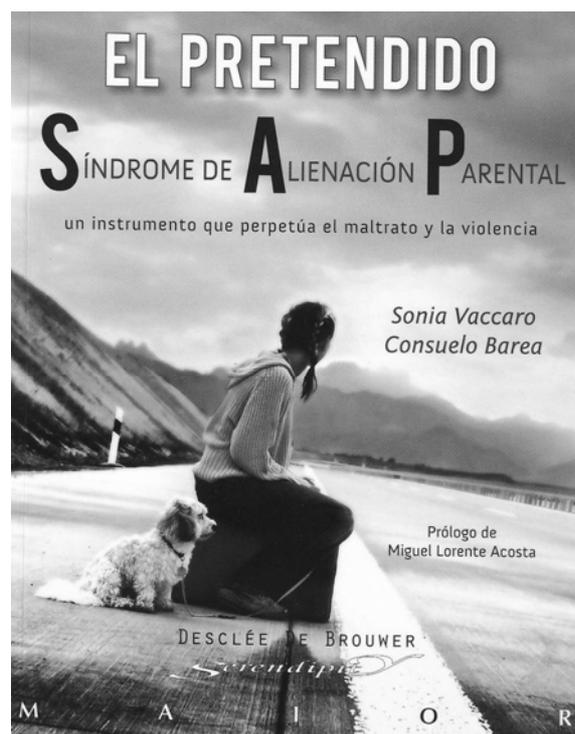
<sup>12</sup> Sentencia anteriormente citada

<sup>13</sup> Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género. Consejo General del Poder Judicial pag. 130 2008. Disponible en:  
[www.malostratos.org/images/pdf/08%20GUIA%20JUDICIAL.pdf](http://www.malostratos.org/images/pdf/08%20GUIA%20JUDICIAL.pdf)

<sup>14</sup> Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género. Consejo General del Poder Judicial pag. 131 2008.

<sup>15</sup> Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género. Consejo General del Poder Judicial pag. 132 2008

**SOBRE EL PRETENDIDO SAP Y CIERTAS CONSECUENCIAS: comentarios sobre el libro “El pretendido síndrome de alienación parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia” de Sonia Vaccaro y Consuelo Barea. Prólogo de Miguel Lorente Acosta. Desclée de Brouwer, Bilbao, 2.009.**



**Gonzalo Martínez Sande**  
Psicólogo Clínico  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

En el excelente trabajo de estas autoras se plasma un tratamiento exhaustivo y detallado del SAP, sus orígenes, planteamientos, limitaciones conceptuales y consecuencias, particularmente en los contextos legales en los que se plantea.

La banalidad conceptual del SAP ya ha sido señalada por otros autores en otros lugares. Su futilidad e inconsistencia desde una perspectiva epistemológica mínimamente rigurosa ha sido también pormenorizadamente analizada. Puede ser suficiente citar:

“Respecto a la existencia en la «realidad» del SAP, consideramos que éste no constituye una entidad médica ni clínica, pudiendo sólo entenderse como modelo teórico sobre una

disfunción familiar en un contexto legal. La existencia del síndrome de alineación parental (SAP) sólo puede comprenderse como un constructo de naturaleza argumental, elaborado a través de argumentos inválidos (falacias), tales como la aplicación de analogías, el pensamiento circular y la apelación constante a la autoridad.” (1)

Lo más interesante del libro, desde mi punto de vista, no es sólo la deconstrucción de un concepto mal planteado desde una consideración estrictamente epistemológica, sino la profundización en otros aspectos:

- El de las consecuencias pragmáticas perversas que plantea su uso (dado su inevitable corolario de la “terapia de coacción”) para las mujeres y los menores implicados. El corolario lógico de la aceptación de la “realidad” del SAP es necesariamente la terapia de amenaza (en términos del propio Gardner)
- El rastreo de los orígenes conceptuales en los escritos de Gardner permite ver el demencial “marco teórico referencial” en el que se asienta y desde el que emerge el SAP. En los escritos de Gardner, tanto en los referidos directamente al tema del SAP como en otros, se pueden encontrar numerosas referencias claramente pro-pedófilas, tal como las autoras detallan en las páginas 166 y siguientes de su libro.
- El amplísimo y exhaustivo análisis que realizan de la introducción, uso, crítica y desacreditación del SAP en los ambientes legales estadounidenses. Hasta la conclusión de inadmisibilidad, al no cumplir los estándares exigidos:

“El “SAP” no cumple las condiciones anteriores (criterios de fiabilidad / Daubert) (...) por múltiples razones: no es un síndrome, no tiene base experimental, no permite diagnosticar nada, confunde rechazo adaptativo justificado con rechazo patológico, tiene una altísima tasa de error diagnóstico, las pruebas de fiabilidad *inter-rater* no pueden demostrar su fiabilidad porque, por diseño, los criterios diagnósticos no se correlacionan con ninguna patología. Los investigadores niegan su existencia como síndrome médico, no está reconocido ni por los expertos pertinentes, ni incluido en el DSM. El “SAP” no tiene soporte en la comunidad científica. Los artículos que Gardner citó no presentan más que “sus creencias subjetivas y sus especulaciones sin pruebas” fallando en conseguir el apoyo de los expertos que acrediten la fiabilidad y la validez del “SAP”” (p.198)

- La falsificación sistemática que al autor hace de su carrera y méritos, “fabricándose autoridad”:

“Irónicamente, puede ser la enorme magnitud de las tergiversaciones al presentarse como experto y al hablar de sus hipótesis como ciencia

comprobada, lo que ha alimentado el éxito de Gardner. Parece que abogados y jueces de todo Estados Unidos eludieron su obligación de revisar los voluminosos documentos que se citaban, quizás asumiendo crédulamente que ningún profesional se atrevería con tergiversaciones tan grandes. Abusando de la confianza de los profesionales legales en las “figuras de autoridad”, Gardner combinó una falsa titularidad como profesor en una institución de élite, con un fajo voluminoso de documentos, para disuadir a los profesionales legales de revisar su presentación. Si los abogados hubieran revelado que Gardner era un voluntario sin sueldo en Columbia cuyas teorías eran auto-publicadas y estaban científicamente desacreditadas, es probable que los jueces no lo hubieran certificado como experto, y el “SAP” no habría entrado en los juzgados estadounidenses” (pp. 178-9; citado de Hoult, 2.006)(2)

- El último aspecto que merece la pena ser destacado es el que se refiere a la revisión de la bibliografía en relación al tema tanto del autor, como de algunos otros que han publicado compartiendo su punto de vista y también de los que han criticado el “concepto” y sus desgraciadas y abusivas consecuencias.

Libro de lectura obligada para cualquiera que quiera informarse con objetividad y criterio, respecto de un tema en el que en ocasiones se mezclan muy diversos ámbitos e implicaciones que no facilitan el que se muestre el aspecto estrictamente informativo.

## Bibliografía

1. Escudero, A., Aguilar, L. y De la Cruz, J.: La lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): «terapia de la amenaza». *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol. XXVIII, n.º 102, pp. 283-305. (accesible en internet: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n2/v28n2a04.pdf>).

Los mismo autores firman un detallado y pormenorizado informe, para la Asociación Española de Neuropsiquiatría: “Análisis sobre las bases científicas del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP) y los riesgos de su aplicación como “trastorno médico y psiquiátrico” en los juzgados de España” (también accesible en internet:

[www.observatorioviolencia.org/.../DOC1273742537\\_Pronunciamiento SAP AEN.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/.../DOC1273742537_Pronunciamiento_SAP_AEN.pdf)

2. Houlst, J.: The Evidentiary Admissibility of Parental Alienation Syndrome: Science, Law, and Policy, *Children's Legal Rights Journal*, Vol. 26, No. 1, 2006 (disponible en internet: [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=910267](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=910267)). Este extraordinario trabajo merece ser consultado por cualquiera que quiera hacerse una idea cabal de este asunto.



