

TERAPIA

FAMILIAR

Insoo Kim Berg y Scott D. Miller

TRABAJANDO CON EL PROBLEMA DEL ALCOHOL

Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia

gedisa



TRABAJANDO CON EL PROBLEMA DEL ALCOHOL

Orientaciones y sugerencias para terapias de familia breves

por

Insoo Kim Berg Scott D. Miller

Centro de Terapia Familiar Breve Milwaukee, VVisconsin

gedisa
editorial

Introducción: un dilema de sobriedad

No son las cosas mismas las que nos preocupan,
sino las opiniones que tenemos acerca de esas cosas.
Epicteto, *Zen to Go* (Winnokur, 1989)

Nan-in, un maestro japonés, recibió a un profesor universitario que había acudido a verlo para investigar el budismo Zen. Nan-in sirvió té. La taza de su visitante se había llenado y él seguía sirviendo. El profesor se quedó contemplando el líquido que fluía rebalsando la taza hasta que no pudo contenerse y dijo: "La taza está llena. No cabe más té". "Tal como esta taza", dijo Nan-in, "tú estás lleno de tus propias opiniones y suposiciones. ¿Cómo podré yo mostrarte el Zen si primero no vacías tu taza?" *Zen Flesh, Zen Bones* [Carne Zen, Huesos Zen] (Reps, 1957)

Tomar la decisión de escribir este libro fue fácil. Durante más años de los que queríamos recordar habíamos tratado con éxito a pacientes con problemas vinculados con su abuso de alcohol o con el abuso de alcohol de otros. Debido a nuestra experiencia, durante cierto tiempo creíamos que teníamos algo importante que decir con respecto al tratamiento de esta población. Pero esta convicción nos llevó finalmente a la necesidad de tomar una segunda decisión, mucho más difícil que la primera: *cómo* escribir este libro. En realidad, no se trataba de una decisión respecto de la mecánica de la redacción del libro (es decir, si usaríamos una máquina de escribir o un procesador de palabras en un ordenador, quién escribiría cuáles capítulos, etc.). Esas decisiones también fueron fáciles. En cambio, nos enfrentamos con otro dilema: cómo expresar nuestras ideas respecto de los ingredientes necesarios para un "buen" tratamiento cuando la dolencia implicaba el alcohol.

La razón de nuestra aprensión era que el modelo que habíamos elaborado para tratar a bebedores problemáticos y/o a familias con miembros bebedores problemáticos, contrastaba fuertemente con las ideas "tradicionales" referentes al tratamiento: problema para nada insignificante, teniendo en cuenta el nivel actual e histórico de polémica que rodea al tratamiento del abuso de alcohol. Debatimos los méritos relativos de las que parecían ser las únicas dos maneras posibles de tratar con este problema. La primera consistía en presentar el modelo con toda la apariencia de la filosofía tradicional del tratamiento del alcoholismo. Si lo hacíamos, el libro podría ser visto como un mero intento de complementar y no de reemplazar la ideología dominante en el tratamiento. Nos parecía que esto tendría la doble ventaja de evitar la controversia y garantizar que por lo menos algunas personas leerían el libro.

La otra alternativa era simplemente presentar nuestras ideas y ver qué pasaba. La ventaja, en este caso, era que el modelo sería presentado como una alternativa eficaz al tratamiento tradicional. Sin embargo, debido a los conceptos no ortodoxos y hasta en algunos casos francamente heréticos, era posible que el modelo en su conjunto fuera rechazado de antemano, considerado como una prueba más de que los profesionales de la salud mental no entendían la *enfermedad* llamada alcoholismo y estaban, de hecho, "negando" la gravedad del problema.

Atisbos de una solución: algunas ideas a partir de la historia de la psicoterapia

Mientras discutíamos los riesgos y las ventajas de estas opciones, recordamos una época en la historia del campo de la psicoterapia que se asemejaba mucho a la atmósfera que rodea actualmente el tratamiento del alcohol. Específicamente, observamos que nuestra posición frente al alcohol no era muy diferente de la de los terapeutas breves en general durante el auge del psicoanálisis. En aquella época la ideología imperante sostenía que toda terapia eficaz debía necesariamente ser intensa y abarcadora y, por lo tanto, prolongada. Freud mismo comentó alguna vez la longitud del tratamiento del que fue pionero, señalando que "sería mágico si tuviera efecto más rápidamente... Pero los tratamientos analíticos llevan meses y hasta años" (DeAngelis, 1987, p. 34). Algunos pensadores de orientación psicoanalítica han hecho valiosos intentos para acortar el período de tiempo requerido para el tratamiento (Garfield, 1989). Sin embargo, los métodos más breves y menos intensivos eran considerados apenas algo más que un "consuelo cariñoso"; y se creía que sólo eran aplicables en casos en los que, por alguna razón, el tratamiento prolongado no era posible o no convenía al paciente (por ejemplo, en situaciones críticas o en el trabajo con pacientes gravemente perturbados).

Se hicieron valer diversas explicaciones para rechazar *a priori* la terapia breve como una alternativa plausible y también necesaria del tratamiento a largo plazo. Se argumentó, por ejemplo, que los problemas —que según se creía se desarrollaban a lo largo de un período de muchos años y/o residían en "profundos" conflictos

inconscientes— sólo podían aliviarse por medio de un trabajo terapéutico correspondientemente largo y "profundo". Basándose en esta hipótesis, los teóricos argumentaban que todo tratamiento que se concentrara solamente en la remoción de los síntomas y no lograra llegar a las fuentes del problema, sólo serviría, en última instancia, para producir el resurgimiento de los síntomas neuróticos. Y como si todo esto fuera poco, se les advertía también a los profesionales de la salud mental que todo esfuerzo por acelerar el proceso era riesgoso porque podía, en el mejor de los casos, producir una terminación prematura del tratamiento; y en el peor, una descompensación total del paciente.

Del mismo modo se subestimaban los casos tratados con éxito en períodos de tiempo más breves. Una explicación muy común era que en realidad esas personas no habían experimentado una "verdadera" cura sino más bien una "huida hacia la salud". En otras palabras, los resultados positivos eran interpretados como maniobras defensivas dirigidas a ayudar al paciente a escapar, a huir del proceso del tratamiento. Tan dominante fue este fenómeno que los terapeutas empezaron a advertirles a sus pacientes que no confiaran en los cambios que pudieran producirse en las primeras etapas del tratamiento. Otra manera de descartar los casos exitosos era atribuir el éxito a la ausencia de una "verdadera" inadaptación o psicopatología, cuya existencia, se afirmaba, habría requerido un tratamiento prolongado (Watzlawick, 1988).

Sin embargo, como ahora es evidente, el tratamiento breve se ha convertido en la norma de la práctica psicoterapéutica (Budman y Gurman, 1988; Garfield, 1989; Garfield y Bergin, 1986). Por cierto, la investigación indica que el término medio de sesiones a que asisten los pacientes está entre cinco y seis (Garfield, 1971, 1986, 1989; Garfield y Kurtz, 1952), un número sorprendentemente bajo si lo compara con el número de sesiones que históricamente se consideraban necesarias para que la terapia fuera eficaz. Además, la investigación sobre los resultados del tratamiento ha demostrado fehacientemente que el tratamiento breve es tan eficaz como la terapia tradicional prolongada, a pesar de todas las predicciones en contrario (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986; Koss y Butcher, 1986; Smith, Glass y Miller, 1980). De hecho, los resultados de un estudio realizado durante 12 años y publicado recientemente por la Menninger Clinic, una institución de enseñanza y de tratamiento de orientación psicoanalítica, mostraron que los pacientes que recibieron tratamiento breve, de apoyo, se beneficiaron tanto con la experiencia como los que se sometieron a tratamiento amplio, prolongado, de orientación psicoanalítica (Wallerstein, 1986, 1989).

Pero el paso del tratamiento prolongado al tratamiento breve no ocurrió de la noche a la mañana. Durante los últimos 40 años se produjeron numerosos acontecimientos que poco a poco fueron moldeando el tratamiento psicoterapéutico hasta llegar a formas más breves. Garfield (1989), por ejemplo, en su reseña de la historia del campo, señala el importante impacto del período de posguerra después de la Segunda Guerra Mundial sobre la filosofía y la práctica de la terapia. En los Estados Unidos, el regreso de gran número de personal militar produjo un fuerte aumento de la demanda de servicios de salud mental que no podían ser satisfechos por un sistema dominado por la tendencia del tratamiento de largo plazo. Finalmente esta situación llevó a la Comisión Conjunta de Enfermedad y Salud Mental (1961) a la conclusión de que los estilos de terapia imperantes en el país, prolongados no sólo en el tiempo de preparación de los profesionales sino también en el tiempo requerido para el tratamiento, no eran útiles para satisfacer la mayoría de las necesidades de los servicios de salud mental. Pero quizás el impacto más profundo sobre la prestación de servicios de salud en Estados Unidos haya sido consecuencia de los recientes cambios en el entorno en que el servicio de salud mental realiza su práctica. Específicamente, la práctica de la psicoterapia está cada vez más regida por las fuerzas económicas de la competitiva atmósfera de "mercado" en que trabajan los profesionales (Cummings, 1977, 1986, 1988; Cummings y VandenBos, 1979). Por ejemplo, en respuesta al alto índice de inflación en la prestación de los servicios de salud, las compañías de seguros de vida y contra terceros, los empleadores, las organizaciones prestatarias de servicios de salud y los organismos financieros del gobierno han puesto en práctica medidas de contención de gastos, incluyendo la fijación de límites al número de sesiones y/o al monto de la compensación económica por los servicios ofrecidos (Cummings, 1986, 1988; Franky Kamlet, 1985; Shulman, 1988). Además, hubo un importante aumento del número de individuos y corporaciones que ofrecen servicios de tratamiento psicoterapéutico, lo que amplió la competencia por la captación de cada dólar gastado en salud mental en el mercado. Estos profundos cambios económicos parecerían haberse combinado para obligar a los profesionales de la psicoterapia a ser más eficaces y *eficientes* que nunca (Cummings, 1986).

Las grandes similitudes: al borde de una solución para nuestro dilema

Nuestras observaciones nos dieron ánimo, porque descubrimos que el estado actual del campo del tratamiento del alcohol es muy similar al de la terapia breve hace apenas 40 años. Por cierto, tal como la preponderancia histórica del psicoanálisis en la psicoterapia, el campo del tratamiento del alcohol está hoy en día casi exclusivamente dominado por el "modelo del alcoholismo como enfermedad" y por los preceptos de los Doce

Pasos como tratamiento. Esta ideología sostiene que el "alcoholismo" es consecuencia del proceso de una enfermedad *unitaria* primaria, progresiva, irreversible y fatal, que afecta del mismo modo a todos los alcohólicos. De hecho, en el comienzo de su libro llamado *FU Quit Tomorrow* [Mañana dejo], Vernon E. Johnson (1973), uno de los principales partidarios de ese enfoque, afirma audazmente que "todos los alcohólicos son, en última instancia, iguales. La enfermedad devora las diferencias y crea un *perfil universal del alcohólico*" (p. 4).

Dentro del modelo tradicional, los pacientes bebedores problemáticos son vistos como resistentes al tratamiento y con "actitud negativa" (Beattie, 1986; Johnson, 1973). Se considera que el tratamiento es un método de "todos para uno y uno para todos" al que los pacientes deben simplemente adherir, si es que quieren alentar alguna esperanza de "recuperación" (Alcohólicos Anónimos, 1976; Johnson, 1973). No es sorprendente entonces que este modelo acepte sólo un resultado como indicador de éxito: la abstinencia y/o la sobriedad. Por esas razones, el tratamiento tradicional del alcoholismo es considerado un proceso prolongado que, en el mejor de los casos, empieza con cierta forma de tratamiento intensivo con internación o ambulatorio y continúa con años de seguimiento del paciente y con un compromiso de por vida con la "recuperación" dentro de un grupo de autoayuda (cf. Johnson, 1973). Los familiares, considerados dentro del modelo tradicional como "encubridores" y cómplices en la promoción y el mantenimiento del problema con la bebida, han sido siempre vistos como un estorbo y, por lo tanto, se los ha excluido de la participación directa en el problema del tratamiento del familiar bebedor (Zweben, Perlman y Li, 1988).

En el transcurso del tiempo se desarrollaron y pusieron en práctica con éxito muchas alternativas a esta conceptualización tradicional del alcohol y su tratamiento pero, al igual que sus predecesoras en la terapia breve, fueron rechazadas de antemano. Además, ninguna conceptualización alternativa, ningún método de tratamiento obtuvieron el mismo amplio apoyo, la misma popularidad entre los profesionales y el público lego, que el modelo tradicional (Annis y Davis, 1989; Bratter y Forrest, 1985; Hester y Miller, 1989; Peele, 1989). Se han dado diversas explicaciones para ese rechazo a priori de métodos alternativos plausibles. En algunos casos se aplicó a los resultados positivos de estos métodos alternativos para tratar el abuso de alcohol el mismo tipo de argumento circular que se usó dentro de la escuela psicoanalítica para descartar las respuestas positivas a los tratamientos breves. Por ejemplo, dado que la conceptualización popular sostiene que el problema es causado por una enfermedad irreversible y letal que requiere un compromiso de por vida con la recuperación, todo individuo que experimenta una respuesta positiva ante tratamientos breves, menos intensivos, es simplemente descartado por no haber sido un "verdadero alcohólico" (Alcohólicos Anónimos, 1939, 1976; Heather y Robinson, 1985). En otros casos, se despliega una suerte de argumento fóbico. Ese argumento afirma que la convalidación de enfoques alternativos amenaza la sobriedad de miles de personas que fueron ayudadas con el modelo tradicional (Armor, PolichyStambul, 1978; Black, 1987; Peele, 1989). Y por último, como mencionamos anteriormente, no faltó quien dijera que los modelos alternativos son una evidencia más de que los profesionales de la salud mental, especialmente los que no son "recuperados" del alcoholismo, no entienden la enfermedad y en realidad niegan la gravedad del problema del consumo excesivo de alcohol.

El campo del tratamiento del alcohol tropieza ahora con algunos de los poderosos obstáculos que finalmente condujeron al cambio en el campo de la psicoterapia en general hace unos 40 años. Y tal vez el más importante de esos factores sea el económico. En los Estados Unidos el costo del tratamiento tradicional es alto y sigue aumentando. Existe, por ejemplo, un estudio (Kamerow, Pincus y Macdonald, 1986) en el que se informa el aumento del costo de los servicios que brindan tratamiento contra el alcohol: de 10.500 millones de dólares en 1980 a 14.900 millones sólo tres años más tarde, en 1983. Estimaciones más recientes indican que los costos para ese tratamiento insumen casi el 15% de todo el presupuesto de salud pública (Holden, 1987). Y ya sucede que compañías de seguros de vida, seguros contra terceros, empleadores, organizaciones que brindan servicios de salud y organismos gubernamentales están tomando medidas de contención de gastos, tal como las que ahora rigen para los servicios de salud mental. Por lo tanto, se puede afirmar que esos cambios económicos servirán de impulso para la creación de modelos más eficientes para el tratamiento del alcohol.

Además, actualmente se ha producido un fuerte incremento de la demanda de servicios de tratamiento del alcohol, así como el regreso de los veteranos de la Segunda Guerra Mundial produjo un fuerte incremento de la demanda de servicios de salud mental (Holden, 1987). Según un estudio, el número de personas que se tratan en centros de internación privados aumentó el 400% en el período de seis años entre 1978 y 1984 (WeisneryRoom, 1984). Asimismo, en Estados Unidos diversos factores contribuyeron a producir este aumento, sobre todo el fortalecimiento de la toma de conciencia a escala nacional de los problemas vinculados con el abuso del consumo de alcohol. Esta nueva conciencia por parte de individuos, educadores, profesionales de la salud mental y el sistema judicial conduce, en muchos casos, a la detección *precoz* del problema de la bebida (Instituto de Medicina, 1990). En nuestra opinión, estos casos requieren métodos de tratamiento menos intensivos que los actualmente disponibles (Sanchez-Craig, Annis, Bórnet y McDonald, 1984). Ello es así sobre todo en los casos de niños y adolescentes,

porque la educación acerca del alcohol y las drogas que actualmente forma parte de los programas escolares permite identificar a los individuos con problemas y derivarlos para recibir tratamiento. De hecho, entre 1980 y 1984 la hospitalización de adolescentes y niños aumentó el 350%, debido principalmente a derivaciones por problemas vinculados con el alcohol y las drogas (Peele, 1986,1989). Por lo general estos programas de tratamiento se basan en la ideología de Alcohólicos Anónimos y en los principios de los Doce Pasos. No es sorprendente entonces que el aumento de la pertenencia a Alcohólicos Anónimos haya sido más elevado entre este grupo de edad (Alcohólicos Anónimos, 1987). No obstante, la utilización de las guías de orientación de AA para enseñar a esta población que sus problemas son el resultado de una "enfermedad" heredada sobre la cual no tienen control —lo que significa que su única esperanza es abstenerse absolutamente del consumo y asistir a reuniones de grupos de apoyo y autoayuda durante el resto de sus vidas— parece, en el mejor de los casos, favorecer una falta de responsabilidad individual; y en el peor, arriesgarse a formular una profecía que por su propia naturaleza tiende a cumplirse. Por esta razón, la identificación precoz de niños y adolescentes con problemas exige el desarrollo de alternativas de tratamiento menos intensivo.

Además, refutando las predicciones en contrario, la investigación de los resultados ha demostrado que los tratamientos alternativos más breves y más eficientes son tan eficaces como los métodos tradicionales, prolongados y orientados hacia la recuperación. En el modelo que presentamos en este libro la duración del tratamiento tiene particular relevancia; no obstante, se han empleado también diversas mediciones en los estudios sobre los resultados: por ejemplo, abstinencia, disminución del número de días con problemas con la bebida, disminución del número de recaídas, disminución de la utilización de medicamentos, disminución de las consecuencias sociales de la bebida. Con respecto a la duración del tratamiento para el bebedor problemático, existen numerosos estudios que no detectaron diferencias apreciables en los resultados de tratamientos prolongados y breves (Fingarette, 1988; Hester y Miller, 1989; Holden, 1986,1987; Miller y Hester, 1986; Mosher, Davis, Mulligan e Iber, 1975; Zweben *et al*, 1988). Otros estudios similares no mostraron diferencias en los resultados entre los programas tradicionales y costosos, residenciales o con internación, y la opción de tratamiento ambulatorio, menos costoso (Miller y Hester, 1986). Además, las últimas investigaciones en el campo de la terapia breve indican que los pacientes que abusan del alcohol pueden experimentar un cambio positivo *rápidamente* con intervenciones mínimas o breves, cuando el tratamiento es dirigido a un objetivo, personalizado y centrado (Berg y Gallagher, 1991; Hester y Miller, 1989; Instituto de Medicina, 1990). En un estudio reciente de más de 16.000 pacientes de "Medicaid", Cummings, Dorken, Pallack y Henke (1990) descubrieron que los tratamientos que duraban un promedio de sólo seis sesiones producían un impacto significativo sobre el bebedor problemático. Además, el peso de la evidencia es tal que recientemente, en su importantísimo estudio sobre el tratamiento de los problemas vinculados con el alcohol, el Instituto de Medicina "recomendó una considerable derivación de recursos desde la atención intensiva, hospitalaria y residencial, hacia intervenciones breves menos costosas y atención ambulatoria" (Instituto de Medicina, 1990).

No preocuparse por las consecuencias

Finalmente llegamos a la conclusión de que el campo del tratamiento del alcohol está al borde de experimentar cambios importantes. Las presiones económicas y la cambiante población afectada por los problemas vinculados con el alcohol empujan hacia la diversificación, a fin de que sea posible satisfacer las demandas del nuevo mercado y de los nuevos pacientes. Por eso decidimos presentar claramente nuestras ideas y no preocuparnos por las consecuencias. Al hacerlo, tuvimos que aceptar la posibilidad de que el modelo tuviera el mismo destino que las alternativas al método tradicional han tenido hasta ahora.

Pero había también un conjunto de circunstancias que nos impulsó a asumir el riesgo de presentar nuestras ideas de una forma simple y directa. En primer lugar estaba nuestra propia experiencia, porque hemos observado que muchos de los casos más graves de consumo problemático de alcohol sufren cambios rápidos y duraderos en respuesta a intervenciones terapéuticas breves o mínimas. Por otra parte, los profesionales del campo suelen admirarse cuando comentamos que es muy frecuente que nuestros pacientes modifiquen voluntariamente su manera problemática de beber con sólo unas pocas sesiones sin internación (el término medio de sesiones es 4,6; de Shazer, 1988; Kiser, 1988, 1990; Kiser y Nunnally, 1988; Zweben, Perlman y Li, 1988). A diferencia de la visión tradicional de estos pacientes como "resistentes" al tratamiento, descubrimos que esta población era afable y estaba dispuesta a trabajar junto con nosotros para resolver sus particulares problemas.

La segunda razón que tuvimos para presentar nuestro método "tal cual es" tiene que ver con el creciente número de personas —los bebedores y sus allegados— afectadas por el consumo problemático de alcohol. Los métodos "tradicionales" simplemente no pueden satisfacer las necesidades de la población cada vez más diversa y numerosa que necesita tratamiento y lo pide. Si existen alternativas que utilicen más eficientemente los escasos

recursos disponibles para brindar tratamiento, sentimos que tenemos la obligación de ponerlos al alcance de quienes lo necesitan.

En tercer lugar, hemos advertido un *cambio* gradual pero significativo en las actitudes de los profesionales hacia el tratamiento de los problemas vinculados con el alcohol. Este cambio se debe en parte a que, fuera de la comunidad dedicada profesionalmente al tratamiento de este problema, hay cada vez más profesionales de la salud que han reconocido la importancia de los problemas vinculados con el consumo de alcohol y los tratan en su consultorio. Esto tiene sentido porque algunas estimaciones realizadas por expertos indican que el alcohol figura en casi el 50% de los casos atendidos por terapeutas (Treadway, 1987). En su mayoría, estos médicos no adhieren a un solo modelo de tratamiento sino que están especialmente interesados en aprender todo lo que puedan acerca de la manera de trabajar eficazmente sobre esos problemas. Hemos notado también un cambio en las actitudes de muchos profesionales formados en los modelos tradicionales que asisten a talleres. En estos casos también se advierte una tendencia a ampliar las opciones de tratamiento y diseñar nuevos métodos para el tratamiento del bebedor problemático.

Y por último, estamos entusiasmados con los recientes desarrollos que han abierto la puerta a ideas nuevas e innovadoras en el tratamiento de los problemas del alcohol: por ejemplo, el trabajo de Alan Marlatt sobre la prevención de la recaída; el informado eclecticismo de William Millar y sus colegas de la Universidad de Nueva México; y la reciente investigación del Instituto de Medicina. Cuando se consideran los aportes hechos por éstos y otros pensadores innovadores parecería que se está gestando un *impulso* en el campo, que promete brindar nuevas visiones de este complejo problema, como también impactantes desarrollos en la prestación de servicios de tratamiento.

El modelo de tratamiento desarrollado en el Centro de Terapia Familiar Breve, de aquí en adelante denominado CTFB, es un buen ejemplo de uno de los numerosos métodos creativos que actualmente se aplican a los problemas del alcohol. Desde luego, no creemos haber descubierto el único camino correcto para tratar a los pacientes que tienen problemas derivados de su consumo problemático del alcohol, o del consumo de otros. Si así fuera, estaríamos repitiendo los errores del pasado. Tampoco creo que el modelo sea aplicable a todos los casos de consumo problemático de alcohol. En realidad, no creemos que haya un solo modelo aplicable en todos los casos. En contraste con el modelo tradicional, no creemos en el *alcoholismo* en sí; y por esta razón, tampoco creemos que sea ni lógico ni útil aplicar una sola estrategia en todos los casos de consumo problemático. Hemos llegado a pensar, en cambio, que hay muchos alcoholismos; quizás haya tantos alcoholismos como bebedores problemáticos. Por eso creemos que la índole multifacética y compleja del problema requiere un conjunto de estrategias igualmente variadas, que puedan aplicarse de un modo personalizado y ecléctico. El modelo que aquí presentamos representa sólo una de las muchas estrategias posibles.

Mirando hacia adelante: un método centrado en la solución

El método desarrollado por Steve de Shazer y sus colegas del CTFB ha llegado a ser conocido como "terapia centrada en la solución". Si bien se ha escrito mucho sobre la aplicación del modelo de la terapia centrada en la solución a diversos problemas y dolencias (Amatea, 1989; Berg, 1991; Berg y Gallagher, 1991; Cox, Chuman y Nunnally, 1989; de Shazer, 1985, 1988; de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis, 1986; Kral, 1988; Kral y Schaffer, 1989; Molnar y de Shazer, 1987; Molnar y Lindquist, 1990), este libro es, hasta donde sabemos, el primero que aplica el modelo específicamente al tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol. Desde el principio fue nuestra intención escribir un libro práctico, del tipo de los "manuales" paso a paso, que pueda ser usado tanto por los que no conocen el tratamiento del bebedor problemático como por quienes ya son expertos en el campo. El orden y la presentación del texto fueron desenvolviéndose a lo largo de los últimos cinco años, a medida que presentábamos comunicaciones y dirigíamos talleres, tanto en el CTFB como en otros lugares del mundo. Con escasas excepciones, el libro reproduce la manera en que presentamos el modelo en esos talleres y seminarios.

En el libro se presenta el modelo actual en cinco partes (capítulo 2 a capítulo 7). Por lo general y más bien irónicamente, nos referimos a este formato como a nuestro método "de los cinco pasos" para encarar los problemas de la bebida. En el capítulo 1 se exponen los principios y supuestos del método centrado en la solución para el beber problemático. Los capítulos 8 y 9 contienen ejemplos de casos.

1. Principios y supuestos

El hombre tiene tal predilección por los sistemas y las deducciones abstractas que está siempre dispuesto a distorsionar la verdad intencionalmente; está siempre dispuesto a negar la evidencia de sus sentidos sólo para justificar su razonamiento lógico.

Dostoievski, Zen to Go (Winnokur, 1989)

Para construir una vasija se moldea arcilla, pero la utilidad de la vasija reside en el espacio donde no hay nada... Así, aprovechándonos de lo que es, reconocemos la utilidad de lo que no es.

Lao Tse, Tao Te Ching (1963)

Durante los veinte años de existencia del Centro de Terapia Familiar Breve, siempre se evitaron las disquisiciones acerca de teorías y principios, en favor de las descripciones prácticas y paso a paso, del tipo "cómo proceder", de un método centrado en la solución. Por lo tanto, la inclusión en este libro de una exposición de principios y supuestos representó una importante desviación de nuestra habitual tendencia pragmática.

Cuando lo hicimos no dejamos de lamentar que este capítulo pudiera tal vez darle al lector la errónea impresión de que primero era necesario entender estos principios y supuestos, para recién estar en condiciones de practicar con éxito el enfoque descrito en el libro. Nuestra experiencia siempre nos ha demostrado lo contrario: los estudiantes *menos* cargados de ideas teóricas abstractas son por lo general los *más* capaces de aprender la terapia centrada en la solución y, por qué no, las técnicas terapéuticas en general.

El gran énfasis puesto sobre lo pragmático en desmedro de lo teórico contrasta fuertemente con la formación académica que reciben la mayoría de los profesionales. En las escuelas de grado los estudiantes se dedican principalmente a aprender diversas *teorías* sobre el comportamiento humano, los problemas del desarrollo y la psicoterapia. Se dedica, en cambio, poquísimos tiempo a las descripciones prácticas y minuciosas de lo que se supone que realmente *hacemos* en terapia. Lamentablemente, estas actividades se postergan para las residencias de los graduados o, lo que es aun más frecuente, se omiten totalmente (Efran, Lukens y Lukens, 1990). Casi siempre, la verdadera formación sobre cómo *hacer* terapia empieza en el trabajo, cuando "las papas queman".

No es sorprendente entonces que esta misma pauta de concentración en las discusiones abstractas y teóricas se repita muy a menudo en la descripción de casos entre colegas. Tan pronunciada es la tendencia que Efran, Lukens y Lukens han señalado lo siguiente:

... es revelador sentarse y observar a los profesionales interactuando en los congresos sobre casos clínicos. Lo habitual es que se dedique una desproporcionada cantidad de tiempo y energía a describir al paciente —sus fobias, su historia, sus dolencias y características— en comparación con el tiempo y la atención dedicados a elaborar un plan específico para el tratamiento o a evaluar las actividades del terapeuta. Se explora con deleite el comportamiento del paciente, pero casi siempre el comportamiento del terapeuta y el plan de tratamiento sólo merecen algunos breves comentarios, (p. 2)

Fieles a nuestra formación inicial, ambos fuimos, en algún momento, expertos en la detección y descripción del problema. Tan expertos éramos que podíamos detectar los problemas de salud mental desde lejos. Cuando nos deslizábamos por la autopista interestatal en la hora pico identificábamos a los conductores que sufrían de "baja autoestima" porque iban derrumbados en su asiento, con los hombros caídos. El supermercado nos brindaba una magnífica oportunidad para observar los complejos y diversos problemas humanos: desde padres incapaces de criar bien a sus hijos hasta empleados con graves trastornos de la alimentación. Lamentablemente, parecía que éramos terapeutas en busca de problemas; y, naturalmente, los encontrábamos por todas partes.

Con el paso de los años, logramos bajar los decibeles y finalmente llegamos a eliminar nuestros "problemómetros". Desde entonces, rara vez nos dedicamos a descubrir, describir y luego catalogar los problemas mentales de nuestros pacientes, nuestros compañeros de supermercado o nuestros compatriotas de las horas pico. La mayor parte de nuestro tiempo está centrada ahora en la descripción y catalogación de las actividades del terapeuta que conducen a los pacientes a encontrar soluciones.

No creemos que los siguientes principios o supuestos sean "verdaderos" en el sentido empírico u objetivo del término. Creemos, por el contrario, que el siguiente material es sólo una descripción de los valores generales y los fundamentos filosóficos que orientan y al mismo tiempo informan nuestro trabajo terapéutico. Las ideas aquí presentadas surgen de lo que hemos llegado a creer acerca de nuestros pacientes y acerca de la naturaleza del cambio. El modelo cambiará y se desenvolverá a medida que aprendamos de nuestros pacientes y nos adaptemos a ellos.

Promesas rotas: un caso ilustrativo

Una mujer y su marido "alcohólico" acudieron al CTFB en busca de tratamiento (de Shazer, 1988). Al comienzo de la primera sesión la señora Z informó que su esposo tenía un problema grave y crónico con el alcohol. Relató que muchísimas veces había prometido dejar de beber y que siempre rompía su promesa con un nuevo episodio de alcoholismo. El señor Z afirmó que él no tenía problema alguno con el alcohol y que, además, no quería dejar de beber. Ante nuestra pregunta admitió francamente haber prometido muchas veces que dejaría de beber, promesas que después no cumplió. Pero según el señor Z, en realidad él nunca había querido realmente hacer esas promesas. Informó que casi siempre, después de haber prometido que nunca más bebería, se iba a visitar a sus padres, propietarios de una taberna en la misma localidad. Entonces decidía tomar "sólo una copa". Pero después, sintiéndose culpable por haber roto su promesa, se quedaba en la taberna y seguía bebiendo.

Después de escuchar las breves descripciones que los pacientes hicieron de la dolencia, el terapeuta empezó inmediatamente a explorar en qué se diferenciaban los momentos en que el señor Z *no* bebía. Quizá por primera vez en la sesión, el señor y la señora Z concordaron en que había ciertas ocasiones en que la bebida no era un problema. Y agregaron que esos momentos tenían una influencia benéfica sobre ambos, no sólo individualmente sino también como pareja.

Por lo tanto, en este caso la *utilización* de los períodos en que la bebida no era un problema —los períodos "sanos", que ya existían pero que la pareja no reconocía— se convirtió en el tema general para el tratamiento. Este es el primero de ocho principios o supuestos del enfoque centrado en la solución: poner el énfasis en la salud mental y no en la enfermedad mental.

Énfasis en la salud mental

Este primer principio se traduce en sesiones terapéuticas en las que la atención se concentra en los éxitos de los pacientes en el manejo de sus problemas. Se ponen de relieve la capacidad, los recursos y las habilidades de los pacientes, y no sus carencias e incapacidades. En nuestro enfoque centrado en la solución, en vez de buscar lo que está mal y tratar de arreglarlo, tendemos a buscar lo que está bien y tratamos de descubrir cómo usarlo. En el caso de las "promesas rotas", por ejemplo, el terapeuta centró la conversación en las ocasiones en que se daba la pauta sana —no beber— y después se limitó a favorecer el aumento de la frecuencia de aparición de esa pauta. Si bien había una amplia evidencia que apuntaba a la patología (consumo crónico de alcohol, falta de control en la bebida, dificultades conyugales vinculadas con el alcohol, etc.), el terapeuta hábilmente retiró el foco de la atención de la patología y lo dirigió hacia la higiene.

Si aceptamos la premisa de que las pautas sanas ya existen pero simplemente no se las ha reconocido, podremos capitalizar esas pautas encaminándonos así hacia soluciones, sin tener que atravesar el proceso tradicional, que consiste en descubrir el problema y *después* elaborar una solución. Como señaló de Shazer (1988), resolver con éxito los problemas que los pacientes llevan a la terapia "no significa que sea necesario explorar

Utilización

Richard Rabkin, un caluroso defensor de la terapia estratégica, traza un paralelo entre el antiguo cuento ruso sobre el cocinero que está preparando sopa de piedra y la interacción terapéutica. He aquí sus instrucciones:

Para preparar este plato fuerte y notablemente nutritivo, usted [el terapeuta] pone a hervir la piedra en una cacerola con agua. Luego les hace notar a sus huéspedes [los pacientes] que, aunque la sopa tendrá un excelente sabor tal como está cociéndose, podría resultar aun mejor si, por acaso, ellos pudieran aportar un ajo, un poco de perejil, algunos tomates, un pedazo de carne, etc. (Rabkin, 1983, p. 15).

Lo que se quiere señalar es que un buen tratamiento implica suscitar, sacar del paciente las fuerzas, los recursos y los atributos saludables que se necesitan para resolver el problema en proceso. Esto se conoce como *utilización* y es el segundo principio del enfoque centrado en la solución.

Los terapeutas breves O'Hanlon y Wilk (1987) resumen sucintamente el principio de la utilización:

El principio consiste en utilizar los recursos, habilidades, conocimiento, creencias, motivación, comportamiento, síntomas, red social, circunstancias e idiosincrasias personales de los pacientes para conducirlos a los resultados que desean lograr, (p. 132)

El terapeuta actúa sólo para suscitar en el paciente aquellas características que le dan a la solución un singular toque personal.

Ejemplo de caso: El Zen de Alcohólicos Anónimos

Beth había leído gran cantidad de bibliografía publicada por Alcohólicos Anónimos y asistía regularmente a las reuniones de la organización. Desde el comienzo ella expresó un fuerte deseo de integrar los Doce Pasos a su programa personal de sobriedad. Beth creía que seguir la filosofía de los "Doce Pasos" era para ella el único camino para dejar de beber. Pese a su firme convicción, hasta entonces ella no había podido lograr que ni siquiera el primer paso "encajara" en su visión budista. El problema se resolvió cuando las creencias religiosas de la paciente fueron *utilizadas* traduciendo cada uno de los Doce Pasos en *koans* (acertijos mentales usados por los budistas para alcanzar la iluminación) del budismo Zen. Por ejemplo: el primero de los Doce Pasos, en el que los pacientes admiten que son impotentes frente al alcohol, fue traducido a un *koan* que rezaba así: "Ceder es la más elevada forma de control". Luego se le dio el *koan* a la paciente para que lo considerara durante la meditación. La dificultad se resolvió en esa única sesión y de allí en adelante ella pudo continuar con su propio programa personalizado de sobriedad.

El término "utilización" fue usado por primera vez por Milton H. Erickson (Erickson, 1959; Erickson y Rossi, 1979) para describir su método de "explorar la individualidad de un paciente para descubrir de qué conocimientos de la vida, experiencias y habilidades mentales se dispone para encarar el problema... [y] después utilizar estas respuestas internas singularmente personales para lograr objetivos terapéuticos" (Erickson y Rossi, 1979, p. 1). Hay un ejemplo particularmente notable: el caso de un oficial de policía retirado por problemas de salud (Gordon y Myers-Anderson, 1981; Rosen, 1982), que acudió en busca de tratamiento debido a su excesivo consumo de alcohol, tabaco y comida. El hombre sufría de enfisema y presión arterial elevada; además, tenía 40 kilos de sobrepeso. Si bien le gustaba correr, declaró que, debido a su mal estado físico, lo más que podía hacer era caminar. Erickson inició inmediatamente un minucioso interrogatorio acerca de la rutina cotidiana del ex oficial de policía. Supo así que el hombre preparaba todas sus comidas y hacía sus compras en un "pequeño almacén" situado en la esquina misma de su casa. Compra los cigarrillos en la misma tienda (tres cartones por vez) y las bebidas alcohólicas en otro negocio cercano.

Cuando terminó su indagación Erickson le dijo al policía retirado que solucionar sus problemas no iba a "ser muy difícil" (Gordon y Myers-Anderson, 1981, p. 111). Después, siguió diciendo:

Puede usted fumar todo lo que quiera... compre sus cigarrillos de a un paquete por vez y camine hasta la otra punta de la ciudad para comprar ese paquete. En cuanto a las comidas que prepara, bien, como no tiene usted demasiado que hacer, compre tres veces por día; pero sólo lo suficiente para una comida, y que no sobre... En cuanto a la bebida... No tengo ninguna objeción que hacer a su hábito de beber. Hay algunos bares excelentes a un kilómetro de su casa. Tome el primer trago en un bar y el segundo en otro, a un kilómetro del primero. Muy pronto estará en forma, en excelente estado físico, (p. 112)

El hombre salió de la oficina insultando a Erickson. Pero un mes después fue a verlo un nuevo paciente, por recomendación del oficial de policía retirado. Según ese paciente, desde entonces el primer paciente había abandonado los hábitos perjudiciales para su salud y consideraba que Erickson era "el único psiquiatra que sabe de qué está hablando" (Gordon y Myers-Anderson, 1981, p. 112; O'Hanlon y Hexum, 1990).

En este caso Erickson empleó el principio de utilización integrando a la solución general uno de los únicos actos sanos que el paciente declaró ser capaz de hacer: caminar. Además, aceptó y luego utilizó la comida, la bebida y el cigarrillo como incentivos para favorecer la actividad física de caminar, más saludable que los otros hábitos. Y lo que es igualmente importante, Erickson utilizó los antecedentes del hombre, que había sido oficial de policía, como dato importante en que basar su certeza de que seguiría las instrucciones del tratamiento. Erickson explica:

Ahora bien, ¿por qué yo lo traté de este modo? Era un policía retirado... *sabía* lo que es la disciplina, y todo era precisamente una cuestión de disciplina. Además, no tendría excusa ninguna para negarse.

El principio de la utilización implica que el profesional que brinda tratamiento debe aceptar el marco de referencia *del paciente* y trabajar dentro de él. En el caso de la mujer budista, por ejemplo, la dificultad estribó fundamentalmente en la incapacidad o la falta de disposición de los profesionales involucrados para adaptarse a sus singulares antecedentes y utilizarlos. Pero una vez que su orientación religiosa fue utilizada en el tratamiento, el problema se resolvió rápidamente.

Este punto de vista contrasta fuertemente con el de los métodos tradicionales de tratamiento del alcoholismo, que se basan principalmente en que el paciente acepte primero el marco de referencia del *terapeuta* y/o el modelo de tratamiento y sólo después trabaje dentro de él. En los modelos tradicionales, se espera de los pacientes que aprendan el marco de referencia del modelo de tratamiento y se adapten a él; de lo contrario, serán

considerados difíciles, resistentes, o "en negación"; hasta hace muy poco, no había ninguna alternativa viable (Miller, en prensa; Zweben *et al.*, 1988).

Debemos señalar especialmente que los terapeutas centrados en la solución no son inmunes al problema de no aceptar el marco de referencia del paciente y no trabajar dentro de él. Hemos consultado (y supervisado) a muchos terapeutas centrados en la solución que han tenido dificultades en su trabajo con bebedores problemáticos debido principalmente a su renuencia a trabajar dentro del marco de referencia de ciertos pacientes, que creen en los Doce Pasos y en Alcohólicos Anónimos. Es preciso destacar que los enfoques tradicionales *funcionan* para muchos, pero no para todos los pacientes.

Una visión ateórica/no normativa/determinada por el paciente

El enfoque centrado en la solución no hace presunciones acerca de la "verdadera" naturaleza de los problemas que los pacientes experimentan como consecuencia del alcohol. Observa, en cambio, la particular molestia del individuo acerca de su abuso (o el de otros) del alcohol y trata de encontrar una solución para ese *individuo*. A este respecto, Milton Erickson dijo cierta vez que él inventó "un nuevo tratamiento según el individuo" (Zeig, 1980). En lugar de tratar *un solo* alcoholismo, el terapeuta centrado en la solución trata muchos alcoholismos diferentes: un tipo diferente para cada uno de los pacientes tratados. Adoptar hacia el alcohol una postura ateórica, no normativa y determinada por el paciente permite al profesional de la salud mental renunciar al rol de experto o maestro en favor del rol de estudiante o aprendiz. Como tal, el terapeuta sirve al paciente indagando su singular manera de conceptualizar la dolencia que lo llevó a buscar tratamiento. Sólo después de haberse tomado el tiempo necesario para recabar información del paciente puede el terapeuta esperar ser capaz de brindar su ayuda. Para citar una vez más palabras de Milton Erickson (Zeig, 1985):

Cada persona es un individuo único. De allí entonces que la psicoterapia deba formularse con miras a satisfacer esa singularidad de las necesidades del individuo y no a adaptar a la persona para que encaje en el lecho de Procusto de una hipotética teoría del comportamiento humano, (p. viii)

Esta orientación filosófica hacia el tratamiento es responsable de las dos diferentes soluciones desarrolladas en los ejemplos de caso hasta aquí presentados. Tal vez no hubiese sido posible hallar solución alguna si, con respecto a los problemas del alcohol, el terapeuta hubiera estado sujeto a una fuerte adhesión a determinada visión teórica, normativa o determinada por el modelo. Este fue el problema en el tratamiento de la paciente budista. La lealtad de los profesionales al dogma teórico de su modelo de tratamiento les impedía ser lo suficientemente flexibles para satisfacer las necesidades de la paciente, quien, por otra parte, reclamaba desesperadamente que la ayudaran. Así, la visión ateórica, no normativa y determinada por el paciente respecto de los problemas del alcohol fomenta la flexibilidad por parte de los profesionales de la salud mental. Como el método centrado en la solución es ateórico y determinado por el paciente, se dedica poco tiempo, en las sesiones de tratamiento y en las discusiones con colegas, a imaginar o *explicar* por qué existe el problema. ¡Simplemente, se acepta la visión del paciente en su significado literal! Por esta razón no se gasta tiempo tratando de convencer a los pacientes de que deben aceptar determinada orientación teórica para que se les ayude, o enfrentando su resistencia o su negativa cuando discrepan. Por el contrario, la terapia centrada en la solución, como su nombre ya lo indica, se aboca inmediatamente a la tarea de elaborar soluciones. El teórico de las comunicaciones Robert Norton (1982) llegó a la siguiente conclusión:

El psiquiatra y el psicólogo gastan su tiempo tratando de develar la causa indudable y correcta del problema... mientras que el terapeuta breve apostará a cualquier solución menor e imperfecta que funcione, (p. 307) Según las palabras de de Shazer (1986):

Tradicionalmente la terapia se centró en los problemas y en la resolución de los problemas... cuando se centra en la solución, el terapeuta habla de cambios, de las diferencias que hacen una diferencia y de soluciones, en vez de hablar de dificultades, molestias y problemas, (pp. 48-49)

Parquedad

Hay una anécdota apócrifa acerca de Steve de Shazer que ilustra bien el principio de la parquedad. Cierta vez un visitante obsequió a de Shazer la cita de Thoreau: "Simplificad, simplificad, simplificad", creyendo que ese texto ejemplificaba bien la parquedad del trabajo de de Shazer. Después de leer el aforismo de Thoreau, de Shazer tomó un lápiz y debajo de la cita garabateó: "simplificad". Después de considerar por un momento su propia versión del texto, dijo: "¡Así está mucho mejor!"

Como se desprende claramente de esta anécdota, de Shazer prefiere los medios más simples y directos para llegar a un fin, y esta visión caracteriza el método centrado en la solución que él desarrolló. De hecho, de Shazer acostumbra citar las siguientes palabras del filósofo del siglo XIV, Guillermo de Ockham: "Lo que se puede hacer

con pocos medios falla si se hace con muchos" (de Shazer, 1985). El modelo centrado en la solución busca la economía en los medios terapéuticos que se usan para obtenerlos fines terapéuticos deseados. Esto se logra llevando a cabo el tratamiento desde abajo hacia arriba y no desde arriba hacia abajo. La terapia actúa en función de las estrategias y los supuestos más directos y sólo agrega complejidad si es necesario. Esa misma idea está expresada en muchos de los eslóganes usados por los asistentes regulares de Alcohólicos Anónimos; por ejemplo: "¡Hazlo simple, estúpido!"

El trabajo desde abajo hacia arriba es muy diferente de los enfoques más tradicionales respecto del alcohol y de la salud mental en general, que casi siempre trabajan desde arriba hacia abajo. Es decir, que estos métodos suelen *empezar* con los supuestos más difíciles y las estrategias de tratamiento más complicadas, para recién después agregar simplicidad solo como un apéndice, si es que se la agrega. Efran, Lukenfl y Lukensf (1988) se refieren a esta tendencia llamándola "complejo de oscuridad" y hacen notar que muchos terapeutas, al enfrentarse con los problemas corrientes que los pacientes presentan, suelen desarrollar "retorcidas formulaciones y elaboradas intervenciones... [que] en vez de aclarar la práctica del profesional, la complican" (p. 17). Un buen ejemplo es la difundida suposición de que las dolencias que los pacientes suelen plantear durante el tratamiento son simplemente "la punta del iceberg", las manifestaciones superficiales de problemas subyacentes más profundos y patológicos, que necesariamente requieren un tratamiento igualmente profundo y prolongado, si es que se ha de alentar alguna esperanza de éxito. Teniendo en cuenta esta orientación no es difícil advertir por qué el beber problemático suele transformarse en algo más patológico. Esa manera de beber se convierte rápidamente en una enfermedad importante, crónica y progresiva o en la manifestación de cuestiones intergeneracionales no resueltas, que exigen un tratamiento largo e intensivo. Sin embargo, cuando se trabaja desde arriba hacia abajo, todas las formulaciones complejas del problema y todas las elaboradas estrategias de intervención pueden ser reemplazadas por un método más parco, que consiste en aceptar literalmente la versión del paciente acerca de lo que lo aqueja y después elegir el tratamiento más simple y menos invasor posible.

O'Hanlon y Hudson (comunicación personal, 1989) han relatado un caso, tratado por el pionero de la terapia de familia y de pareja R. Lofton Hudson, que constituye un excelente ejemplo de los beneficios del trabajo de arriba hacia abajo. Hudson estaba dirigiendo un taller de formación en terapia de pareja y de familia y alguien le pidió que tuviera una reunión privada con un hombre joven que estaba preparándose para el sacerdocio. Le dijeron a Hudson que el joven tenía un problema: acostumbraba travestirse. Ese problema, grave para alguien que sería sacerdote, había sido resistente al tratamiento. Hudson aceptó tener una entrevista con el joven y realizó una sola sesión de "terapia". Finalizado el taller, Hudson se fue y no supo más nada acerca del resultado de aquella única sesión, hasta que muchos años después volvió al lugar para dirigir otro taller. Inmediatamente empezaron a interrogarlo acerca de la "técnica" que había empleado en el caso del joven transformista. Hudson supo entonces que inmediatamente después de la sesión el joven había dejado totalmente de vestirse de mujer. Algo confundido, Hudson se negó a revelar la técnica que había provocado aquella cura milagrosa. Pero al arriesgar las preguntas terminó por confesar que él sólo le había dicho al joven: "Hijo: ¿por qué no terminas ya con esa tontería de vestirte con ropa de mujer?", a lo cual el hombre había respondido: "Muy bien, así lo haré".

Desde luego, sólo se puede especular acerca de las diversas estrategias de tratamiento que se emplearon sin éxito en este caso, como también acerca de los diferentes supuestos teóricos que probablemente orientaron la elección de tales estrategias. Pero es evidente que no incluían la idea de que aquel joven podía controlar su comportamiento, y es muy probable que a nadie se le haya ocurrido pedirle simplemente que dejara de hacerlo. Ahora bien, teniendo en cuenta el interés actual por las llamadas "adicciones sexuales", nos preguntamos si la situación podría hoy en día ser tratada de otro modo.

Además de simplificar enormemente las cosas —como en el caso del joven que se vestía de mujer— otra ventaja de trabajar mesuradamente es que la terapia se convierte, como dijo Erickson cierta vez, en una simple cuestión de "hacer caer la primera ficha del dominó" (Rossi, 1973, p. 14). En otras palabras, un pequeño cambio en un área puede llegar a causar profundas diferencias en muchas otras. Spiegel y Linn (1969) se refieren a esto llamándolo "efecto ondulatorio" y señalan que con frecuencia sólo se necesitan cambios mínimos para empezar a resolver las dificultades; y que una vez que el cambio se inicia, el paciente mismo generará nuevos cambios. Por esta razón rara vez sentimos necesidad de recurrir a los métodos complicados y/o invasivos que con tanta frecuencia se emplean en el tratamiento de bebedores problemáticos. Casi siempre lo único que se necesita para producir cambios espectaculares es hacer intervenciones mínimas, destinadas principalmente a movilizar al paciente en la dirección del cambio deseado.

Ejemplo de caso: Sacar a alguien del infierno

Un hombre de 54 años de edad, que se describía a sí mismo como "alcohólico", entró en tratamiento pocos días después de una larga recaída, que había durado dos meses (Miller, en prensa). Esta persona contó que toda su vida había tenido problemas con el alcohol y que muchas veces había iniciado tratamientos que siempre fallaron. Desalentado por la recaída, pensaba que debería permanecer 28 días en la clínica en la que había sido internado. Al ser interrogado acerca de las ocasiones en que lograba manejar bien sus problemas con el alcohol, dijo que hubo largos períodos (meses, años) durante los cuales él había logrado enfrentar con éxito esos problemas. Al profundizar el interrogatorio el paciente pudo especificar qué cosas diferentes había hecho durante los períodos que contribuyeron a su éxito. Entre muchas otras cosas, mencionó que había asistido a algunas reuniones de Alcohólicos Anónimos durante varias semanas. Entonces se le preguntó qué le parecería empezar a hacer más de aquello que antes había funcionado. El hombre expresó una confianza relativamente alta en que podría hacer por lo menos algunas de esas cosas (es decir, asistir a algunas reuniones de AA). Al día siguiente de la primera entrevista salió del hospital. Posteriormente hubo dos sesiones más de tratamiento, durante las que se empleó esta simple estrategia para generar la oportunidad de elaborar una solución. Hace poco tiempo este paciente le mandó al terapeuta una copia de su diploma de Alcohólicos Anónimos por un año de sobriedad. Entonces el terapeuta lo llamó por teléfono para felicitarlo; y cuando le preguntó qué había sido lo que más le había servido del tratamiento, respondió: "Usted me movilizó y después ¡me sacó del infierno!"

El cambio es inevitable

El ejemplo anterior no sólo ilustra el "efecto ondulatorio" sino que demuestra también lo inevitable que es el cambio. El hombre ya había empezado a cambiar cuando, antes de entrar en tratamiento, suspendió por "unos días" la recaída. Esos cambios llevaron inevitablemente al resultado de un año de sobriedad. El método centrado en la solución se basa en el supuesto de que el cambio forma parte de la vida hasta tal punto que los pacientes no pueden dejar de cambiar (de Shazer, 1985). Por lo tanto, muchas veces la terapia consiste simplemente en identificar los cambios que se están produciendo naturalmente y en utilizarlos para llegar a una solución.

La idea de que el cambio es inevitable se relaciona con la observación de que "nada sucede siempre" (de Shazer, 1988; Kral, 1988). En toda situación problemática hay momentos en que el problema no aparece o el paciente no lo considera un problema. Esto es así aun en los casos más difíciles. Sin embargo, como lo corriente es que los pacientes visualicen las dolencias que los llevaron al tratamiento como de índole constante, todas las excepciones son pasadas por alto (de Shazer, 1985, 1988; Miller, en prensa). Para corregir esto, el terapeuta centrado en la solución busca los momentos en que el problema no es problema. El terapeuta alienta la esperanza de que descubriendo lo que en esas ocasiones es diferente logrará incrementar la frecuencia de su aparición. Por ejemplo, en el caso de las "promesas rotas" el terapeuta centró la discusión en los momentos en que la bebida *no* era un problema.

Por cierto, la idea de que el cambio es inevitable no es nueva. Sin embargo, en los campos del alcohol y de la salud mental, casi siempre la teoría y la metodología se basan en el supuesto de la *constancia* o falta de cambio. Cuando los clínicos preguntan: "¿Cuándo notó por primera vez este problema?", o "¿Desde cuándo esto es un problema para usted?", o hasta: "¿Con qué frecuencia se siente así?", sus preguntas se basan en el supuesto implícito de que el problema en consideración es de naturaleza constante o, al menos, de que la aparición del problema contiene más información respecto del cambio potencial que la no aparición del problema. Sea como fuere, la pregunta operativa subyacente es: "¿Cuándo *sucede* el problema?"

El supuesto de la constancia, y la correspondiente creencia en que el cambio no sólo *no* es inevitable sino que en la mayoría de los casos es improbable, suele ser abrazado con considerable celo en el campo del tratamiento del alcohol. Y casi siempre el único cambio inevitable a que se hace referencia es un cambio para peor. Consideremos, por ejemplo, la opinión de Johnson (1986), un experto de primera línea en el campo del tratamiento del alcohol:

A menos que la persona químicamente dependiente reciba ayuda, *morirá* prematuramente... la dependencia química es... progresiva... [y esto significa que *siempre* empeora si no se la trata ... una vez que una persona llega a ser químicamente dependiente, lo es para siempre, (pp. 6-7) Sin embargo, en nuestro trabajo con bebedores problemáticos hemos encontrado que ese pesimismo es totalmente injustificado. Por el contrario, lo que hemos observado en nuestros pacientes con problemas con el alcohol es que los cambios para mejor son por lo menos igualmente, si no más probables, que los cambios para peor. Entonces, nos preguntamos hasta qué punto una parte de lo que los consejeros tradicionales de alcohólicos dicen que observan podría ser atribuido a meras profecías. Y lo que es más importante aún, la perspectiva tradicional no tiene en cuenta un creciente cuerpo de bibliografía que,

basándose en encuadres muy diversos, afirma que entre el 10 y el 42% de los bebedores problemáticos modifican su manera problemática de beber sin haber recibido los beneficios de tratamiento formal alguno (Bailey y Stewart, 1966; Barcha, Stewart y Guze, 1968; Goodwin, Crane y Guze, 1971; Kendall y Stanton, 1966; Kissin, Rosenblatt y Machover, 1968; Smart, 1975/1976; Vaillant, 1983; Vaillant y Milofsky, 1982). Dados estos resultados, el habitual supuesto previo de que el tratamiento es una necesidad absoluta si es que los pacientes han de tener alguna esperanza de evitar su muerte es presuntuoso, para no decir arrogante.

Orientación hacia el presente y el futuro

El sexto principio del método centrado en la solución es una fuerte orientación hacia el presente y el futuro. En este aspecto, se da preponderancia al ajuste de los pacientes en el presente y en el futuro y no en el pasado. No obstante, ello no quiere decir que en el modelo centrado en la solución lo que las personas comunican *en el presente* acerca de su pasado no sea considerado importante; por el contrario, se entiende que esa información es un reflejo de la manera en que los pacientes están viviendo sus vidas en el momento actual. Por este motivo, en vez de sumergirnos en el pasado, el foco del tratamiento está en ayudar a los pacientes en su ajuste presente y futuro. Según las palabras de Milton Erickson:

Se debe poner el énfasis más bien sobre lo que el paciente hace en el presente y hará en el futuro que sobre una mera comprensión de por qué acaeció cierto hecho remoto. La condición *sine qua non* de la psicoterapia debe ser el ajuste presente y futuro del paciente, (p. 406, Haley, 1967)

Si bien la orientación hacia el presente y el futuro invade todos los aspectos del modelo centrado en la solución, quizá sea obvia en la singular manera en que se entrevista a los pacientes. Este proceso de entrevista, que fue especialmente diseñado, aleja al paciente del pasado y del problema y lo lleva hacia el futuro y hacia una solución (véase el capítulo 5). La pregunta que sigue, por ejemplo, es un elemento de rutina en el proceso de la entrevista centrada en la solución, y se la conoce como la "pregunta por el milagro":

Supongamos que cierta noche, mientras usted duerme, se produce un milagro y el problema que lo trajo a usted a la terapia queda resuelto. Pero usted está dormido y, por lo tanto, no sabe que el milagro ya sucedió. Cuando se despierte por la mañana, ¿qué habrá de diferente que le haga darse cuenta de que se ha producido el milagro? ¿Y qué más?

La pregunta por el milagro impulsa al paciente a imaginar un tiempo *en el futuro* en el que el problema ya no existe. La pregunta siguiente —"¿Y qué más?"— es una invitación a ir más allá y elaborar una descripción vivida y detallada, que sirve para hacer totalmente real ese tiempo futuro de cambio y salud. Después se les pide a los pacientes que describan lo que pasa cuando se producen partes (aun pequeñas) de ese milagro, y esto sirve para hacer que la descripción sea relevante en el presente.

Ejemplo de caso: Adicción a la comida

Una mujer buscó tratamiento después de años de fallidos intentos por controlar un problema de sobrepeso. En el comienzo mismo de la primera sesión esta persona atribuyó sus numerosos fracasos al hecho de que ella era "adicta" a la comida; y presentó pruebas para apoyar su declaración. Después habló de una serie de experiencias penosas de su infancia que, según ella creía, habían hecho que llegara a ser una "adicta a la comida". El terapeuta escuchó atenta y reflexivamente y advirtió sin lugar a dudas que la mujer debía haber sufrido mucho. Pero en determinado momento de la conversación se le presentó la oportunidad de formular la pregunta por el milagro. La mujer reflexionó antes de responder y lentamente una sonrisa empezó a insinuarse en su rostro, hasta entonces serio y por momentos lloroso. Entonces la paciente empezó a describir todos los aspectos en que su vida sería diferente después del "milagro". Rápidamente su actitud cambió desde una postura de desaliento respecto del pasado hacia otra de esperanza en el futuro. Además, esa esperanza se mantuvo en sesiones posteriores y sirvió para brindarle el impulso que ella necesitaba para finalmente alcanzar y mantener los objetivos del tratamiento.

Cooperación

Si bien este principio no ha sido mencionado directamente, es evidente que el método centrado en la solución está penetrado por una actitud general de cooperación. La primera explicación sistemática del modelo incluía la cooperación como principio organizador fundamental del enfoque centrado en la solución; y pese a que el método ha evolucionado considerablemente, la cooperación sigue presente en su versión actual (cf. Berg, 1989; de Shazer, 1982, 1985, 1988, 1991).

Casi todos los modelos de tratamiento tienen por lo menos ciertas estrategias específicas para asegurar la cooperación del paciente con el tratamiento recomendado. Por ejemplo: en el tratamiento tradicional de los problemas vinculados con el alcohol, la cooperación del paciente se obtiene por medio de un proceso de confrontación conocido como "intervención" (Anderson, 1987; Forman, 1987; Johnson, 1973). Considerando que sus pacientes se engañan y carecen de sensatez, lo que les impide cooperar con el tratamiento que les salvaría la vida, los terapeutas convocan a familiares, amigos y otras personas influyentes a una reunión con el bebedor problemático. Según los expertos en este enfoque, el propósito de esta agresiva técnica de intervención es "hacerle ver y aceptar la realidad de modo que, aun con reticencia, pueda aceptar también su necesidad de ayuda"⁷ (Johnson, 1973, p. 51).

Sin embargo, el énfasis que tradicionalmente se puso en la necesidad de obtener la cooperación del paciente es desoladoramente unilateral y, por lo tanto, no se puede decir en absoluto que lo que se logra sea una actitud de cooperación. De hecho, la cooperación tal como la describen habitualmente los profesionales de la salud mental, es semejante a una *Rebelión en la granja* terapéutica, donde la norma es que todos los participantes deben cooperar por igual, aunque algunos deben cooperar más por igual que otros: sobre todo, el paciente. En el proceso de "intervención" descrito no se hace tentativa alguna de ver el problema desde el punto de vista del paciente; de hablar su lenguaje; de trabajar con su marco personal de referencia; de negociar un objetivo de tratamiento de consenso mutuo; ni de utilizar las fuerzas y los recursos existentes en un esfuerzo por resolver el problema. Todo el proceso se basa en la idea de que el paciente "delira", está "desconectado de la realidad" y debe ser obligado a "cooperar" con el tratamiento que se le recomienda.

La cooperación, como el Gran Pájaro de *Plaza Sésamo* gusta de señalar, significa trabajar *junto con* el otro. Por lo tanto, en una relación terapéutica verdaderamente cooperativa, no sólo el paciente debe cooperar trabajando *con* el terapeuta, sino que éste también debe trabajar *con* el paciente. Los terapeutas del CTFB se esfuerzan por cooperar con los pacientes que acuden en busca de tratamiento. Y en retribución, siempre esperamos y muchas veces logramos que nuestros pacientes hagan un esfuerzo deliberado y consciente para cooperar con nosotros. Ahora bien, la idea de que la cooperación favorece la cooperación no debería ser tan sorprendente; pero ésa es la reacción de otros colegas cuando les contamos que en el proceso del tratamiento la mayoría de nuestros pacientes son participantes ansiosos y bien dispuestos: es decir, cooperativos.

Ejemplo de caso: Sólo un adicto al pegamento

A un joven se le indicó tratamiento después de su arresto por "oler pegamento" y por embriaguez. La orden de tratamiento coronaba una historia de cuatro años de arrestos por el mismo delito. En todas las ocasiones Elmer era arrestado por la policía local que, en su ronda, lo sorprendía sentado en la puerta de la casa de sus padres oliendo pegamento en una bolsa de plástico. De los más de 50 arrestos, Elmer había sido derivado para tratamiento en por lo menos diez oportunidades, incluyendo: siete derivaciones para tratamiento ambulatorio, dos para internación y una sola derivación para permanencia prolongada en un establecimiento especializado. Cuando se le preguntó qué pretendía lograr con esta nueva derivación, Elmer respondió que él era "sólo un adicto al pegamento" y quería que dejaran de arrestarlo. Agregó que no quería dejar de oler pegamento y que nadie, incluido el terapeuta con el que estaba hablando, podría detenerlo.

El terapeuta dijo que él también creía que nadie podría obligarlo a dejar de oler pegamento, ya que la historia clínica de Elmer así lo demostraba. Luego el terapeuta *cooperó* con Elmer centrando la conversación sobre la manera en que él podría evitar futuros arrestos y derivaciones para tratamiento. Primero el terapeuta le preguntó a Elmer cómo se las había arreglado para hacerse arrestar y mandar a tratamiento tantas veces. Con una expresión de sorpresa en la cara, Elmer dijo: "No sé. A mí no me gusta que me arresten... a lo mejor lo que pasa es que los policías hacen bien su trabajo". Después de reflexionar un momento más, agregó: "Cuando andan de ronda patrullan muchísimo mi barrio". Entonces Elmer y el terapeuta juntos, y solidariamente, se preguntaron qué habría que hacer para disminuir las posibilidades de futuros arrestos. Una vez más Elmer puntualizó claramente que dejar de oler pegamento no era una opción. El terapeuta dijo que se preguntaba si oler pegamento en la puerta trasera sería una alternativa aceptable para la habitual acción de doparse en el porche del frente, un lugar donde la policía podía verlo fácilmente. Elmer le dijo al terapeuta que él nunca había considerado esa opción. E inmediatamente estuvo de acuerdo con la idea de hacer "un experimento" y volver la semana siguiente para informar sobre los resultados.

Cuando Elmer volvió, una semana más tarde, informó que la policía ni siquiera se había molestado en controlar el porche trasero, aunque habían pasado por su casa varias veces. Además, y eso lo divertía muchísimo, la única vez que la policía se había detenido había sido un anochecer, cuando él estaba tranquilamente sentado en el porche del frente, "disfrutando de la puesta de sol"... y sobrio. Después de esa experiencia Elmer empezó a sentarse

afuera, en el porche del frente de la casa, y sobrio, sólo por el gusto de hacerlo. Desde luego, el resultado fue que no lo arrestaron más ni lo mandaron otra vez a tratamiento. Finalmente, y debido quizás al "efecto ondulatorio" mencionado anteriormente, el contacto con este paciente estableció que una vez finalizados los arrestos y las derivaciones, Elmer había empezado a disminuir el uso de inhalantes por su propia iniciativa. En realidad, Elmer ya había empezado a bajar el uso de la sustancia mientras aún estaba en tratamiento. El último informe decía que se había inscripto en un programa de rehabilitación y educación.

Filosofía central

El anterior ejemplo de caso contiene los tres componentes de lo que llamamos la "filosofía central" de la terapia centrada en la solución. Las tres reglas son:

1. Si no está roto, ¡NO LO COMPONGA!
2. Una vez que sepa usted qué es lo que funciona, ¡HAGA MAS DE LO MISMO!
3. Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡HAGA ALGO DIFERENTE!

Siguiendo estas tres reglas el terapeuta pudo ayudar a Elmer a dejar de ser arrestado y enviado a tratamiento, lo que finalmente dio por resultado que redujera su uso de sustancias inhalantes. El terapeuta siguió la regla número tres al cambiar el foco del tratamiento, desplazándolo desde el abuso de sustancias tóxicas hacia los múltiples arrestos y derivaciones. Al actuar así el terapeuta evitó repetir las mismas estrategias que habían fallado en el pasado y prefirió, en cambio, "hacer algo diferente". Una vez obtenido cierto progreso, el terapeuta siguió la regla número dos: continuó haciendo más de lo que había funcionado con Elmer. Y por último, el terapeuta siguió estrictamente la regla número uno evitando hábilmente la multitud de cuestiones que él podría haber considerado problemas pero que Elmer no identificaba como tales.

2. Cómo desarrollar relaciones de cooperación entre paciente y terapeuta

Hacer un diagnóstico correcto de la enfermedad y conocer el método de tratamiento correcto no es suficiente. Es igualmente importante que el paciente sea receptivo respecto de la terapia y coopere con ella. Sin la plena colaboración del paciente, los resultados terapéuticos se retrasan, distorsionan o limitan, o hasta llegan a no producirse (la cursiva es nuestra).

Milton H. Erickson (1965)

Lo más flexible puede dominar a lo más duro... Que lo flexible conquista lo resistente y lo blando conquista lo duro es un hecho que todos los hombres conocen pero ninguno utiliza.

Lao Tse, Tao Te Ching (1963)

Existen estudios (Hester y Miller, 1989; Miller, 1985) que demuestran que la aceptación del tratamiento aumenta drásticamente cuando el terapeuta coopera con el paciente permitiéndole establecer sus propios objetivos de tratamiento y trabajar para alcanzarlos. Estos descubrimientos son válidos ya sea que el paciente elija seguir el modelo tradicional, que enfatiza la abstinencia, o simplemente prefiera modificar/contrólar su manera de beber. Estas conclusiones son reiteradas por el Instituto de Medicina en su importante estudio sobre el tratamiento de los problemas vinculados con el consumo de alcohol (Instituto de Medicina, 1990).

Nuestra propia experiencia en la aplicación del modelo centrado en la solución a casos de consumo problemático de alcohol también demuestra el valor de la cooperación. A diferencia de la opinión popular, hemos descubierto que es agradable trabajar con esta población y, lo que es más importante aún, que esas personas están dispuestas a trabajar junto con nosotros en la elaboración de soluciones para sus problemas. Reflexionando sobre las posibles razones de este hecho, llegamos a la conclusión de que la índole solidaria del modelo centrado en la solución es en gran medida responsable de los resultados positivos. Sobre todo, la cooperación es inherente a las diversas maneras de personalizar el tratamiento en el modelo centrado en la solución.

La personalización empieza con la identificación del tipo de relación que existe entre el paciente y el terapeuta. Luego continúa, a medida que las intervenciones son adaptadas a las singulares características de esa relación. Hemos descubierto que identificar el tipo de relación paciente-terapeuta ayuda a determinar cuál será la intervención terapéutica con más posibilidades de producir la cooperación y la participación del paciente en el

proceso terapéutico y, por ende, la disminución de la duración del tratamiento. Considero a este proceso el "primer paso" del enfoque centrado en la solución para trabajar *con* al bebedor problemático.

Conceptualización de la relación paciente-terapeuta

El modelo de tratamiento centrado en la solución distingue entre tres tipos diferentes de *relaciones* entre paciente y terapeuta: (1) relación de tipo "comprador"; (2) relación de tipo "demandante"; (3) relación de tipo "visitante" (Berg, 1989; de Shazer, 1988; Miller y Berg, 1991). Estos tres tipos de relación describen y clasifican la naturaleza de la interacción *entre* el paciente y el terapeuta. Al leer las descripciones resulta fácil llegar a la errónea conclusión de que todas se refieren sólo al paciente. Y de hecho, en beneficio de la conveniencia, nosotros mismos solemos referirnos a los pacientes como "visitantes", "demandantes" o "compradores". Sin embargo, como lo indica la palabra "interacción", estas etiquetas están destinadas a describir el tipo de *relación* entre el paciente y el terapeuta y *no* las características, los atributos o los rasgos característicos del paciente.

Hay varias razones para poner el énfasis en la relación y la interacción entre el paciente y el terapeuta. La más importante es que ese énfasis sirve para recordarle al terapeuta que el resultado del tratamiento depende *tanto* del paciente *como* del terapeuta. Este concepto de interacción contrasta fuertemente con el modelo tradicional en el que, debido a que el método de tratamiento es en líneas generales el mismo para cualquier persona, se piensa que el resultado depende fundamentalmente de las características del paciente.

El llamado "Gran Libro" de Alcohólicos Anónimos (1976) declara: "Rara vez hemos visto fracasar a una persona que haya seguido consecuentemente nuestro camino. Los que no se recuperan son personas que no pueden o no quieren dedicarse íntegramente a este simple programa..." (p. 58). A continuación el libro explica que la razón por la que algunos no mejoran con el tratamiento es que son "constitucionalmente incapaces de ser honestos consigo mismos... han nacido así y son naturalmente incapaces de captar y desarrollar una manera de vivir que requiera una honestidad rigurosa" (p. 58). El resultado habitual de semejante concepción es que a los pacientes *se les dice* lo que deben hacer si es que quieren tener una esperanza de "recuperarse". Y se entiende que los pacientes que no quieren o no pueden aceptar el tratamiento son "resistentes" y "se niegan" a reconocer su problema (Johnson, 1973; Metzger, 1988). En última instancia, el resultado de estas ideas y enfoques es casi siempre que se pierden preciosas oportunidades de llegar a aquellos que necesitan tratamiento desesperadamente (Miller y Hester, 1986).

Fuera de la creencia muy difundida, pero clínicamente injustificada, de que los consejeros que son bebedores problemáticos recuperados logran mejores resultados, la contribución del terapeuta al resultado del tratamiento ha sido ignorada en el campo (Aiken, LoSciuto y Ausetts, 1984; Cartwright, 1981; Lawson, 1982). Esto concuerda plenamente con un modelo en el que el método es considerado "infalible" (Alcohólicos Anónimos, 1976). Cuando se adopta una visión así del tratamiento, la única variable en la ecuación es el paciente y, por lo tanto, éste se convierte en la única parte que vale la pena investigar. En su amplia reseña de la bibliografía sobre el tema, el Instituto de Medicina (1990) llegó a la conclusión de que "aunque hace ya mucho tiempo que los conocimientos y las características personales del terapeuta son considerados factores importantes en el resultado del tratamiento, esas variables permanecieron en gran medida ignoradas dentro del campo del tratamiento del alcoholismo" (p. 532).

Si bien se podría argumentar que el foco exclusivo sobre las características del paciente ha sido necesario hasta ahora porque la investigación del consumo problemático de alcohol está en su infancia, nosotros creemos que las consecuencias estuvieron muy lejos de ser benignas. Quizá la más obvia y problemática de esas consecuencias haya sido que en este campo se tendió fuertemente a atribuir al paciente los fracasos del tratamiento (Fingarette, 1988; Peele, 1989). Esta tendencia se pone francamente en evidencia con el uso frecuente de términos como "resistente", "difícil", "defensivo", "codependiente" y "negador", aplicados uniformemente para describir a los pacientes con problemas de alcohol que, o tienen dificultades, o no mejoran con el tratamiento tradicional. Si bien esas etiquetas pueden basarse en las mejores intenciones, su efecto real es que desplazan sutilmente la carga de la responsabilidad por el fracaso del tratamiento, trasladándola de los programas y los profesionales al bebedor problemático. Por otra parte, la adjudicación de etiquetas les permite a los profesionales atribuir sólo a los pacientes la "culpa" por el fracaso del tratamiento. Además, las etiquetas tienen el efecto de convalidar el modelo de tratamiento, tanto si tiene éxito como si fracasa.

Si un bebedor problemático mejora como consecuencia del enfrenta-miento de la "negación", ello prueba que es correcto instar a los bebedores problemáticos a admitir que tienen un problema grave. Pero si el bebedor no mejora, el hecho sólo demuestra que la confrontación no fue lo suficientemente fuerte o que el bebedor todavía no está preparado para recibir tratamiento. En la terminología de los tratamientos tradicionales, esto se conoce como

"patear el trasero". Watzlawick (1976) sostiene que este razonamiento es una "proposición autoconvalidante" y señala que "con demasiada frecuencia observamos que las limitaciones inherentes a determinada hipótesis son atribuidas a los fenómenos que esa hipótesis debe supuestamente dilucidar" (p. 92). Este punto quedó demostrado en un estudio reciente según el cual los programas de tratamiento del abuso de alcohol que identifican la abstinencia total como el único objetivo válido atribuyen siempre los fracasos a las características negativas del paciente o a su falta de preparación para recibir tratamiento (Rush y Ogborne, 1986).

Pocos profesionales dentro de la comunidad que atiende a bebedores consideran que los comportamientos, que los rótulos de "resistente" o "negador" pretenden describir, son cuando menos tan descriptivos de los procedimientos tradicionales como lo son de la población de los bebedores problemáticos. Y esto se debe precisamente a la falta de atención prestada a las variables del terapeuta y de la interacción entre terapeuta y paciente. Nosotros, al poner un fuerte énfasis sobre la relación y la interacción en el método centrado en la solución, esperamos recordarles a los profesionales que ellos también son responsables de los resultados del tratamiento. Por lo tanto, cualquier etiqueta que se utilice para describir ese proceso debe ser considerada también como una descripción del profesional.

Otra de nuestras razones para destacar la interacción terapéutica en el modelo centrado en la solución es nuestra convicción de que paciente y terapeuta *juntos* determinan el tipo de relación de trabajo que se construye. Esta creencia implica, además, que la relación entre un paciente y un terapeuta está sujeta a cambio si uno de los dos miembros de la diada cambia. Como se considera que el terapeuta es el experto, es razonable que se entienda también que es él quien asume una responsabilidad mayor por el tipo de relación que se desarrolla. En el modelo centrado en la solución esto se traduce en un fuerte énfasis sobre la cooperación del terapeuta con el paciente bebedor para construir la mejor relación de trabajo posible.

Volvamos ahora nuestra atención a los tres tipos de relaciones entre paciente y terapeuta. Estas relaciones deberían ser dinámicas, fluidas y estar en un estado de constante cambio en respuesta a los cambiantes aportes del paciente y del terapeuta. Como una relación de este tipo no es estática, es mejor considerar su evaluación como un proceso más o menos continuo. Este proceso de evaluación del tipo de relación se hace aun más complejo en los casos que involucran a varios pacientes, como las parejas y las familias. En esas situaciones, es posible que se descubra que existe un tipo diferente de relación entre el terapeuta y cada uno de los pacientes.

La relación de tipo "comprador"

Existe una relación de tipo "comprador" cuando en el transcurso o al final de una sesión el paciente y el terapeuta *juntos* identifican una dolencia o un objetivo para el tratamiento. Además, el paciente indica que se ve como parte de la solución y que está dispuesto a hacer algo respecto del problema. El terapeuta acepta trabajar junto con el paciente sobre el objetivo o la dolencia que han identificado y cree que es capaz de *dirigir* al paciente hacia la solución o el logro de su objetivo.

Veamos un caso que fue tratado recientemente en el CTFB. Un obrero fabril de 35 años de edad acudió en busca de tratamiento para los problemas vinculados con su abuso del alcohol. En el transcurso de la primera entrevista paciente y terapeuta concordaron en que el alcohol representaba un problema significativo y, por lo tanto, debía convertirse en el foco inicial del tratamiento. Al finalizar la sesión se le preguntó al paciente hasta qué punto estaba dispuesto a hacer algo respecto del problema, y él contestó: "¡Estoy dispuesto a arrastrarme de panza sobre vidrios rotos!". Esta declaración, junto con otras manifestaciones hechas en el transcurso de la primera entrevista, indicaba que el hombre se veía a sí mismo como parte de la solución de su problema y estaba dispuesto a actuar para alcanzar esa solución. Si bien en la relación de tipo "comprador" la mayoría de los pacientes no hacen declaraciones tan dramáticas, sí indican que se consideran parte de la solución y que están dispuestos a tomar las medidas necesarias para lograr sus objetivos.

La siguiente conversación es un ejemplo más de la relación de tipo "comprador". Se trata de un hombre de poco más de 40 años, que mientras cumplía su servicio militar había desarrollado un serio problema con la bebida.

PACIENTE: Acabo de decidir que tengo que dejar de beber.

TERAPEUTA: Da la impresión de que usted se ha decidido realmente.

P.: ¡Claro que sí!

T.: Entonces, ¿qué cosa diferente está usted haciendo que le indique que realmente se ha decidido? P.: Bueno... ya he dejado de beber. T.: (incrédulo) ¡No me diga!

P.: Sí, hace más de una semana que no bebo una gota. T.: ¡Eso es increíble! ¿Cómo lo hizo? P.: Bien, le diré... no fue fácil... usted sabe cómo son las cosas, todos mis amigos beben... y entonces, claro... fue difícil, pero yo quiero lograrlo.

En esta conversación el paciente y el terapeuta identifican conjuntamente el problema del alcohol como el foco para el tratamiento. Además, las declaraciones del paciente indican claramente que él se considera parte integrante de la solución y está dispuesto a hacer algo respecto del problema. Este tipo de diálogo entre paciente y terapeuta es típico en las relaciones del tipo "comprador".

Extrañamente, los consejeros y terapeutas dedicados al tratamiento del consumo de alcohol y drogas informan que pocas veces entablan con sus pacientes una relación de este tipo. Aun más: casi todos describen sus casos de un modo que indica que la mayoría de sus relaciones paciente-terapeuta encaja dentro de una de las dos categorías restantes y que la más frecuente es la de tipo "visitante". Pero la relación de tipo "comprador" es la que los consejeros y terapeutas desean entablar, ya que en ella los pacientes se muestran receptivos y motivados para el tratamiento. Nosotros hemos llegado a la conclusión de que el deseo de tener una relación así suele ser tan intenso que los profesionales actúan como si todas sus relaciones paciente-terapeuta fueran de ese tipo; y después se enojan si los pacientes no se muestran receptivos y motivados.

La relación de tipo "demandante"

Este tipo de relación se da cuando en el transcurso de la sesión el terapeuta y el paciente pueden identificar juntos un objetivo o una dolencia para el tratamiento pero no han podido identificar los pasos concretos que el paciente necesita dar para producir una solución. En la relación del tipo "demandante" los pacientes son capaces de describir su dolencia o su objetivo con lujo de detalles. Sin embargo, por lo general no llegan a visualizarse como parte de la solución y, de hecho, suelen creer que la única solución posible es que otra persona cambie. En la relación del tipo "demandante" el terapeuta acepta explorar la dolencia o el objetivo *junto con* el paciente, y hacerlo de una manera encaminada a facilitar una nueva perspectiva que podría llevar a una solución.

A continuación se reproducen fragmentos de un caso que involucró a los padres de un joven de 15 años y que ilustra bien la clase de diálogo que suele darse en las relaciones del tipo "demandante". En la primera sesión de terapia de familia los padres relataron con detalles la historia de su hijo: ratería en tiendas, fugas del hogar y, desde hacía algún tiempo, consumo de drogas. Entre otras cosas, dijeron que suponían que los cambios hormonales de la pubertad podían ser la causa de algunos de los problemas. Cuando se les preguntó cómo eran los períodos en que el adolescente se comportaba mejor, respondieron:

MADRE: NO sé. A veces simplemente se le pone algo en la cabeza... y entonces, eeh, se porta bien por un rato...

TERAPEUTA: ¿Qué le parece a usted que hay de diferente en esas ocasiones en que él está bien?

M.: No tengo idea... supongo que lo único que pasa es que él decide hacerlo... Quiero decir que yo sé que él es capaz de actuar bien, pero decide, o algo así, que no lo hará... tal vez sea sólo para hacerme sufrir...

T.: ¿Qué supone que él diría que usted o John [el padre] hacen de diferente en esos momentos en que él está bien?

PADRE: NO creo que él... No importa lo que nosotros hagamos, siempre es igual... Quiero decir, lo único es si él decide hacerlo... entonces lo hará. Y si no quiere... (se ríe) no lo hará.

M.: ¡Necesita terapia!

T.: Y él no quiere venir, ¿no es así?

M.: Sí... es terrible... ¿Cómo podemos hacer de padres de alguien que no quiere tener padres?

T.: ¿Qué le parece a usted que tiene que suceder para que las cosas mejoren?

P.: Pues, ejem... No sé cómo esto [que los padres acudan a la terapia] lo ayudará a *él*... Realmente el que tiene que estar aquí es él.

M.: Nunca vendrá... si pudiera librarse de esos... está muy influenciado por... sus amigos.

Durante toda la entrevista los padres siguieron quejándose del adolescente, al mismo tiempo que insistían en afirmar que sólo él podía producir los cambios necesarios. Este diálogo entre terapeuta y paciente es típico de las relaciones del tipo "demandante".

La relación de tipo "demandante" puede verse también en la siguiente conversación entre un hombre y su esposa. Inicialmente, sólo el marido acudió al tratamiento. Durante esa sesión se había quejado amargamente de que su

esposa le había dado un ultimátum: o se trataba para dejar las drogas o ella se divorciaría. El hombre seguía afirmando obstinadamente que el problema era su esposa; la sesión llegaba a su fin y el terapeuta le pidió que la llevara a la reunión siguiente. Así fue: asistieron ambos y a pocos minutos de iniciada la sesión se entabló el siguiente diálogo:

ESPOSA: (al terapeuta) Bien, creo que es mejor que usted sepa que hace poco yo volví a nacer... quiero decir, me hice cristiana. Le he entregado mi vida a Jesús y por eso no estoy dispuesta a tolerar la mala influencia de las drogas y el alcohol en mi hogar... sobre todo por los niños...

TERAPEUTA: ¡Aja!...

E.:... y si él no deja, bueno, entonces, ejem... ¡quiero *que se vaya*!

MARIDO: YO consumo muy poco alcohol, o drogas. Ella está empeñada en decir eso. Tal vez... puede ser, sí, que me fume un par de cigarrillos de yerba el fin de semana... puede ser... Pero nunca me emborracho... Eso sí, a veces me tomo una o dos cervezas en la semana...

E.: (al terapeuta) Si no deja... (al marido) si no dejas, y digo dejar, nada de drogas, nada de alcohol... ¡quiero que te vayas de casa!

M.: (a la esposa) Sabes muy bien que yo no tengo un problema... Bebo poco, no fumo casi nada... en realidad, el problema eres tú. Ahora es ese asunto de la iglesia. Antes era otra cosa. Tendrías que terminar con eso de la iglesia...

En este breve fragmento se puede apreciar que tanto el marido como la mujer tienen una queja: y esa queja se refiere al otro. Y al mismo tiempo, ambos creen que la única solución posible es que la otra persona haga algo. Este diálogo es típico de una relación del tipo "demandante".

Otro ejemplo de la relación del tipo "demandante" es lo que, en términos populares, se llama "codependencia" (Beattie, 1987, 1989). Es frecuente que se inicie una relación del tipo "demandante" cuando el paciente del tratamiento es un otro significativo (cónyuge, hijo, padre, etc.) que no tiene problema con el alcohol. En tales casos se suele observar que estos pacientes dan una descripción exacta y detallada del origen, la evolución, las características y la razón del problema. Además, muchas veces dicen que saben lo que *hay que hacer*, Pero al mismo tiempo es evidente que no están dispuestos a *hacer* nada o no saben bien qué es lo que *hay que hacer* primero.

La relación de tipo "visitante"

Se entabla esta relación cuando al final de una sesión el terapeuta y el paciente no han identificado *juntos* una dolencia o un objetivo sobre los cuales trabajar en el tratamiento. Además, suele suceder que el paciente señale o bien que no existe problema alguno que requiera tratamiento, o bien que el problema pertenece a otra persona. Debido a ello, lo más frecuente es que el paciente que entabla una relación del tipo visitante no vea ninguna razón para cambiar ni, mucho menos, para estar en terapia. El terapeuta concuerda en que tal vez no haya un problema que requiera terapia, pero manifiesta que sigue dispuesto a ayudar al paciente a determinar si hay algo más sobre lo que le gustaría trabajar.

La siguiente entrevista muestra un caso en que el terapeuta y el paciente tienen dificultades para identificar conjuntamente un objetivo para el tratamiento. En la sesión participó un hombre de 34 años, que nos fue derivado por un monje capuchino que dirigía un programa de alimentación y refugio para los sin techo. En el momento de la derivación hacía más de cuatro años que "Herbert" vivía en las calles. Contó una larga historia de consumo de alcohol, marihuana y cocaína; y agregó que siempre había tenido una constante ambivalencia respecto de la idea de cambiar de vida. Antes del siguiente fragmento, el terapeuta había dedicado una considerable cantidad de tiempo a tratar —infructuosamente— de determinar qué quería el paciente de la terapia:

TERAPEUTA: ¿Tiene usted alguna idea de por qué el hermano Joel recomendó que, ejem, viniera a verme?

HERBERT: Sí, bueno, en fin, creo que sí... para salir de... bueno, para entrar en algún programa.

T.: ¿Usted quiere entrar en algún programa?

H.: (asintiendo con la cabeza) Sí. Para...

T.: ¿Para qué? (pausa) ¿Qué clase de problema?

H.: Bueno, *supongo*... que para las drogas y el alcohol.

T.: O sea que usted ha estado hablando con el hermano Joel acerca de su consumo de alcohol y drogas...

H.: Bueno... sí...

T.: (continúa la frase) y quiere...

H.: Sobre todo, es que quisiera hacer algo... pero me resulta difícil decir lo que quiero hacer porque realmente... yo realmente no me conozco a mí mismo.

T.: No sabe lo que quiere hacer...

H.: (Asiente con la cabeza)

T.: ¿Quiere decir que no sabe si dejar la droga o seguir consumiendo? ¿Es eso lo que usted quiere decir?

H.: Sí, sí... eso es lo que quiero decir. Sabe, hace un tiempo yo quería parar... por lo menos me decía a mí mismo que quería... que quería dejar.

T.: ¿Dejar? ¿Dejar totalmente?

H.: Sí, pero ahora no sé, no puedo decidir qué hacer.

T.: Y entonces, ejem, ¿su conversación con el hermano Joel tiene que ver con saber si usted quiere realmente dejar o quiere seguir haciendo lo mismo que hasta ahora?

H.: Bueno, ellos me dijeron lo que *ellos* creen que debo hacer, y yo me imagino que me gustaría entrar en algo, una especie de programa o algo así... por lo menos creo que quiero pero no estoy seguro. Principalmente, no sé bien qué clase de... ejem... no sé lo que quiero hacer.

Paciente y terapeuta no pudieron identificar juntos un objetivo o una dolencia para el tratamiento. Después de la conversación que se ha reproducido fragmentariamente, el entrevistador preguntó a qué "programa especial" se refería el paciente. Pero también entonces el diálogo resultante fue vago y ambivalente. Pese a los continuos intentos del terapeuta y del paciente para clarificar un objetivo para el tratamiento, la sesión terminó sin un acuerdo. Este discurso es típico de una relación del tipo visitante.

La relación del tipo visitante suele entablarse también con ciertos pacientes bebedores problemáticos que fueron derivados por otra persona (cónyuge, padre o madre, familiar, empleador, juez) para recibir tratamiento individual. En esos casos es habitual que la visión que el paciente tiene del problema sea muy diferente de la de la persona que lo derivó. Y por cierto es bastante frecuente que el paciente diga que no hay ningún problema, excepto tal vez inventar una manera de "sacarse de encima" al agente derivador.

En un caso tratado recientemente en nuestro Centro, un oficial de policía de treinta y tantos años fue derivado por su capitán para recibir tratamiento debido a problemas de consumo de alcohol y violencia familiar. Antes de acudir a nosotros para tratamiento el oficial había sido evaluado por un psicólogo, quien describió una pauta recurrente de abuso de alcohol seguido por episodios de violencia familiar. Cuando vimos por primera vez al oficial de policía, el fiscal de distrito había presentado cargos contra él por el último episodio de violencia. Cuando se le preguntó por qué había acudido para recibir tratamiento, respondió:

PACIENTE: Me dijeron que sería conveniente... eh... hacerlo... venir al consejero.

TERAPEUTA: ¿Entonces usted está de acuerdo con esa recomendación?

P.: Bueno, este...

T.: ¿Quién recomendó...?

P.: (interrumpiendo) Yo, ejem, básicamente recibí la recomendación del capitán de la seccional.

T.: Aja, aja. O sea que a él le habían hablado...

P.: (interrumpiendo) ¡Sí, sí! El fiscal de distrito y el psicólogo. Así que... para no tener que darme de baja de la fuerza, ellos quieren que yo... es decir, sólo quieren asegurarse, ejem... de que las cosas están en orden.

T.: Por lo tanto, ¿usted cree que fue una buena idea hacer que viniera aquí? (Pausa) ¿Usted cree que es una buena idea cumplir las órdenes del capitán?

P.: Bueno... Creo que sí, desde el punto de vista de asegurarme de que está conforme... y si él está conforme y se queda tranquilo, el fiscal de distrito también se queda tranquilo, así que...

T.: ¿Y eso lo beneficia en su trabajo?

R.: Sí, todo se me hace más fácil y así no tengo que enfrentar la bronca del capitán.

T.: (Pausa) Bien, bien. ¿Y tiene usted una idea de qué es lo que el capitán quiere?

El paciente no identifica sus borracheras ni los episodios de violencia que protagoniza como un problema que requiera tratamiento, aun cuando fue por ese problema que lo derivaron al Centro. El terapeuta trabaja con el

punto de vista del paciente y trata de descubrir si hay alguna otra queja o algún objetivo sobre el que se pueda trabajar. A medida que avanza la entrevista, el único problema identificado conjuntamente por el terapeuta y el paciente es que el capitán lo está hostigando. Tal vez en algún momento posterior esto se convierta en una queja o en un objetivo que les permita al terapeuta y al paciente trabajar juntos.

Milton H. Erickson informó sobre un caso que constituye un buen ejemplo de otra relación del tipo visitante (O'Hanlon y Hexum, 1990; Rosen, 1982). Un hombre muy rico le pidió a Erickson que lo ayudara a dejar de beber. Poco se sabe acerca de la duración del problema con el alcohol, excepto que el hombre declaró ser "un alcohólico" que deseaba enormemente dejar de beber. En la fase inicial de la entrevista Erickson le preguntó si era casado y él respondió: "Sí, casadísimo". Después el paciente contó que él y su esposa tenían una hermosa y aislada cabana de vacaciones, situada en un paraje a dieciséis kilómetros de todo centro civilizado. Agregó que todos los años pasaban allí dos o tres semanas bebiendo y vagando desnudos por los alrededores.

Al oír esto Erickson le dijo al hombre que para dejar de tener problemas con el alcohol sólo tendría que seguir ciertas instrucciones muy simples: debía trasladarse hasta la cabana junto con su esposa. Una vez allí, empacarían todas las bebidas alcohólicas y toda la ropa (incluyendo la que él llevaba puesta) y pondrían ese equipaje en el automóvil. Entonces la esposa manejaría hasta el pueblo más próximo, donde un amigo estaría esperándola para llevarla de vuelta a la cabana. Una vez que arribaran allí ella le daría toda su ropa al amigo y entonces podrían "pasar dos o tres deliciosas semanas... libres del trago". Erickson agregó: "Sé que usted no querrá caminar dieciséis kilómetros [desnudo] por el desierto para conseguir una botella de bebida" (Rosen, 1982, p. 129). El hombre le dijo a Erickson: "Doctor, creo que me equivoqué al querer dejar la bebida" y dio por terminado el tratamiento (O'Hanlon y Hexum, 1990, p. 129).

El paciente difícil, resistente o "negador"

Al supervisar los casos de problemas con la bebida atendidos por otros terapeutas hemos descubierto que por lo general el paciente recibe el rótulo de "difícil", "resistente" y/o "negador" cuando el profesional clasifica mal el tipo de relación paciente-terapeuta. En el caso prototípico, el terapeuta se queja de haber intentado numerosas intervenciones terapéuticas a las que el paciente nunca se sometió ni respondió. Por lo general el terapeuta ha reaccionado frente a esa situación trabajando aun más duro para "ayudar" al paciente. El resultado más común de esa acción es una serie de tácticas de intervención cada vez más complicadas, creativas y/o agresivo-confrontativas.

Muchas veces los reiterados fracasos sirven para reforzar un círculo vicioso en el cual se considera que estos pacientes son "difíciles", lo que lleva a la aplicación de estrategias de tratamiento más agresivas, las que a su vez, al ser resistidas, llevan a la aplicación de otros métodos, y así sucesivamente.

Nuestra experiencia indica que el problema con estos casos reside en gran medida en la incapacidad del terapeuta para reconocer el tipo de relación establecida entre él y el paciente, y fortalecerla. El error más común es confundir una relación de tipo visitante con otra de tipo demandante o comprador. En general en esos casos sugerimos que el terapeuta reconsidere; el tipo de relación planteada y luego trate al paciente en consecuencia. Esto resuelve la mayoría de los problemas. Sin embargo, queremos mencionar también dos estrategias que pueden servirle al terapeuta.

Descubrir al comprador "oculto"

La idea del comprador "oculto" es que si bien un paciente puede no ser inicialmente un comprador para tratar los problemas por los que fue derivado (por ejemplo, el alcohol), bien puede suceder que lo sea para tratar alguna otra cosa. La lógica terapéutica es que la cooperación con el punto de vista del paciente respecto del problema y respecto de lo que querría lograr con la terapia favorece la cooperación en la relación, facilitando así el avance hacia los objetivos del tratamiento.

El caso del policía es un buen ejemplo de este enfoque. Este paciente, como se recordará, acudió a la terapia sólo después de haber sido amenazado con ser expulsado de la policía. En este caso una estrategia típica podría ser "poner límites" y/o enfrentar agresivamente al hombre, en un esfuerzo por superar su resistencia y su negación. Sin embargo, como ya hemos señalado, por lo general esa estrategia sólo sirve para aumentar y reforzar la actitud defensiva. Por el contrario, el terapeuta encontró un "comprador oculto" cuando aceptó la opinión del paciente de que él sólo estaba allí para complacer al capitán.

T.: Por lo tanto, ¿usted cree que fue una buena idea hacer que viniera aquí? (Pausa) ¿Usted cree que es una buena idea cumplir las órdenes del capitán?

P.: Bueno... Creo que sí, desde el punto de vista de asegurarme de que está conforme... y si él está conforme y se queda tranquilo, el fiscal de distrito también se queda tranquilo, así que...

T.: ¿Qué cree él que conseguirá usted viniendo aquí?

P.: Eh... él no quiere volver a oír hablar de problemas.

T.: Así que... ¿él se quedará conforme si usted no vuelve a meterse en líos?

P.: Correcto... correcto.

T.: ¿Y qué tiene que hacer usted para que el capitán no tenga que volver a decirle lo que tiene que hacer?

P.: (Pausa) Bien, ejem, no tomar alcohol ni tener ningún tipo de problemas con mi mujer, eso es lo que tengo que hacer.

Esta conversación demuestra que si bien inicialmente el paciente no fue un comprador para el problema del alcohol y la violencia familiar, sí lo fue para permanecer en la policía y hacer disminuir la "bronca" del jefe. Al aceptar, en vez de confrontar, la visión del paciente de la situación, se eludieron la "resistencia" y la "negación". Luego el terapeuta pasó simplemente a preguntarle al paciente qué debía hacer para alcanzar sus objetivos (y la respuesta fue que debía abstenerse de beber y de ser violento con su mujer).

He aquí otro caso de comprador "oculto": una mujer había trabajado varios años como empleada en la sección infantil de una biblioteca pública y en ese momento se consideraba la posibilidad de ascenderla a bibliotecaria jefa de esa sección.

El único problema era que el proceso de selección incluía un test para detectar consumo de drogas, y la mujer tenía un problema grave con la cocaína. Además de consumir esa droga, se quejó de padecer serios brotes de depresión. En el transcurso de la entrevista se puso en evidencia que existía una relación del tipo "visitante" en el tema de la droga. Pero al seguir la entrevista buscando un comprador "oculto", se pudo determinar que la mujer estaba preparada y dispuesta para *hacer* algo respecto de la depresión. O sea que en el tema de la depresión existía una relación de tipo comprador.

Al finalizar la primera sesión se felicitó a la mujer por su honestidad y por reconocer su problema con la droga y su necesidad de tratamiento. De allí en adelante se desplegó una intervención destinada a encarar la depresión. En el transcurso de tres sesiones la mujer manifestó una mejoría gradual pero firme en su depresión. Al comenzar la cuarta sesión el estado de la relación con respecto a la droga cambió y este problema pasó a ser el foco central del tratamiento.

Descubrir al "otro" comprador

Y hay una última estrategia que nos parece útil: buscar lo que solemos llamar el "otro comprador". Con frecuencia la persona que está sentada en nuestra oficina nos ha sido enviada por otra persona o por algún organismo —cónyuge, empleador, poder judicial, etc.— o se la ha obligado a iniciar un tratamiento. En estos casos puede resultar muy conveniente entrar en contacto con la fuente de la derivación, para descubrir cuáles son sus expectativas como resultado del tratamiento. Ese contacto suele servir para favorecer la cooperación y comprometer a la fuente de la derivación en el proceso del tratamiento. De hecho, muchas veces las fuentes de la derivación han aceptado participar en el proceso concreto de tratamiento en el CTFB.

Muchos son los beneficios de tal participación. En primer lugar y sobre todo, al descubrir el objetivo o la dolencia identificados por la fuente de derivación, el profesional de la terapia está en mejores condiciones para diseñar un tratamiento destinado a encararlos. Y al hacerlo, el terapeuta aumenta las posibilidades de que el comprador "real" (por ejemplo, la fuente de derivación) obtenga los resultados que desea y, en consecuencia, quede satisfecho con el tratamiento.

Además, hemos observado que es muy probable que las fuentes de derivación satisfechas actúen en el sentido de reforzarlos cambios logrados por las personas que derivaron. Por otra parte, sin ese contacto existen muchas posibilidades de que, independientemente de lo duro que el terapeuta haya trabajado o de lo espectacular que sea el resultado terapéutico, los resultados del tratamiento no se adecuen a lo que la fuente había esperado.

Además, hemos descubierto también que es poco probable que las fuentes de derivación insatisfechas adviertan o refuercen otros logros del tratamiento, no importa cuan positivos puedan ser.

3.- Objetivos del tratamiento "bien pensados"

Si es que la terapia ha de terminar bien, debe empezar bien: negociando un problema que se pueda resolver. Jay Haley(1987)

Al ver a Alicia el gato se limitó a sonreír. Al parecer tema buen carácter, pensó ella. Pero también tenía buenas zarpas y muchos dientes, por lo que se le ocurrió que sería mejor tratarlo con respeto. "Gatito de Cheshire", empezó a decir, casi tímidamente, "¿Querías decirme, por favor, qué camino debo tomar?" "Eso depende sobre todo", dijo el Gato, "de adonde quieras llegar". Lewis Carroll, Alicia en el país de las maravillas

Los pacientes acuden a la terapia por una razón; y la relación profesional entre paciente y terapeuta es deliberada, tiene un propósito. Uno de los aspectos más importantes del método centrado en la solución para trabajar con el bebedor problemático es saber cuándo se puede dar por terminada esa relación deliberada.

Paciente y terapeuta deben establecer criterios que les indicarán que han tenido éxito y pueden terminar la terapia. Sin tales criterios será difícil, cuando no imposible, evaluar si se ha hecho algún progreso o si se han alcanzado los objetivos del tratamiento.

Con frecuencia la terapia se prolonga más de lo necesario porque ni el paciente ni el terapeuta se dan cuenta de que ya se han alcanzado los objetivos originales del tratamiento.

Nosotros creemos que la necesidad de elaborar criterios para evaluar el éxito es particularmente importante cuando se trabaja con el bebedor problemático.

Muchas veces el bebedor o la bebedora problemáticos sienten que no han tenido éxito en la vida y hay elementos de su vida cotidiana que constantemente les recuerdan sus fracasos como persona, esposa, empleado, etc.

Un paciente de ese tipo necesita desesperadamente experimentar algún éxito, tener la sensación de que está progresando. Y sin objetivos explícitos, es difícil que pueda evaluar sus éxitos.

Tradicionalmente los terapeutas en el campo del alcohol han tenido siempre una manera de verificar si han alcanzado los objetivos terapéuticos: controlan si se han completado los programas normalizados de tratamiento; es decir, 28 días de internación, cinco días de desintoxicación, 90 reuniones de AA en 90 días, seis meses de una sesión semanal de terapia.

En Estados Unidos ciertas compañías de seguro, EAP y HMO [Health Maintenance Organization - Organización para el Mantenimiento de la Salud] emplean habitualmente un método similar, que consiste en establecer determinado número de sesiones de tratamiento.

Las compañías de seguros suelen fijar límites preestablecidos para el número de sesiones ambulatorias o para la duración de la hospitalización del paciente.

La ventaja de utilizar como objetivo del tratamiento el cumplimiento de los programas y de los límites prefijados es que así al terapeuta y al paciente les resulta muy fácil determinar en qué momento se ha alcanzado ese objetivo. Además, saber desde el comienzo que la duración del tratamiento es limitada motiva tanto al paciente como al terapeuta para realizar lo necesario dentro de los plazos establecidos.

Pero como ya hemos señalado, no todos los pacientes son iguales ni responden del mismo modo a los programas o a las guías de orientación elaborados por profesionales bienintencionados o por las compañías de seguros. Por lo tanto, cuando los objetivos del tratamiento se determinan de este modo, es difícil decir si el fin de la terapia es simplemente una respuesta a los límites externos o un indicio de buen resultado del tratamiento. Y actualmente ese hecho constituye una fuente de frustración para muchos profesionales.

Hoy en día se debate mucho acerca de los aspectos positivos y negativos de la determinación del objetivo del tratamiento por medio de un límite de tiempo.

En el CTFB, sin embargo, pensamos que es más conveniente determinar los objetivos del tratamiento especificando las *cualidades* de los objetivos que conducen a un tratamiento eficaz y eficiente.

Nosotros ponemos fuertemente el énfasis en los objetivos y por eso no ha faltado quien se refiere al modelo que aquí describimos como un modelo "impulsado por el objetivo".

Con el transcurso del tiempo llegamos a identificar siete cualidades de los buenos objetivos de tratamiento. Creemos que cuando los objetivos del tratamiento reflejan esas cualidades, terapeuta y paciente están en mejores condiciones para determinar si se está progresando, lo que hace a la terapia más eficiente y eficaz.

Cuando esos objetivos se cumplen, se considera que la terapia ha terminado, independientemente del número de sesiones que haya requerido. Sin embargo, y a diferencia de lo que sería de esperar, trabajar de esta manera casi siempre acorta la duración del tratamiento.

LAS SIETE CUALIDADES DE LOS OBJETIVOS BIEN PENSADOS

1. Tener importancia para el paciente

El objetivo del tratamiento debe ser *importante para el paciente*, quien debe visualizar el logro de ese objetivo como personalmente beneficioso para él. Cuando el objetivo es importante para el paciente, es mucho más probable que éste invierta algo para alcanzarlo. Algunos ejemplos de objetivos que han sido sobresalientes para nuestros pacientes son: conservar el empleo, salvar el matrimonio, "sacarse de encima" a los padres, cumplir con las exigencias de la libertad condicional o vigilada, recuperar la licencia de conductor.

La idea de que terapeuta y paciente trabajen juntos para identificar objetivos del tratamiento que sean importantes para *el paciente* se basa en el principio de cooperación expuesto en el capítulo 1. De acuerdo con ese principio, creemos que es más útil aceptar el objetivo del paciente y trabajar con ese objetivo que insistir en que el paciente tenga el objetivo "correcto" para el tratamiento: el del terapeuta, el del programa, etcétera. Y hemos descubierto que cuando el profesional se acerca y coopera con el paciente, es mucho más fácil para éste "cooperar" a su vez con el terapeuta. Nuestra experiencia clínica en el trabajo con pacientes bebedores problemáticos nos indica que es mucho más probable que éstos se sientan motivados para seguir el tratamiento y que obtengan resultados positivos cuando son ellos mismos quienes escogen sus objetivos. Este es, evidentemente, el resultado de los estudios comentados en el capítulo 2, que demuestran que permitirle al bebedor problemático establecer su propio objetivo y trabajar para lograrlo favoreció la motivación del paciente para seguir el tratamiento y tuvo una influencia beneficiosa sobre los resultados.

Si el objetivo inicial del paciente es "disminuir" su consumo de alcohol pero no está dispuesto a aceptar un objetivo de abstinencia total, nos parece más productivo concordar con ese objetivo que insistir en que el paciente se abstenga por completo. En esos casos puede acontecer que el paciente logre controlar su bebida o que descubra que no puede "disminuir" la dosis; entonces quizás esté más dispuesto a renegociar su objetivo original. El punto importante es que cuando el paciente elige un objetivo que es importante para él —abstinencia, moderación o cualquier otra cosa— es más probable que se esfuerce por alcanzarlo, con lo que el trabajo del terapeuta se hará inmediatamente más fácil. En última instancia es más bien el paciente que el terapeuta quien hace la mayor parte del trabajo que se requiere para alcanzar el objetivo identificado.

La idea de primero identificar y luego aceptar los objetivos del paciente para el tratamiento parece bastante simple; sin embargo, ponerla en práctica suele ser muy difícil. Por ejemplo: casi siempre a los pacientes les resulta difícil formular en un lenguaje claro y preciso lo que es importante para ellos o lo que esperan lograr estando en tratamiento. Las técnicas de entrevista que se exponen en el capítulo 5 fueron elaboradas, en parte, para ayudar a los pacientes y terapeutas a clarificar lo que es importante para el paciente y lo que a éste le gustaría lograr mediante su tratamiento.

Otra dificultad se presenta cuando se trata de negociar los objetivos del tratamiento de un bebedor problemático dentro de un contexto en el que están involucrados varios pacientes, terapeutas u organizaciones de servicio (parejas o familias, compañías de prestación médica, el poder judicial, las compañías de seguros). En esos casos es muy probable que cada persona, cada proveedor y/o cada organización tenga un objetivo diferente. Esto es así, por ejemplo, cuando un cónyuge no bebedor trae a su pareja que tiene problemas con el alcohol a terapia; o cuando un empleador exige que su empleado reciba una "ayuda" para resolver su problema con el alcohol. En tales situaciones es conveniente indagar y reconocer el punto de vista de cada persona y luego buscar una zona de acuerdo entre los dos individuos.

Un caso reciente, en el que un hombre y su esposa tenían objetivos diferentes para el tratamiento, ejemplifica muy bien que es posible generar un acuerdo respecto de ese punto.

TERAPEUTA: ¿Qué le parece que tendrá que cambiar para que usted se dé cuenta de que valió la pena venir aquí hoy?

MARIDO: YO tendría que lograr convencer a mi mujer de que necesita ayuda con su manera de beber.

T.: Muy bien. (A la esposa) Entonces, para usted, ¿qué tendrá que cambiar para que piense que valió la pena venir aquí hoy?

ESPOSA: Mi marido tendrá que dejar de ser un policía con mi manera de beber y dejarme tranquila.

T.: Entonces, cuando eso suceda, ¿qué pasará entre ustedes que le indique que valió la pena venir a terapia?

E.: Bueno... Nosotros... nos llevaremos mejor.

T.: ¿Y qué pasará que les indique a los dos que están "llevándose mejor"?

E.: Bueno, primero, él dejará de vigilarme... y yo, supongo que yo, sabe, bajaré a una o dos cervezas nada más...

T.: Aja, me doy cuenta.

E.: (continúa) ...y entonces tendremos más vida social. ¡Estamos tan aislados ahora!

T.: (Al marido) ¿Y para usted? ¿Qué será diferente?

M.: Bueno, creo que sí, que podríamos llevarnos mejor.

T.: Bien. Y entonces, cuando eso suceda, ¿qué será diferente?

E.: Pues... Dejaré de controlarla... porque a mí en realidad no me gusta ser el "policía del trago".

T.: ¿Y qué más?

E.: Conversaríamos más, ejem, saldríamos más seguido... hasta tendríamos amigos... nosotros no tenemos amigos.

2. Ser limitados

Los objetivos que el paciente fije deben ser lo suficientemente limitados como para que se pueda cumplirlos. Esta cualidad está bien expresada en el viejo lema de Alcohólicos Anónimos: "un día por vez". Es mucho más probable que los pacientes tengan éxito si los objetivos del tratamiento son limitados. Además, el cumplimiento de esos objetivos le da al bebedor problemático la sensación de que está triunfando, y ello le insufla esperanzas y una creciente motivación para el trabajo futuro.

He aquí algunos ejemplos de objetivos que nuestros pacientes han encontrado manejables:

- ~~no~~ disminuir su consumo de bebidas mixtas, de cinco copas a dos;
- ~~no~~ pasar un día más sin beber;
- ~~no~~ al volver a su casa, tomar un camino que no pase por su bar favorito;
- ~~no~~ salir a caminar después del trabajo.

Por otra parte, algunos objetivos que a nuestros pacientes les resultó difícil lograr son:

- ~~no~~ asistir a 90 reuniones de AA en 90 días;
- ~~no~~ aceptar la idea de no volver a beber en toda su vida;
- ~~no~~ cambiar de amistades y relaciones; no regañar al cónyuge bebedor;
- ~~no~~ no faltar nunca al trabajo, etcétera.

El diálogo siguiente, tomado de una sesión con un hombre llamado Jim, de 42 años, bebedor problemático y desocupado, puede usarse para ilustrar el proceso de negociación de un objetivo limitado para el tratamiento. El fragmento empieza cuando Jim está explicando lo que espera lograr en la terapia:

J.: Tengo que arreglar mi vida.

T.: ¿Cuál será la primera señal de que usted está "arreglando su vida"?

J.: Estaré más contento y podré hacer más cosas. Conseguiré lo que merezco en la vida.

El terapeuta y el paciente han identificado conjuntamente un objetivo para el tratamiento. Inicialmente el objetivo del paciente está formulado en términos vagos. Dice, por ejemplo, que estará "más contento" y que "podrá hacer más cosas". Pero esos objetivos no sólo son demasiado vagos sino que además son demasiado amplios como para ser considerados "bien pensados". El terapeuta debe entonces trabajar con el paciente para identificar un objetivo más limitado. Una buena manera de lograrlo es preguntarle al paciente cuáles serán las primeras pequeñas señales de éxito.

T.: Me he quedado pensando en lo siguiente,

Jim: ¿cuál será el primer paso que le indique que está bien encaminado para conseguir las cosas que merece?

J.: Si me pateo el trasero y digo: "Vamos, vamos, adelante".

T.: A ver, explíquemelo mejor,

Jim: ¿Cuál será el primer pequeño progreso que le indique que usted está "pateándose el trasero"?

J.: Estaré mucho más ansioso por salir de casa, ir a dar un paseo, llamar a alguna persona, ir a visitarla. Me sentiré mejor físicamente.

Por primera vez en la sesión, el terapeuta y el paciente identifican juntos algunos objetivos lo suficientemente limitados para considerarlos "bien pensados". En este caso, para el paciente los objetivos son: salir de la casa, ir a caminar, llamar a un amigo y visitarlo, sentirse mejor físicamente. Esos objetivos son menores y, por lo tanto, más fáciles de alcanzar que los objetivos establecidos anteriormente por el paciente. Estos objetivos menores, más limitados, son descriptos en términos muy específicos, lo que hace más fácil que terapeuta y paciente puedan determinar cuándo se los ha logrado. Tener los objetivos del tratamiento formulados en términos precisos y cuantificables es la siguiente cualidad de los objetivos "bien pensados".

3. Ser concretos, específicos y estar formulados en términos de conducta

Hay objetivos, como "arreglar mi vida" o "estar contento", que no pueden ser considerados "bien pensados" porque están formulados en términos imprecisos: son demasiado vagos. El problema que presentan los objetivos formulados en términos vagos es que al terapeuta y al paciente les resulta imposible determinar si se está progresando, o no. Además, cuando esos objetivos elusivos son el foco del tratamiento, el resultado más frecuente es que la terapia tome mucho más tiempo que el necesario. La ventaja de definir los objetivos en términos precisos es que al terapeuta y al paciente les resulta más fácil evaluar exactamente el progreso que se está realizando y determinar lo que falta por hacer. Y en ese proceso creemos que la terapia se hace más eficaz y eficiente.

He aquí algunos ejemplos de objetivos que nuestros pacientes han formulado en términos específicos, concretos y de conductas: arreglar con alguien para que conduzca el automóvil o dejarlo en casa antes de la salida de fin de semana; llegar puntualmente al trabajo los días lunes; tomar dos cervezas en vez de cinco; no beber los viernes por la noche en la salida con amigos; anunciarles a amigos y/o familiares su decisión de no beber; tener una conversación tranquila con los familiares involucrados acerca del consumo de alcohol, etc. En cuanto a los objetivos vagos e imprecisos que nuestros pacientes encuentran difícil alcanzar, podemos mencionar los siguientes: tener más autoestima; encarar cuestiones vinculadas con el hecho de ser un adulto hijo de un alcoholico; llevar una vida moderada; ponerse en contacto con los sentimientos.

En nuestra opinión, formular los objetivos con precisión no sólo contribuye a que paciente y terapeuta puedan evaluar el progreso, sino que además le brinda al paciente la oportunidad de atribuirse inmediatamente el mérito de sus éxitos. Y a la inversa, cuando no se alcanza el objetivo, la formulación precisa ayuda al paciente a imaginar qué más debe hacer para lograrlo. De este modo, si el paciente alcanza el objetivo, recibe todo el mérito; y si no lo alcanza, no se siente abrumado por ese hecho.

4. Plantear la presencia y no la ausencia de algo

Cuando les preguntamos a los pacientes qué esperan lograr por medio del tratamiento, es frecuente que respondan que quieren eliminar un problema o librarse de él. El hombre o la mujer que beben suelen decir que quieren dejar de ser bebedores, o que *no quieren* volver a su casa borrachos ni emborracharse en presencia de sus hijos. En cuanto a la pareja, por lo general afirma que *no quiere* que su marido [o su mujer] vuelva a beber, o que quiere que *nunca más* conduzca borracho [o borracha]. En otras palabras, observamos que la idea que se forma el paciente de lo que "puede ser un buen resultado terapéutico" se formula como la ausencia del problema. Y por lo general la verbalización de estos objetivos contiene palabras negativas, como "no", "nunca", "no poder" o "no deber".

Según nuestra experiencia, los objetivos que no contienen palabras negativas, sino que plantean la presencia y no la ausencia de algo, hacen que el tratamiento sea más eficiente y eficaz. Los objetivos deben formularse en un lenguaje positivo, proactivo, y deben plantear lo que el paciente *hará* en vez de formular lo que *no hará*.

Hay varias razones para definir los objetivos del tratamiento en términos positivos. En primer lugar, a diferencia de los objetivos planteados como la ausencia de algo, al terapeuta y al paciente les resulta mucho más fácil determinar si el objetivo positivo ha sido alcanzado. Saber cuándo terapeuta y paciente han alcanzado el objetivo es algo fundamental para poder hacer una terapia eficiente y eficaz. Cuando el objetivo del tratamiento se formula como la ausencia de algo, ni el paciente ni el terapeuta pueden estar seguros de haber alcanzado el objetivo, ya que siempre existe la posibilidad de que el problema vuelva a presentarse. Por esa razón, cuando el objetivo está planteado en términos negativos puede resultarles muy difícil saber si se puede poner fin al tratamiento. Entonces el tratamiento se hace innecesariamente prolongado.

La segunda razón para preferir que los objetivos se formulen positivamente es que no es posible *no hacer* algo. Como seres humanos que somos, estamos siempre en disposición de hacer algo, aun cuando digamos que ese algo que estamos haciendo es "nada". En esos casos, podemos ser menos activos (por ejemplo, estar sentados o meditar) pero aun así estamos haciendo *algo*. Como el paciente no puede no hacer algo, creemos que será mejor ayudarlo a identificar exactamente lo que *hará* cuando ya no esté comprometido con el comportamiento problemático. En el caso de un bebedor problemático, en vez de acordar trabajar sobre el objetivo de abstenerse de beber alcohol, intentamos negociar objetivos que nos indiquen a nosotros y al paciente lo que éste hará cuando ya no beba: un hobby, actividades familiares, ejercicio físico, reuniones sociales, etcétera.

La tercera y última razón para preferir los objetivos positivos se refiere a la paradoja que se plantea cuando tratamos de ordenarnos a nosotros mismos *no hacer* algo. Es decir: cada vez que nos indicamos *no hacer* algo nos vemos obligados a pensar en la actividad que supuestamente debemos evitar. Primero debemos convocar en nuestra

mente la imagen de la actividad prohibida y después debemos tratar de ignorarla. Desde luego, el resultado es que terminamos pensando aun más en la actividad prohibida, con lo que evitarla nos resulta mucho más difícil.

Un hombre joven y ambicioso, secretario de la fiscalía de distrito, se presentó en busca de tratamiento debido a que sufría episodios periódicos de consumo problemático de alcohol. Este joven, llamado Jerry, tenía miedo de cometer un "error grave", durante alguno de sus episodios de borrachera, que pusiera en peligro su carrera en el poder judicial. Confesó luego que tenía debilidad por un cóctel llamado "Margarita" y que sentía un irresistible impulso de tomar tres o cuatro con el estómago vacío. Con voz lastimera Jerry relató que había hecho muchísimas tentativas de terminar con sus episodios de bebida problemática. Había tratado de no pensar en el alcohol y también dejó de tener bebidas alcohólicas en su departamento. En algunas pocas ocasiones se había sentido tan desesperado que hasta había llegado a ir a otra ciudad para asistir a una reunión de Alcohólicos Anónimos. Pero toda aquella charla sobre cómo *no beber* hacía que le dieran tantas ganas de echarse un trago que todas las veces al salir de la reunión se había ido directamente a un bar.

Jerry y el terapeuta empezaron a explorar juntos lo que Jerry quería lograr por medio del tratamiento. Jerry dijo inmediatamente que quería terminar con ese asunto de los episodios de borrachera. El terapeuta reconoció que ese objetivo no estaba "bien pensado" y le preguntó a Jerry qué haría cuando ya no estuviera perturbado por los episodios. El joven secretario se lamentó entonces de que ya no podía disfrutar del gusto de los Margaritas porque tomaba las copas apresuradamente y porque su "problema" le preocupaba muchísimo. Después se comprometió voluntariamente a darse tiempo para paladear cada trago en vez de engullirlo. Dijo, además, que invitaría con más frecuencia a otras personas a salir de copas; y que cuando estuviera en su casa se prepararía algo de comer en vez de beber con el estómago vacío.

En el transcurso de la terapia, con los objetivos del tratamiento formulados positivamente, Jerry pudo poner en práctica los comportamientos que describió durante la primera sesión y superar sus episodios de bebida problemática. Nuestra última información es que Jerry continúa con sus nuevas pautas de comida y bebida.

A continuación se expone otro ejemplo en que se ayudó al paciente a formular los objetivos del tratamiento como una presencia y no como una ausencia. Se trata del caso de un joven de 16 años llamado David, que fue llevado a terapia por su madre debido a su consumo problemático de alcohol y a su conducta retraída. Al comienzo de la sesión David dijo que no tenía ningún problema y que no quería participar en la sesión. El terapeuta aceptó la declaración del joven y desvió la conversación hacia la madre. En el siguiente fragmento, el terapeuta trabaja junto con la madre de David para negociar un objetivo positivo".

TERAPEUTA: Entonces, Sra. L., ¿qué supone usted que verá que David hace de manera diferente cuando hayamos terminado con nuestro trabajo y ustedes no tengan que venir más?

MADRE: Yo no quiero que él beba ni que sea tan retraído. Cuando está en casa apenas si le dirige la palabra a su familia. Se encierra en su cuarto y no sale en todo el día.

T.: Entonces, cuando David consiga la ayuda que ha venido a buscar aquí, ¿qué observará usted que él hace en lugar de todo eso?

M.: Bien, pues probablemente lo veré como era antes. Era divertido, siempre estaba haciendo bromas. Yo creo que está destrozado por culpa de su novia.

T.: Entonces, cuando él vuelva a su antiguo ser, ¿qué notaría usted que él hace de modo diferente?

M.: Bueno, creo que será más alegre. Sé que es un adolescente y tendrá cambios de humor, pero por lo menos conversará con nosotros y a veces cenará con nosotros.

T.: Muy bien. ¿Y qué más?

M.: Saldrá de su cuarto y por lo menos nos dirá "Hola" y volveremos a conversar como antes y él me contará sus planes para el futuro y lo que quiere hacer con su vida.

T.: ¿Algo más?

M.: Bueno, supongo que seguirá yendo a la escuela y al trabajo, y todo eso.

Con los objetivos formulados de manera tan positiva son mayores las posibilidades de que la madre de David advierta y reconozca todo pequeño cambio que se produzca. Además, cuando ella vea que David está cambiando, es más probable que responda de manera positiva hacia su hijo, reforzando así los pequeños cambios y facilitando el "efecto ondulatorio". Si, por el contrario, el objetivo se negocia en términos negativos, es sumamente probable que los pequeños cambios protagonizados por David pasen inadvertidos para su madre y se interrumpan, debido a la falta de reforzamiento.

5. Que sean un comienzo y no un fin

El antiguo proverbio que dice "Un camino de mil millas empieza con el primer paso" significa que, no importa cuan vasto o complejo sea nuestro objetivo, podemos alcanzarlo si nos concentramos en el comienzo y no en el eventual resultado final. Asimismo los objetivos deben describir los primeros pequeños pasos que el paciente necesita dar y no el fin del recorrido. Cuando un paciente se presenta para iniciar un tratamiento, lo habitual es que describa sus objetivos de una forma tajante (sobriedad, felicidad); en otras palabras, en función del resultado final que espera alcanzar. Si bien esto puede ser considerado un indicio de que el paciente es capaz de percibir la posibilidad de una vida diferente, a menos que se lo ayude a definir paso a paso el progreso hacia esos objetivos, sus propósitos pueden seguir siendo una posibilidad y nada más. Aunque la percepción del paciente del resultado final debe ser aceptada, el terapeuta debe trabajar junto con el paciente para especificar exactamente cuáles son los pasos que habrá que dar *primero* para lograr el resultado deseado.

En otro fragmento del caso de David y su madre, la madre describe las esperanzas que tiene para su hijo. Hasta ese momento David había permanecido tranquilamente sentado, con un aire aburrido y triste, sin participar en la conversación.

MADRE: David tiene tantas... Yo quiero que él llegue a ser todo lo que puede ser (mira a David).

DAVID: (esquiva la mirada de su madre)

TERAPEUTA: ¿Debo entender entonces que usted ve en David muchas potencialidades?

M.: Por supuesto. Siempre le digo que es una persona muy inteligente. La verdad es que es muy inteligente.

D.: (Mira al piso)

T.: Entonces, ¿cuál sería para usted la primera señal de que David avanza en la dirección correcta?

M.: Pues bien... creo que lo vería comportarse a la altura de sus potencialidades.

T.: Ya veo, ya veo... ¿y cuál sería el primer indicio, un indicio pequeño, de que David está "comportándose a la altura de sus potencialidades"?

M.: ¿El primer indicio, un indicio pequeño?

T.: Eso es, ¿cuál será la primera cosa insignificante que David hará que le hará decir a usted: "Bravo, está empezando a comportarse a la altura de sus potencialidades"?

D.: (gira levemente la cabeza hacia su madre)

M.: Bueno, él... él sonreiría más y... ejem... él antes se llevaba bien con su hermano, eran muy unidos, así que supongo que otro indicio pequeño sería que empiece a llevarse de nuevo bien con su hermano.

T.: Bien.

M.: Y, como dije antes, podría cenar con nosotros de vez en cuando. No digo todas las noches, porque él trabaja después de la escuela y los sábados.

T.: Bien. Entonces, cuando usted vea que él sonríe más y se lleva bien con su hermano y de vez en cuando cena con toda la familia, ¿ése será el primer pequeño indicio?

M.: Sí.

D.: (parece sorprendido)

En el transcurso de esta conversación los objetivos iniciales de la madre se aclaran. David parece estar más comprometido con el proceso del tratamiento, aunque en un nivel no verbal. En el diálogo que tuvo lugar después David empezó finalmente a participar en la discusión. De hecho, el terapeuta pudo trabajar con David para negociar algunos limitados objetivos iniciales propios de él. Muchas veces hemos visto que algunos pacientes que al principio se muestran indecisos respecto del tratamiento están después más dispuestos a participar, una vez que reconocen que al final de la sesión no se los interrogará ni se los obligará a "curarse" ni tampoco se establecerán objetivos descabelladamente elevados.

6. Que sean realistas y alcanzables dentro del contexto de la vida del paciente

Al trabajar con el bebedor problemático es importante que el profesional colabore para determinar lo que es y lo que no es realista y alcanzable dentro del contexto de las circunstancias de la vida del paciente. Si bien a algunos pacientes puede resultarles difícil identificar lo que es realista y alcanzable, en la mayoría de los casos hemos observado que el paciente es la mejor fuente de información acerca de lo que se puede considerar realizable. Reconocemos que muchos bebedores problemáticos son famosos por hacer grandiosas promesas que casi nunca pueden cumplir. Nuestra opinión sobre esta reputación negativa es que ella se debe, en gran medida, a los objetivos

irreales e inalcanzables que los terapeutas han planteado siempre (por ejemplo, abstinencia de por vida, etc.) y no a una característica intrínsecamente negativa de la población de los bebedores problemáticos.

Cuando un paciente plantea un objetivo irreal o inalcanzable el terapeuta debe trabajar *con* el paciente para negociar un objetivo que sea más manejable. Según nuestra experiencia, la mayoría de los pacientes saben de antemano o reconocen rápidamente que su objetivo inicial es inalcanzable; y siempre están dispuestos a negociar una alternativa más realista. Por ejemplo, cuando un bebedor problemático acude en busca de tratamiento después de que su esposa lo ha abandonado, es frecuente que en el primer momento diga que su único objetivo para el tratamiento es: "¡Hacer que mi esposa vuelva!" Pero muchas veces este objetivo no es realista. Después de escuchar al paciente con una actitud de simpatía hacia su ruego, descubrimos que casi todos reconocen el hecho y están dispuestos a negociar un objetivo diferente, más realista. Los pocos restantes suelen estar dispuestos a considerar un objetivo transitorio más accesible (por ejemplo, introducir algunos cambios en su manera de beber), siempre que crean que eso aumentará sus posibilidades de recomponer la relación con su cónyuge.

7. Que se perciba que exigen un "trabajo duro"

La última cualidad de un objetivo bien pensado es que se debe percibir que exige un "trabajo duro". Muchas veces nos recordamos a nosotros mismos y les recordamos a nuestros pacientes que los cambios que intentarán hacer requerirán un "trabajo duro". Esta idea puede parecer contradictoria, dado que anteriormente hemos recomendado que el terapeuta negocie objetivos limitados y accesibles. Sin embargo, a pesar de esas cualidades, pensamos que el reconocimiento de que introducir cambios implica un "duro trabajo" cumple varias funciones importantes.

La primera, y quizá la más importante, de estas funciones es la protección y promoción del sentido de autoestima y dignidad del paciente. Declarar al comienzo del tratamiento que el objetivo del paciente implicará un "trabajo duro" sirve para proteger el sentido de dignidad del paciente en la eventualidad de que no pueda alcanzar el objetivo deseado. En tales circunstancias el fracaso sólo significa más trabajo duro por hacer, y no que el paciente no podrá lograr su objetivo. Asimismo, se puede exaltar el sentido de dignidad del paciente atribuyendo errores pasados a la índole difícil del problema.

Según nuestra experiencia clínica, siempre es beneficioso para el bebedor problemático tener una manera amable y aceptable de reconocer que fracasó en el pasado. En el modelo tradicional el paciente bebedor problemático siempre pudo preservar algo de su autoestima echándole la culpa de sus fracasos a la "enfermedad del alcoholismo". Sin embargo, hemos descubierto que en general este enfoque es menos eficaz para promover una posterior responsabilidad personal. Por el contrario, cuando el objetivo es descrito como "difícil" y se afirma de él que implica un "duro trabajo", el paciente se ve obligado a internalizar la responsabilidad por el logro de su objetivo, al mismo tiempo que dispone de una manera de mantener su sensación de autorrespeto en caso de un eventual fracaso.

Formular los objetivos afirmando que implican un "duro trabajo" puede servir también para abarcar las experiencias del paciente en el pasado, cuando trataba de enfrentar su problema con la bebida. Antes de llegar a la terapia la mayoría de los pacientes ya intentaron muchas veces resolver su problema, y fracasaron. Por lo tanto, afirmar que el problema del paciente es difícil y requerirá un "trabajo duro" es un punto sobre el cual se concuerda fácilmente. Además, la idea sirve para insuflar esperanzas en el paciente, porque indica que su objetivo es viable, siempre que se invierta determinada cantidad de "trabajo duro". Y por otra parte, la esperanza misma motiva al paciente para lograr su objetivo.

A casi todos los bebedores problemáticos les han dicho reiteradamente que lo que tienen que hacer es muy simple. Por ejemplo, sólo deben "decir que no", "vivir día por día" o "cumplir el programa". Tales formulaciones son, en el mejor de los casos, irrespetuosas, porque subestiman lo difícil que puede ser para el bebedor problemático poner en práctica soluciones tan simples. Y en el peor, exacerban los sentimientos de desesperanza y desesperación asociados con los anteriores fracasos. En realidad, estas formulaciones implican que si el paciente fracasa es porque es estúpido, pusilánime o débil de carácter. Volviendo al "Gran Libro", recordemos la explicación que se da acerca de aquellos individuos que son incapaces de sacar partido del "simple" método ofrecido por Alcohólicos Anónimos. Según el libro, esas personas son "constitucionalmente incapaces de ser honestos consigo mismos... han nacido así y son naturalmente incapaces de captar y desarrollar una manera de vivir que requiera una honestidad rigurosa" (p. 58). Esta idea le deja poca oportunidad al paciente de mantener un sentido de dignidad y autovaloración, y mucho menos aún, un sentimiento de esperanza, si no puede seguir el modelo de Alcohólicos Anónimos.

Pero si al negociar los objetivos del tratamiento se habla de "trabajo duro", terapeuta y paciente se colocan en situación de ganadores. Sea cual fuere el resultado, ambos podrán considerar que sus esfuerzos tuvieron éxito. Si el paciente no alcanza el objetivo, ello se debe simplemente a que hay que hacer más trabajo duro. Pero si por casualidad el paciente puede resolver su problema muy rápidamente, recibirá elogios y se adjudicará el mérito de haber descubierto cómo resolver un problema tan "difícil" en un período de tiempo tan breve. Y por último, si el paciente hace un progreso lento, firme y regular, se considerará que el proceso fue normal y también se lo felicitará por su duro trabajo.

4. Negociar y cooperar: los objetivos y la relación entre paciente y terapeuta

Si siempre dices que las cosas van mal, tienes grandes posibilidades de ser un profeta .Isaac Bashevis Singer

Demasiados terapeutas te invitan a cenar y después te dicen lo que debes pedir. Yo invito a un paciente a una cena psicoterapéutica y le digo: "Ordene su comida". Mil ton Erickson (1973)

Quisiera señalar que, para ser eficaces, aun los objetivos bien pensados deben ponerse en práctica de modo tal que se adapten a la relación paciente-terapeuta. Esos esfuerzos por personalizar el tratamiento requieren considerable pericia clínica, no sólo para adaptarse a lo que el paciente quiere sino también para negociar con él respecto de sus posibilidades de éxito y su determinación de alcanzar objetivos razonables. En este capítulo describiremos algunas situaciones clínicas bastante corrientes que se presentaron como problemáticas durante nuestras sesiones de enseñanza y supervisión.

Establecer objetivos con un paciente involuntario

Trabajar con pacientes involuntarios no es divertido. Mucho más fácil y agradable es trabajar con pacientes que valoran nuestra formación profesional y nuestra pericia. Lamentablemente, como el consumo excesivo de alcohol genera problemas legales y éticos, muchos programas de tratamiento deben atender a pacientes que suelen ser llamados "involuntarios". Es posible que la reputación negativa que los bebedores problemáticos tienen entre los terapeutas de la salud mental se deba en realidad a la errónea evaluación que hacen los profesionales de la relación terapéutica y también a su renuencia a aceptar los objetivos de los pacientes, valorándolos y considerándolos un buen punto de partida.

El trabajo con un paciente involuntario que niega o minimiza las graves consecuencias de su manera de beber para él mismo y para quienes lo rodean requiere del terapeuta que haga un cambio radical para aumentar la eficacia del tratamiento. Sin ese cambio el terapeuta puede fácilmente sentirse desalentado y abrumado y terminará por sentir que no puede hacer nada por el paciente.

Es bastante corriente que la reacción del terapeuta frente a ese paciente sea preocuparse más que el paciente mismo, o sea reaccionar exageradamente frente a la minimización del paciente. Entonces es muy probable que el *terapeuta* se convierta en "comprador" de sus propios servicios.

Establecer objetivos en una relación del tipo visitante

Cuando trabajan en una relación del tipo "visitante", los terapeutas son particularmente vulnerables a decirles a los pacientes "lo que hay que hacer". El resultado de esta clase de intervención es, previsiblemente, negativo. Para evitar tales tendencias es importante tener conciencia de las trampas y tomar medidas para no caer en ellas.

Cuando un terapeuta ve el grave daño físico y psicológico que causa el abuso prolongado del alcohol, es muy fácil que tienda a imponerle objetivos al paciente. El terapeuta puede darse cuenta de que hay grandes posibilidades de que el paciente vuelva a ser una persona productiva e íntegra. Puede suceder también que el terapeuta vea el sufrimiento infligido a los que rodean al bebedor problemático (cónyuge, hijos, empleadores) y al bebedor mismo, y la indignación obnuble su juicio clínico. Muchos profesionales se sorprenden y se enojan cuando el paciente no sigue los objetivos establecidos por el terapeuta o por el programa de tratamiento (sin aporte alguno del paciente).

Nosotros creemos que la mala reputación del bebedor problemático se debe a que los clínicos suelen equivocarse al juzgar a un paciente como "comprador" cuando en realidad es un "visitante". Entonces, si el terapeuta procede a exponer la necesidad de que el paciente se decida a incorporarse a Alcohólicos Anónimos, a alcanzar la sobriedad, a ser más responsable o a tomar el tratamiento más en serio, será menos probable que el paciente participe con el interés deseado. Por lo tanto, una evaluación correcta de la relación del tipo "visitante" y un comportamiento adecuado aumentarán la motivación del paciente y harán que se sienta respetado.

Para evitar sentirse frustrado con esos pacientes, a continuación se exponen algunas técnicas destinadas no sólo a poner la relación en el rumbo adecuado sino también a ayudar a los pacientes a decidir qué objetivos les servirán para avanzar en una dirección positiva.

Descubra lo que el paciente quiere

La actitud más conveniente que puede tomar un profesional frente al paciente visitante es ser sincero y veraz, respetar la autodeterminación del paciente para establecer objetivos y confiar en que él tiene inteligencia suficiente para descubrir lo que le conviene. Una vez que el terapeuta ha puesto en claro su auténtica consideración por el paciente, debe descubrir lo que es importante desde el punto de vista de éste. Nuestra experiencia clínica nos indica que todos los pacientes quieren obtener algo de su visita al terapeuta, aunque más no sea un llamado telefónico al empleador o al funcionario a cargo de la libertad condicional.

Para algunos pacientes, ser un buen padre y un buen hombre de familia significa ser un proveedor económico estable. Otros dan mucha importancia a las relaciones con amigos que se dedican a actividades al aire libre. Otro objetivo importante suele ser mantener el matrimonio o conservar el empleo. Otros, en cambio, quieren ser "independientes" y no quieren que nadie les diga "lo que tienen que hacer".

A veces no es fácil descubrir lo que el paciente quiere, debido simplemente a que el paciente no sabe lo que quiere. Veamos un ejemplo: una joven de 24 años llamada Cindy, trabajadora social, se mostró muy reservada al principio, con grandes dificultades para expresar lo que quería. Al parecer su consumo de alcohol había aumentado muchísimo durante los tres meses anteriores a nuestra primera reunión. Hasta tal punto había bebido que llegó a faltar al trabajo. Cuando su supervisor le ordenó que presentase certificados médicos para justificar sus reiteradas faltas, no pudo hacerlo porque en realidad "salía de juerga" y muchas veces no dormía en toda la noche. Se le formularon diversas preguntas destinadas a averiguar cuál era el objetivo de su supervisor para que ella acudiera a terapia, pero sus respuestas sólo expresaron una vaga idea acerca de querer "sentirse mejor" con ella misma y llegar a ser más positiva. Pero cuando en entrevistas posteriores se le pidió que calificara según una escala la importancia que atribuía a "sentirse mejor" consigo misma, la calificación fue bastante baja, mientras que quedó claro que mantener su empleo le parecía mucho más importante. Al mismo tiempo Cindy comentó que como ella era miembro de un gremio de los trabajadores sociales su empleo estaba protegido y era poco probable que lo perdiera. Gran parte de la información que suministró era contradictoria. Nosotros llegamos a la conclusión de que no sabía bien lo que era importante para ella y, por lo tanto, no estaba preparada para iniciar un tratamiento. Cindy y el terapeuta debieron trabajar durante dos sesiones para aclarar ese punto.

Acepte el objetivo del paciente y sea comprensivo con su mala situación

Para alcanzar el objetivo de "sacarse a alguien de encima" el paciente debe seguir ciertas reglas, como no beber y conducir, no llegar a su casa borracho, no faltar a las citas. Aun cuando alimentemos la esperanza de que el paciente se esforzará por cumplir objetivos más ambiciosos y por enfrentar sus problemas, el objetivo de "evitarse problemas" suele ser suficiente al comienzo, porque para cumplirlo el paciente tiene que controlar la bebida. Descubra usted lo que el paciente *está dispuesto* a hacer y después trabaje para alcanzar ese objetivo, dejando de lado todo pensamiento acerca de lo que él *debería* hacer.

A nadie le gusta que le digan lo que tiene que hacer; y su paciente no es una excepción. Los terapeutas deben adoptar una actitud comprensiva hacia la desdichada condición del paciente, que debe aceptar que alguien gobierne su vida. Trate de utilizar la técnica de la empatía e imagine lo difícil que debe ser estar sentado frente a usted, el terapeuta. Póngase siempre del lado del paciente. No defienda a los empleadores, las leyes de tránsito, las sentencias de los jueces ni las "descabelladas" exigencias de los familiares.

Elogie al paciente

El paciente que acude a la terapia por obligación debe ser elogiado por haber dedicado tiempo y esfuerzo a asistir a la primera sesión. Ese esfuerzo puede ser visto como un deseo de complacer a alguien (por ejemplo, el empleador o el juez) que puede exigir que el paciente haga determinadas cosas, o como una manera de evitarse

consecuencias desagradables o perjudiciales. El paciente tuvo la oportunidad de no comparecer o no aceptar las exigencias, y podría haber asumido todas las consecuencias de esa actitud.

La motivación que está detrás de su asistencia es, pues, un claro indicio de su deseo de minimizar los conflictos en su vida; y esto es un paso positivo. Los terapeutas deben creer sinceramente que el paciente merece ser elogiado por algo; por lo tanto, deben buscar cosas que merezcan elogio. Los pacientes siempre esperan que el terapeuta reaccione del mismo modo que lo han hecho todas las personas que conoce, es decir, criticándolo y diciéndole "lo que tiene que hacer". Y eso le recuerda sus fracasos. Por eso no es sorprendente que el paciente quede atónito al oír que el terapeuta lo elogia y señala los sinceros esfuerzos que ha hecho.

Muchas veces los pacientes son sorprendidos con la guardia baja y reaccionan de manera intensamente emocional. Puede suceder que el paciente empiece a llorar, sonrír o confirme los comentarios del terapeuta diciendo que los aprecia porque para él fue muy duro asistir a la sesión. También son frecuentes declaraciones como la siguiente: "Yo, le digo, yo sé que tomo demasiado. Sé que me hace mal. En realidad, creo que tengo que hacer algo".

Crea, hasta que se demuestre lo contrario, que lo que el paciente quiere hacer es bueno para él. Cuando un terapeuta adopta esa actitud, le resulta más fácil respetar al paciente y percibir cuáles son las cosas positivas que está haciendo para resolver sus problemas.

Es justo felicitar al paciente por haber acudido a la cita con el terapeuta. El tenía la opción de asumir las consecuencias legales (perder la licencia de conductor, ir a la cárcel), pero está actuando correctamente al ir a la escuela, asistir a la terapia, hacer un esfuerzo para conservar su empleo, tratar de complacer a su familia. Aunque el paciente haya fracasado antes, ahora está haciendo un esfuerzo.

Todo lo que el paciente haga que sea bueno para él, incluyendo las tentativas de controlar su vida y sus hábitos de bebida, debe ser destacado y elogiado. Otras cosas dignas de encomio son: haber permanecido mucho tiempo en el mismo empleo; haber alcanzado cierto nivel de pericia en alguna actividad académica, deportiva o social.

Pongamos un ejemplo: cuando recibió en su oficina a Cindy, la trabajadora social que había sido derivada por su supervisor, el terapeuta la elogió por haber acudido a la primera sesión aunque ir a terapia no había sido idea suya. Concordamos con ella en que su deseo de sentirse mejor consigo misma y su decisión de mantener el empleo eran los primeros pasos hacia la concreción de algo que era bueno para ella. Como la paciente no estaba segura y sus ideas eran vagas, decidimos aceptar su vaguedad pero señalando que su deseo de sentirse mejor y conservar su empleo era hacer algo bueno para ella.

Pídale al paciente su opinión acerca de las exigencias de la persona que lo derivó

Como la mayoría de los pacientes de esta categoría inicial de "visitantes" entienden que se los obligó a acudir a la terapia, casi nunca son solidarios, francos ni honestos con sus problemas con el alcohol. Sin embargo, siempre están dispuestos a corregir las ideas erróneas acerca de ellos mismos. Por eso es conveniente interrogar al paciente acerca de su percepción de las exigencias o los mandatos del otro. Cuando el paciente piensa que se lo ha calificado erróneamente está ansioso por corregir el error.

Ejemplo de caso: Madre severa

Derrick, de 17 años de edad, fue enviado a una sesión por su madre, soltera, por sospecha de consumo de alcohol y drogas. El muchacho, con actitud sombría y hostil y una mirada desafiante, extendió en una silla su cuerpo alto y musculoso. El terapeuta decidió iniciar la conversación mostrándose amable:

TERAPEUTA: Supongo que tendrás cosas mejores que hacer en un día como hoy que sentarte aquí a conversar con un consejero desconocido. Dime: ¿qué crees que tu madre que tiene que suceder aquí para que ella diga que ya puedes dejar de venir?

DERRICK: ¿Cómo?

T.: ¿Qué te parece que tu madre espera que suceda para creer que ya no tienes que venir a verme?

D.: A ella no se le puede decir nada. Cree que soy un drogadicto o algo así.

T.: Menos mal que no lo eres. ¿Y cómo se podría convencer a tu madre de que eres una persona correcta?

D.: No se puede hablar con ella, hermano. Está siempre enojada, te grita por cualquier cosa.

T.: Parece que las cosas andan mal en tu casa. No debe ser para nada divertido.

D.: Claro, no. Ella tendría que calmarse un poco. Empieza a chillar por una pavada, que los platos están mal lavados, estupideces así.

Como se puede advertir en esta conversación, la preocupación inicial de Derrick no se vincula con la droga o el alcohol sino con hacer que su madre "se calme un poco" y deje de gritarle. Si el terapeuta hubiera tratado de ahondar en su consumo de alcohol y drogas, probablemente Derrick se habría negado a hablar y hasta a volver para una segunda sesión. Cuando el terapeuta aceptó lo que era importante para él, Derrick mostró menos resistencia a la idea de volver. Y como su interés por volver aumenta las posibilidades de que Derrick llegue a interesarse por su consumo de alcohol y drogas, la conversación fue un buen comienzo para negociar objetivos. Al aceptar la renuencia de Derrick a reconocer sus problemas de consumo de drogas, el consejero se mostró comprensivo con la queja de Derrick: ser "confundido" por su madre con un "drogadicto o algo así".

Las siguientes preguntas sirven para negociar objetivos con personas que fueron enviadas a terapia.

- 1) ¿De quién fue la idea de que usted viniera a verme?
¿Quién le indicó que viniera? (¿Quién lo hizo venir?)
¿Qué hace que piense que usted necesita venir?
Según ¿cuál es la razón de que tenga usted este problema?
- 2) ¿Qué tiene que suceder para que lo deje tranquilo?
¿Qué convencería a de que usted no necesita seguir viniendo?
¿Qué supone que diría que usted tiene que hacer para que él piense que no tiene que venir más?
¿Cree que piensa que venir aquí será bueno para usted?
- 3) ¿Qué dice que usted tiene que hacer de otro modo?
- 4) ¿Qué diría que tiene que ver que usted hace para darse cuenta de que venir aquí le sirve de algo?
- 5) ¿Cuándo fue la última vez que usted hizo esto?
¿Qué fue diferente entonces?
¿Cómo hizo usted esto?
¿Qué fue lo que más le sirvió para empezar?
¿Qué diría que había de diferente en usted cuando hizo esto?
- 6) ¿Cuál es el primer paso que tiene que dar para empezar?
¿Cuánta confianza tiene en que puede repetir lo que le fue útil?
¿Qué supone usted que diría que le costaría a usted volver a hacer esto?
¿Qué supone usted que haría de diferente entonces?
- 7) ¿Qué será diferente en su vida entonces?
¿Que sucederá en su vida que no sucede ahora?
¿Qué diferencia introduciría en su vida ese primer paso?
- 8) ¿Cómo sabrá usted que ya hizo suficiente?
¿Quién será la primera persona que notará sus cambios?
¿Qué encontrará de diferente en usted?
¿Qué diferencia introducirá eso en su relación con su familia (su jefe, sus amigos, sus hijos)?
¿Qué cosa diferente hará usted que no esté haciendo ahora?

El siguiente diálogo ilustra cómo hilvanar estas preguntas.

TERAPEUTA: Entonces, ¿en qué puedo ayudarlo?

PACIENTE: No sé. ¿Cómo era su nombre?

T.: Disculpe, creí que sabía. Mi nombre es Estaba pensando en qué podría ayudarlo.

P.: No estoy seguro. Todo el mundo dice que yo tengo un problema con la bebida pero, ejem, yo no ando por ahí cayéndome de borracho ni nada por el estilo... Además, le digo, yo no tengo necesidad de beber todos los días. Puedo dejar de beber en cualquier momento, cuando yo lo decido.

T.: ¿De quién fue la idea de que usted viniera aquí hoy?

P.: Si ellos creen que soy un alcohólico, están equivocados.

T.: Entonces, ¿qué creen ellos que usted tiene que hacer aquí a fin de que después no tenga que seguir viniendo?

P.: Mi supervisor me la tiene jurada, es así como le digo, desde el primer día me tuvo bronca. Cree que soy un alcohólico.

T.: ¿Qué supone que es lo que a su supervisor le hace pensar que usted tiene un problema con la bebida?

P.: Bueno, a veces falto al trabajo los lunes.

T.: ¿Y eso es un problema para usted?

P.: No puedo perder este empleo. Creo que no tendría que beber los fines de semana. Este... alguna vez leí en alguna parte que es genético.

T.: Entonces, ¿qué tendrá que hacer para conservar su empleo? P.: Tengo que convencer a mi supervisor de que no tengo un problema con la bebida.

T.: Esa es una buena idea. ¿Y qué le parece que su supervisor diría que usted tiene que hacer para convencerlo de que es capaz de cumplir con su trabajo?

P.: Bien, pues... hum... supongo que él cree que yo tendré que aparecer en el trabajo el lunes por la mañana lleno de empuje y energía... y... y ser un "jugador de equipo", ésas son sus palabras favoritas.

T.: Así que... ¿qué más tiene que hacer usted, fuera de ir a trabajar los lunes, para demostrarle que es un "jugador de equipo"?

El diálogo que antecede muestra claramente un comienzo frustrante con un paciente. El paciente podría haber sido fácilmente descartado como "negador"; pero entonces el terapeuta habría perdido una oportunidad de ayudarlo a convertirse en comprador por otro motivo, diferente de su problema con la bebida. Desde luego, el trabajo del terapeuta sería más fácil si el paciente viera las cosas como "realmente son". Pero como se puede apreciar en este diálogo, aun cuando un paciente se niegue a reconocer que tiene un problema con el alcohol, la decisión del terapeuta respecto de hacia dónde ir con el material clínico puede ser crucial. El terapeuta mostró curiosidad y un sincero respeto por la manera de ver las cosas de su paciente, muy diferente de la del empleador. Cuando el terapeuta vio el problema desde la perspectiva del paciente, éste terminó por elegir un objetivo que podía ser perseguido.

A veces, aun cuando el paciente llegue al tratamiento "voluntariamente", suele ser necesario evaluar su visión de hasta dónde la bebida es un problema para él, y de hasta dónde él se considera parte de la solución del problema de la bebida.

Ejemplo de caso: Un paciente ambivalente

Lo que sigue es un fragmento de una sesión con John, que fue derivado a terapia "a solicitud suya". Nótese que fue preciso explorar a fondo la ambivalencia de este paciente y la fragilidad de su compromiso con el tratamiento, antes de que él pudiera tomar una decisión que le permitiera abordar con éxito sus problemas. Préstese especial atención a la manera en que el terapeuta se mantiene concentrado en lo que el paciente dice, dando así crédito a sus opiniones, sin dejar al mismo tiempo de cuestionarlas amablemente.

TERAPEUTA: ¿En qué puedo ayudarlo?

JOHN: No sé, no lo sé muy bien. Quiero entrar en algún programa.

T.: ¿Qué tipo de programa tiene usted en mente? J.: Para problemas de alcohol y drogas. T.: ¿Qué tipo de droga usa habitualmente? J.: Sobre todo cocaína; y también alcohol. T.: ¿Cómo consigue dinero para eso?

J.: Bueno, conozco un montón de gente que tiene conexiones. Cuando ando por ahí casi siempre me consiguen algo. Al darse cuenta de que la conversación de John era cada vez más vacilante y vaga, el terapeuta reconoció que tal vez se había apresurado demasiado a indagar. Entonces decidió dejar de lado la cuestión de dónde el paciente conseguía el dinero para comprar cocaína y concentrarse, en cambio, en la negociación del objetivo.

T.: Pues bien, ¿qué tipo de ayuda buscaba usted cuando vino aquí?

J.: Yo no sé muy bien lo que estoy buscando.

T.: ¿Usted quiere decir que no sabe si desea dejar las drogas y el alcohol?

J.: Exactamente. No sé lo que quiero. A veces pienso que quiero dejar, pero no sé. Conozco muchísima gente que trató de dejar pero no pudo.

T.: ¿Así que la conversación con su trabajador social tuvo algo que ver con que usted quisiera dejar las drogas y el alcohol? ¿O se trataba de otra cosa?

J.: El trabajador social me dijo que ustedes tratan de ayudar a la gente como yo. Yo quiero hacer algo, pero no sé. La verdad, ahora lo estoy pasando muy mal.

T.: ¿Quiere decir que le resulta difícil decidir qué camino tomar?

J.: Eso, eso mismo, no sé lo que quiero. Sé que no tendría que andar drogándome. No me gusta cómo están las cosas ahora.

T.: Y su hermano, ¿qué piensa que usted tendría que hacer?

J.: Bueno, él ya no opina sobre lo que yo tendría que hacer. Pero a veces me pregunta: "¿Cuándo te vas a conseguir un empleo?" Me doy cuenta de que él cree que sería bueno para mí tener un empleo.

T.: Evidentemente, él quiere que usted haga lo que es bueno para usted. ¿Y usted qué cree que será bueno para usted hacer?

J.: Yo sé lo que me gustaría hacer, me gustaría volver a estudiar algún día.

T.: ¿Y qué tiene que hacer para poder volver a estudiar? ¿Qué tendría que hacer para lograrlo?

J.: Pues, tendría que ser más estable, tener un lugar mío para vivir. Y dejar de beber y drogarme.

T.: Entonces, ¿qué le ayudará a decidirse a seguir un camino o el otro?

J.: Precisamente, ése es el punto. No sé. Realmente, no sé.

T.: Yo aprecio que sea sincero en ese punto. Usted sabe muy bien que podría estar furioso conmigo. Soy capaz de entender que hay buenas razones para drogarse y emborracharse y también buenas razones para no drogarse. ¿Cuál es para usted una buena razón para drogarse?

J.: Déjeme pensar. Una buena razón sería que yo me siento bien cuando lo hago.

T.: Debe haber también otras ventajas.

J.: Sabe, me hace sentir que soy alguien. Usted conoce muy bien la gente con la que ando. Me ayuda a relacionarme con otra clase de gente.

T.: Bien, ésa es una buena razón. ¿Alguna razón más?

J.: No, ninguna. Esto es algo que he hecho toda mi vida.

T.: Hace mucho tiempo que está en eso.

J.: Sí, empecé en el segundo año del secundario y ahora ya es como un hábito.

T.: Los chicos de segundo año del secundario no saben bien tampoco, así que empiezan. Pero usted ha seguido mucho tiempo, así que debe tener una buena razón para continuar. Usted parece ser del tipo de persona que no haría algo sin tener buenas razones para hacerlo.

J.: La verdad, nunca pensé en eso así. Hace tanto tiempo que lo hago que es simplemente algo que hago.

T.: ¿Quiere decir que lo hace sólo por costumbre, sólo porque hace mucho que lo hace?

J.: Es algo más o menos así. Como hoy. Cuando me canso de andar por ahí, voy y me drogo.

T.: Quiere decir cuando está aburrido. Claro, es una buena razón. ¿Puede pensar en alguna otra buena razón?

J.: Cuando usted dice "una buena razón"... yo nunca pensé en esto así. Una buena razón...

T.: Usted parece un tipo vivo y sensato, no parece de esos que hacen las cosas sin buenas razones.

J.: No creo que tenga una buena razón. Simplemente, lo hago por gusto.

T.: Tal vez sea una buena razón. Sentirse mejor. ¿Puede pensar en alguna otra buena razón?

J.: No, realmente no, para nada.

T.: Usted no parece ser un tipo que hace algo sin tener una buena razón.

J.: Muy bien. Léi, hace mucho tiempo, que los drogadictos son suicidas, que tratan de matarse. Estoy de acuerdo con eso, porque a veces tengo ganas de matarme. De hecho, traté de matarme pero no pude hacerlo. Desde entonces, decidí que era demasiado cobarde para suicidarme, así que no lo haré.

T.: Muy bien, qué bien. Me alegra saber eso. Ahora pensemos en buenas razones para no beber ni drogarse.

J.: ¿Para no beber ni drogarme? A ver... Sé que tendré más dinero en el bolsillo. Posiblemente la gente me respetará más.

T.: ¿La gente? ¿Quién?

J.: Mi familia. Especialmente mi hermana. Y mi padre. También a lo mejor recuperaría la salud.

T.: La salud, que es lo más importante. A lo mejor, lo más importante. Bien. ¿Algo más?

J.: No, creo que no.

T.: Así que cuando mira usted a ambos lados, hay una buena razón para drogarse y una buena razón para no drogarse. ¿Cómo decidirá cuál es mejor para usted?

J.: ¿Cómo decidirá? ¿Usted quiere decir para qué lado tomaré?

T.: Sí, eso.

J.: En realidad, no parece una pregunta difícil, pero es difícil. Porque pierdo algunas cosas, pero igual es difícil para mí decir para qué lado tomaré. Es difícil decidir.

T.: Sí, claro, es un problema duro, decidir para qué lado ir. Ahora, digo yo, ¿usted es una de esas personas que una vez que deciden para dónde ir, no cambian? ¿O usted cambia de idea hasta después de haber tomado una decisión?

J.: Yo cambio de idea.

T.: Pero siguió el programa siete meses.

J.: No fue tan difícil. Lo seguí, aunque a veces fue duro.

T.: Volvamos a eso. ¿Cómo decidirá usted para qué lado tomar?

J.: Y... parece que se trata de lo bueno y lo malo. Yo estoy haciendo lo malo. Pero yo sé lo que me conviene. Yo quiero dejar de drogarme y emborracharme y empezar a hacer algo positivo.

El terapeuta ha presentado la decisión de iniciar la terapia como una decisión difícil entre opciones igualmente atractivas. Al actuar así no sólo señala respetuosamente que la decisión del paciente de drogarse fue tomada a una edad muy temprana, cuando era inexperto, sino que también indica que ahora es lo suficientemente maduro e inteligente como para tomar una decisión más sensata. Esto pone al alcance del paciente una manera agradable de reformular su decisión de no drogarse. Además, al plantear el tema de la dificultad de elegir se da por sentado que esta vez el paciente elegirá mejor, tomará una decisión basada en lo que es mejor para él. Se ha puesto el énfasis en lo que, en última instancia, será bueno para el paciente desde *su* punto de vista.

Al permitirle comparar los méritos de ambas opciones, dejando también en claro que se confía en que hará una buena elección, el terapeuta presiona enormemente al paciente para que tome una decisión acertada. Nuestra experiencia clínica nos enseña que cuando a un paciente se le dan esas opciones, toma una buena decisión. Y eso fortalece nuestra fe en el espíritu humano.

El terapeuta reconoce que el paciente es ambivalente acerca de la dirección que debe tomar, y que empujarlo en cierta dirección sólo serviría para aumentar su resistencia. El terapeuta elogia al paciente por su honestidad y reconoce que deberá formularse una pregunta muy seria durante el siguiente fin de semana.

Una semana después John volvió más alegre y esperanzado e informó que había disminuido considerablemente su consumo de alcohol y drogas (por su propia voluntad) y que lo había logrado manteniéndose ocupado buscando trabajo. Agregó que había descubierto que no era tan difícil como había pensado.

La negociación de los objetivos con un demandante

La relación de tipo "demandante" suele ser perturbadora para los terapeutas y puede llegar a ser frustrante si no se la evalúa con claridad. Como se expuso en el capítulo 2, los pacientes que participan en una relación de este tipo separan la causa de los problemas de sus soluciones. Por lo tanto, casi siempre el paciente entiende que es "víctima" de la borrachera de otro y que, por lo tanto, la solución a sus problemas está, lisa y llanamente, en manos del bebedor.

En otros casos el paciente suele aceptar que su manera de beber es un problema, pero afirma que la causa es una predisposición genética y que, en consecuencia, él no dispone de los medios para resolver ese problema. Uno de nuestros pacientes declaró: "Soy un alcohólico. Eso es algo genético. Entonces, ¿usted qué quiere que yo haga?" Este es un ejemplo extremo: se trata de alguien que no ve la relación entre el problema y la solución.

Al principio, un paciente del tipo "demandante" no ve conexión alguna entre los problemas y el papel que él mismo puede desempeñar en la solución. A veces resulta difícil identificar este tipo de relación paciente-terapeuta porque el paciente, si bien formula claramente que hay un problema, o no ve soluciones o se siente impotente para hacer algo. Tal vez haya llegado a esa conclusión porque hizo muchas tentativas que fracasaron; y por eso es preciso que se produzca un cambio cognitivo para que pueda ver la conexión entre ambas cosas.

Debido a su tendencia a pensar que las soluciones están en manos de otra persona, las soluciones iniciales de los pacientes suelen concentrarse alrededor de la intención de ayudar a otro a cambiar, en vez de centrarse en la necesidad de introducir cambios en su propia vida. Hay padres, por ejemplo, que se quejan de la mala influencia de los amigos de sus hijos, pero se sienten impotentes para hacer algo al respecto. Las esposas o los maridos de los alcohólicos o las alcohólicas suelen sentirse impotentes para encarar el problema, pese a lo cual gastan muchísima energía tratando de hacer cambiar el comportamiento del otro. Estos familiares creen que el problema los afecta, pero que la solución está en otra parte. En la bibliografía sobre el tema estos pacientes suelen ser erróneamente descriptos como "codependientes" o "encubridores".

Estos pacientes necesitan ser autorizados y convalidados por un terapeuta, que los ayudará a reconocer que deben producir algunos cambios para que sus vidas mejoren. En ese punto, la sugerencia de incorporarse a Al-Anon (alcohólicos anónimos) no tiene sentido para el paciente. Aun cuando sea un excelente recurso, un grupo requiere un cambio de mentalidad demasiado grande. Los pacientes necesitan una ayuda en el ínterin para poder dar ese salto intelectual que les permitirá reconocer que necesitan ayuda.

Ejemplo de caso: Hosca y de negro

~~S~~ Sara, de 17 años, estudiante de cuarto año del secundario, tenía un aire hosco y taciturno y sólo contestaba "sí" o "no" a nuestras preguntas. Aunque estábamos en lo más intenso de la ola de calor del mes de agosto, vestía de

negro y lucía un maquillaje oscuro y el cabello teñido también de negro. Sara se mostró reservada y hostil, y sus claves verbales y no verbales indicaban claramente que no deseaba estar allí.

- ✂ En cambio la Sra.T., su madre, era muy conversadora: habló de todos los problemas que había tenido con Sara a lo largo de varios años, sobre todo desde que la joven había empezado a salir con "malas compañías". La Sra. T. sufría y se sentía rechazada por Sara, porque todos sus esfuerzos por inculcarle los valores católicos no habían servido de nada.
- ✂ Cuando se le preguntó qué sería bueno para Sara, la Sra. T. se explayó en detalles acerca de los errores que el terapeuta anterior había cometido con Sara, errores que le habían dado a la joven razones para no volver a verlo.
- ✂ También habló de la insensibilidad del padre de Sara frente a sus necesidades y dijo que el hombre prácticamente vivía encerrado en su oficina. Pero al parecer el conflicto parental se centraba en las críticas mutuas: padre y madre se acusaban de no demostrar afecto. Pero en ese momento, al enfrentarse con el grave problema de bebida de Sara, la Sra. T, que estaba frenética y agitada; dijo que se sentía abrumada, con una sensación de fracaso y de culpa, y reconoció que cuando estaba muy tensa solía gritar y "ponerse mandona".
- ✂ Dos días antes de la sesión un oficial de policía había sorprendido a Sara vomitando cerca de los baños de McDonald's; estaba pálida y se sentía mal y el policía la acompañó hasta su casa. La Sra. T. habló largamente de los problemas de "actitud" de Sara, de su falta de dotes femeninas y, sobre todo, de la mala influencia de sus amigos. Nada de lo que su madre hacía bastaba para persuadir a Sara de abandonar sus "malas" amistades.
- ✂ La Sra. T. hasta había renunciado a su empleo y se había quedado en el hogar, "vigilando a Sara como un halcón". Según la opinión de su madre, el hábito de beber de Sara era "una sorpresa total".
- ✂ Finalmente Sara, furiosa y desafiante, le dijo a su madre que hacía más de dos años que se emborrachaba y que ninguna terapia la detendría; si ella quería dejar de beber lo haría, sin ayuda de su madre.
- ✂ Viendo que la sesión conjunta con madre e hija aumentaría el nivel de ira y hostilidad en vez de conducir a una alternativa viable, el terapeuta decidió ver a Sara y a su madre por separado.
- ✂ En la sesión individual con Sara se reveló que, después del episodio de McDonald's, la joven había asistido por su propia iniciativa a algunas reuniones de NA (Narcóticos Anónimos), había dejado de beber totalmente y estaba buscando un empleo.
- ✂ "¿Por qué NA y no AA?" preguntó el terapeuta. "Para ser diferente", contestó Sara. Además, dijo que los muchachos y las chicas de NA "le gustaban más que los de AA".
- ✂ Claramente, a Sara le estaba resultando muy útil asistir a las reuniones de NA, donde tenía nuevos amigos. El único objetivo de Sara era irse de su casa cuando terminara sus estudios secundarios, lo que acontecería en unos nueve meses. Volvió a declarar que asistía a las sesiones porque su madre la obligaba y le aseguró al terapeuta que nunca más concurriría a una sesión de terapia.
- ✂ Fue evidente desde el principio que Sara era una "visitante" en la sesión. Como la joven había encontrado útil su vinculación con NA y había empezado a abstenerse de la bebida, el terapeuta decidió apoyar la decisión de Sara de hacerse cargo de sus problemas a través de NA.
- ✂ Para apoyar y mantener los primeros pasos de Sara hacia la sobriedad era fundamental que sus padres se mostraran menos críticos y más solidarios con los esfuerzos de la muchacha y, además, que encontraran alguna manera de fortalecer su autoestima.
- ✂ Era evidente que Sara necesitaba una relación más positiva y alentadora con sus padres, no una relación basada en las críticas y las acusaciones mutuas. Por lo tanto, el terapeuta decidió apoyar a los padres, porque si éstos se sentían apoyados y comprendidos les resultaría más fácil apoyar a Sara y apoyarse mutuamente.
- ✂ El terapeuta se reunió con la madre y la hija juntas y formuló una breve declaración: mostró simpatía por el dilema de la Sra. T. y la elogió por haber intentado tantas cosas diferentes por Sara, en circunstancias muy difíciles, demostrando que todavía tenía fe en la capacidad de Sara para cambiar.
- ✂ Se destacó que la Sra. T. había brindado información útil e importante acerca de la gravedad de los problemas de Sara y acerca de la mejor manera de ayudar a su hija.
- ✂ Se elogió a la Sra. T. por haber vigilado a Sara, tarea desde todo punto de vista dificultosa.
- ✂ Se elogió a Sara por haber acudido a la sesión inicial aun cuando no concordaba con la idea de su madre acerca de qué era lo más conveniente.
- ✂ También se la elogió por haber tomado el control de su problema dejando de beber, yendo a NA, haciendo nuevos amigos que eran no bebedores y haciendo muchas otras cosas buenas para ella. Se la alentó a seguir en NA.

Las sesiones posteriores se centraron en un trabajo conjunto de los padres para llegar a trabajar en equipo a fin de ayudar a Sara a mantener su sobriedad y a restablecer su identidad positiva. Hubo un total de siete sesiones.

El seguimiento durante un año indicó que Sara seguía bien con su sobriedad, asistía a las reuniones de NA, se había graduado en la escuela y estaba trabajando; pero todavía vivía en su casa. Los padres lo pasaban mucho mejor y habían retomado actividades sociales con otras parejas.

Actividades terapéuticas

Al trabajar con otra persona dentro de una relación del tipo demandante, el terapeuta debe concentrar su atención en ayudar al paciente a reivindicarse dueño de las soluciones, pasando por alto, en la mayor medida posible, la discusión de los problemas. Pero cuando un terapeuta da erróneamente por sentado que todos los pacientes son iguales, y se empeña en que asuman la propiedad de los problemas, lo más probable es que su torpeza genere un paciente "resistente". Cuando se los culpa, todos los pacientes se ponen a la defensiva. Para protegerse y para corregir la mala interpretación del terapeuta, el paciente puede endurecer su posición y afirmar inexorablemente que él no tiene ningún problema, que es otra persona quien lo tiene. Una buena estrategia para ayudar al paciente a hacerse cargo de sus problemas consiste en guiarlo gentilmente en busca de soluciones.

Es importante ver a los familiares como aliados decisivos en el tratamiento, y no como un estorbo en el camino del terapeuta. Cuando se inician las sesiones muchos familiares han hecho ya, con diversos grados de éxito, numerosos intentos de convencer al bebedor para que deje de beber. Por lo tanto, son capaces de brindar información objetiva sobre lo que funcionó o no funcionó. Es particularmente conveniente involucrar a los familiares cuando la iniciativa de empezar el tratamiento partió de ellos y no del paciente. Debido al fuerte vínculo emocional que existe entre los familiares es conveniente —hasta que se pruebe lo contrario— considerar al cónyuge y otros miembros de la familia como una fuente potencial de recursos para encontrar soluciones. Esto se aplica especialmente cuando se trabaja con adolescentes. Como David Treadway (1987) suele decir: "La sangre es más fuerte que la terapia". Aun cuando puedan existir entre padres e hijos graves conflictos, agravados por el alcohol y las drogas, el apoyo de los padres es decisivo para mantener los logros del programa de tratamiento. Las alianzas positivas y solidarias con familiares refuerzan los logros de los pacientes. Esto es también así en las relaciones conyugales. Siempre que la pareja exprese el deseo de permanecer unida, es fundamental que el cónyuge no bebedor (que al comienzo puede aparecer como el demandante) se convierta en un colaborador decidido en el proceso del tratamiento, cuando ese tratamiento está dirigido a suscitar apoyo para el proceso de recuperación y para elaborar nuevas maneras de permanecer juntos como pareja.

La opinión del paciente que no abusa del alcohol es que ha sufrido mucho y que su vida está llena de frustraciones y molestias como resultado del hábito de beber de otra persona. Es conveniente, entonces, reconocer como positiva la inversión de energía, tiempo y compromiso de ayudar al miembro bebedor, y ver en ello un indicio de esperanza para este último.

Nosotros consideramos a los familiares comprometidos y no bebedores como expertos en el conocimiento de cuál sería el mejor tratamiento para el paciente. Como los demandantes tienen tendencia a hacer detalladas descripciones de todas las desgracias que deben soportar en su vida (por culpa de otro), es conveniente que sepan que el terapeuta no los considera "regañones" ni "controladores". Es más fácil desligar cuando la persona —que muchos llaman "codependiente"— se siente comprendida y no criticada. Es preciso buscar las cualidades positivas del paciente y darse cuenta de que esas cualidades pueden ayudar a encontrar soluciones.

Muchas veces los pacientes se sorprenden y se alegran al oír que finalmente alguien reconoce todo lo que se han sacrificado. Es necesario que los clínicos empiecen a considerar que todo lo que el paciente hace tiene una motivación positiva. Sin embargo, esto no es lo mismo que el "reencadre positivo", sobre el que nos extenderemos más adelante. Como terapeuta, usted debe creer realmente que las intenciones del paciente son positivas y que sólo el resultado de esas intenciones positivas es "improductivo". Como lo expresó un colega, a veces "les sale el tiro por la culata".

Una vez establecida la relación terapéutica, al demandante le resulta bastante fácil empezar a darse cuenta de que sus esfuerzos por llegar a alguna solución no están dando resultado y de que tal vez deba aplicar otro método. Es frecuente que el paciente le diga al terapeuta: "Intento muchas cosas pero ninguna da resultado. ¿Qué es lo que estoy haciendo mal?" O bien: "¿Usted sabe qué funcionará mejor? Lo que yo hago no sirve para nada". En este punto el paciente se ha convertido voluntariamente en un "comprador" que busca un método más eficaz para resolver sus problemas.

A menos que exista un indicio de que el paciente está empezando a darse cuenta de que él puede formar parte del proceso de descubrimiento de las soluciones, el terapeuta debe abstenerse de sugerir soluciones rápidas y fáciles.

Establecer objetivos con un comprador

La relación del tipo comprador es el ideal de todo terapeuta. La mayoría de los profesionales se esfuerzan por generarla. Los "compradores" se harán responsables no sólo por el problema sino también por los pasos que haya que dar para encontrar soluciones para el problema. Así, se convierten en activos participantes en su propio tratamiento. Estos pacientes están dispuestos, por ejemplo, a abstenerse durante 30 días, a asistir a 90 reuniones de AA en 90 días y a buscar activamente diversas maneras de cambiar su estilo de vida.

Los "compradores" indican claramente su disposición para actuar con miras a encontrar soluciones para sus problemas.

- ✍ "Hay que hacer algo";
- ✍ "Ya no se me ocurre casi nada para hacer";
- ✍ "Tengo que hacer algo";
- ✍ "Esto tiene que terminar";
- ✍ "Me estoy matando y estoy haciendo sufrir a todo el mundo";
- ✍ "No puedo seguir así".

Todas estas expresiones indican que el paciente tiene conciencia de haber "tocado fondo" y de que no puede seguir.

Además, los "compradores" comentarán que ya hicieron muchos intentos para resolver los problemas, reconocerán que no funcionaron y declararán que en ese momento están dispuestos a que les sugieran otras maneras de encontrar soluciones. A veces los "compradores" culpan por sus problemas a su pasado, a sus padres, a las privaciones de la infancia, a algún abuso que sufrieron, al cónyuge, a características genéticas, al medio laboral o a cualquier otra cosa; pero el elemento importante es su disposición a asumirla responsabilidad de cambiar *el futuro*.

✍ Como el paciente está dispuesto a actuar para llegar a una solución, los cambios pueden ser rápidos e importantes. Una vez que empiezan los cambios, la tarea fundamental del terapeuta es apoyar, reforzar y después "sacar a la persona del infierno", como lo expresó un paciente.

¿Cuál es el paso siguiente?

- ✍ Aun cuando los pacientes se hagan cargo del problema y estén dispuestos a marchar hacia una solución, algunos tratarán aun de negociar para encontrar una manera de "reducir la bebida" sin renunciar al alcohol por completo.
- ✍ Nosotros sostenemos que el paciente debe llegar al punto de decidir por sí mismo que la abstinencia es la única solución viable, y comprometerse después claramente a sobrellevar lo que eso implique; pero nunca debe sentirse presionado para tomar esa decisión como requisito para aumentar sus posibilidades de éxito (Hester y Miller, 1989; Miller, 1985).
- ✍ Aunque el paciente esté motivado para asumir la responsabilidad, el terapeuta deberá mantener la relación de tipo "comprador" a lo largo de todo el proceso de tratamiento.

A continuación se enumeran algunas sugerencias para lograrlo.

- a. Alentar al paciente a intentarlo de nuevo. Elogiar al paciente por los intentos que ha realizado de resolver su problema. Destacar todo logro, aunque sea pequeño, alcanzado solo o con ayuda. Elogiar es particularmente importante cuando el paciente ya ha atravesado numerosos episodios de tratamiento anteriormente y está intentando una vez más. Se debe alentar al paciente a intentarlo de nuevo.
- b. Aceptar la razón para iniciar tratamiento. Aun cuando un paciente sólo esté interesado en el tratamiento porque está a punto de perder su licencia de conducir, su empleo o su matrimonio, concéntrese en las cosas que son importantes para él.
- c. Concéntrese en todo lo que el paciente haya hecho para tener éxito, aun cuando el intento haya sido breve. Si las actividades son de las que se pueden repetir, tanto mejor. Construir sobre los éxitos pasados incrementa la autoestima y la confianza y facilita la tarea, porque se trata de algo que ya se hizo alguna vez. Repetir lo que el paciente sabe hacer es mucho más fácil que iniciar algo totalmente nuevo.
- d. Utilice las siete cualidades de los objetivos bien pensados, descritas en el capítulo 3, para negociar objetivos realistas, alcanzables y mensurables. El paciente necesita tener éxito y cada logro lo alentará para seguir. Cuando existen algunos éxitos es más fácil manejar las inevitables decepciones y los fracasos.
- e. Sea cauteloso al fijar objetivos y controlar el progreso.
- f. Interiorícese de los detalles de la vida del paciente, de su circunstancia laboral y de las nuevas pautas de éxito que está elaborando. Cuando el paciente tiene conciencia de las pautas vinculadas con el éxito y con el fracaso, tiene más posibilidades de tomar buenas decisiones.

g. Formule preguntas detalladas acerca de las pautas; preguntas como quién hizo qué, cuándo y cómo lo hizo y con qué resultados. Los detalles nimios son importantísimos. Los pacientes no saben lo suficiente como para formular estas preguntas por ellos mismos. En el proceso de tener que responderlas, sin embargo, van poco a poco conociendo sus propias pautas. Formular estas preguntas incrementa y mejora el conocimiento que los pacientes tienen de sus propias soluciones específicas.

Buscar al "comprador oculto" en el "paciente difícil"

Es preciso tener en cuenta las "categorías" de las relaciones paciente-terapeuta como orientación para evaluar el progreso durante el curso del tratamiento. La categorización es dinámica y suele avanzar y retroceder entre la relación "visitante" y "comprador". Usando así las categorías el terapeuta puede hacer una evaluación de la cambiante relación entre él mismo y el paciente y sugerir las consiguientes tareas.

El siguiente caso ilustra la idea del "comprador oculto". El paciente fue derivado a terapia porque había una discrepancia entre él y su supervisor: el supervisor decía que el hombre llegaba al trabajo con "aliento a alcohol", mientras que el paciente, Sheldon, aseguraba que tenía un problema estomacal que era la causa de su mal aliento y que en realidad él "no probaba ni una gota". El terapeuta estaba convencido de que el hombre mentía. Sheldon, desde luego, siguió afirmando que su sistema digestivo no funcionaba bien y que ésa era la causa del mal aliento. El terapeuta, frustrado por la deshonestidad del paciente, trató de descubrir la "verdad" y solicitó que Sheldon se sometiese a exhaustivos exámenes médicos para demostrar que estaba mintiendo. Esto insumió tiempo, energía y dinero. Durante el prolongado proceso, el aliento a alcohol de Sheldon desapareció misteriosamente. Retrospectivamente es posible ver que si el terapeuta hubiera concordado con Sheldon y hubiera mostrado preocupación por su extraña dolencia, juntos podrían haber negociado objetivos que incluyeran el dejar de beber.

¿Cuáles son entonces las claves que indican que un profesional puede haberse equivocado al no "cooperar" con el paciente?

Existe un buen indicio: que el terapeuta piense para sus adentros o les diga a sus colegas cosas como "Yo hago todo el trabajo y él se queda ahí sentado" o "Yo trabajo mucho más que él (o ella)".

Otras señales se producen cuando el terapeuta desea secretamente que el paciente cancele la cita, o cuando considera la posibilidad de derivar el caso.

Cuando un terapeuta avasalla a un paciente como en el caso de Sheldon y reacciona de esa manera, es muy probable que pronuncie frases semejantes para describir su frustración con su paciente.

Cuando un terapeuta se descubre pensando o diciendo cosas así acerca de un paciente, es preciso que se detenga y revise por qué está dispuesto a trabajar el paciente y no por qué cree él que debe trabajar. Luego deberá retroceder y renegociar los objetivos valiéndose de la guía descripta anteriormente en este capítulo y buscar algo para lo cual el paciente "esté dispuesto a ser un comprador". Cooperar con el paciente aceptando sus objetivos, por absurdos que éstos puedan parecer al principio, le permitirá al terapeuta compartir la visión que tiene el paciente de lo que es importante para él.

Negociación de objetivos con los no bebedores

Casi todos los modelos de tratamiento se concentran sólo en el bebedor. Ignoran, por lo tanto, a los familiares o empleadores, relegándolos a un papel secundario o considerándolos codependientes o encubridores, es decir, perdiendo valiosos recursos para lograr el éxito del tratamiento. En la sección que sigue nos gustaría discutir un fenómeno clínico que se observa con mucha frecuencia y ofrecer sugerencias sobre algunas maneras posibles de iniciar cambios.

En algunas situaciones clínicas el bebedor no está dispuesto o preparado para iniciar el tratamiento por sí mismo. En tal situación la respuesta más común consiste en alentar a los familiares no bebedores a asistir a las reuniones de Al-Anon, algo que nosotros consideramos una buena opción. Pero los terapeutas pueden hacer algo más. La realidad clínica es que cuando los cónyuges no bebedores se informan acerca de la adicción al alcohol, entran en tratamiento por su propia voluntad. Sin embargo, algunos familiares no adictos no sacan provecho de Al-Anon por diversos motivos.

En vez de esperar hasta que estos familiares "toquen fondo" y por desesperación acepten acudir a Al-Anon, entendemos que es mucho más humanitario y económico evitar que el problema empeore. Los principios y los Doce Pasos de Al-Anon pueden ser fácilmente adaptados a las situaciones del tratamiento clínico como modelo de tratamiento.

El cónyuge no bebedor busca ayuda por diversas razones. Por lo general busca alguna manera de contener el daño ya causado a la familia o trata de decidir si mantener la relación o cortarla.

En casi todos los casos el cónyuge no bebedor informa que el familiar bebedor se niega a participar o niega lisa y llanamente el daño que su manera problemática de beber está haciéndole a la familia.

La mayoría de los terapeutas instan decididamente al cónyuge no bebedor a interrumpir la relación, o bien lo tildan de codependiente y sugieren que entre en tratamiento. Se supone que la esposa o el marido que no beben tienen defectos de personalidad que requieren un tratamiento amplio y prolongado. Y en muchas situaciones estas respuestas son adecuadas.

Queremos, sin embargo, advertir contra la recomendación ciega, sin una evaluación cuidadosa de cuáles serían los objetivos para hacer esa sugerencia. Porque actuar así puede no sólo hacerle un daño al familiar no bebedor sino producir también la pérdida de una importante oportunidad para hacer cambios significativos en el tratamiento.

Al igual que todos los pacientes, el cónyuge no bebedor tiene objetivos específicos cuando busca atención terapéutica.

Tal vez lo que diremos ahora pueda parecer elemental, pero la manera en que el familiar no bebedor ve al familiar bebedor determina hasta qué punto el no bebedor está dispuesto a resolver los problemas y qué está dispuesto a hacer.

~~El~~ El paciente no bebedor que busca ayuda dice: "Tengo un problema con la bebida de mi esposa", "Mi marido tiene un problema con el alcohol" o "Mi hijo adolescente está influenciado por los malos amigos con los que anda". Según la perspectiva que adopta el familiar no bebedor, los pasos necesarios para resolver el problema serán muy diferentes.

- 1) Un paciente afirma que necesita hacer algo para resolver su problema, relacionado con la bebida problemática de su esposa.
- 2) Una paciente considera que lo que hay que cambiar es la manera de beber de su marido.
- 3) La tercera, en cambio, se siente impotente frente a la fuerte influencia que los amigos de su hijo tienen sobre él y en este caso tal vez sea necesario ayudarla a concentrarse en lo que puede hacer.

El terapeuta debe aplicar diferentes técnicas, según la posición que el paciente tome finalmente.

Por ejemplo, con el primer tipo de paciente (el que quiere resolver el problema de su esposa), la definición de su objetivo puede empezar así:

- a.- ¿Por qué la manera de beber de su esposa es un problema para usted?
- b.- ¿Qué supone usted que su esposa diría que es un problema para ella?
- c.- ¿Qué tiene usted que ver de diferente en su vida para poder decir que el problema empieza a cambiar?
- d.- ¿Qué ha hecho usted con respecto al problema que tiene con la bebida de su esposa?
- e.- De las cosas que usted hace, ¿cuál le parecerá a su esposa la más beneficiosa? ¿Y la menos beneficiosa?
- f.- ¿Qué supone que su esposa diría que usted tiene que hacer para ayudarla más?
- g.- ¿Intentó usted algo que haya funcionado?
- h.- ¿Qué supone que su esposa diría que ella tiene que hacer de otro modo para dejar de beber?
- i.- ¿Qué supone que su esposa diría que cambiará en la vida de la familia cuando ella deje de beber?

Estas preguntas ayudarán al paciente a descubrir cuáles son sus problemas, cuáles son los problemas de su esposa, qué debe hacer de otro modo, qué puede modificar, qué no puede modificar, etcétera. También lo ayudarán a clarificar cómo ve su esposa el problema y las soluciones.

Cuando el paciente pueda comparar su responsabilidad y sus soluciones con los problemas y las soluciones de su esposa, el interrogatorio lo ayudará a discriminar las cosas más claramente. Y ello a su vez contribuirá a que pueda establecer objetivos que estén dentro de su capacidad de realización.

Las preguntas que le serán útiles al segundo paciente (la mujer que cree que hay que cambiar la manera de beber de su marido) podrían formularse más o menos así:

- a.- ¿En qué forma le afecta a usted el problema de su marido con la bebida?
- b.- ¿Qué cree que diría él acerca de cómo su bebida le afecta a él mismo? ¿Y a su familia? ¿Y a su vida?
- c.- ¿Qué supone usted que él diría que está dispuesto a hacer para resolver su problema con el alcohol?
- d.- ¿Quién supone que él diría que está más interesado en que deje de beber: él o usted?

- e.- ¿Qué supone que él diría que es lo más útil para él que usted puede hacer ahora?
- f.- ¿Qué cree usted que él diría que está dispuesto a hacer para dejar de beber ahora mismo?
- g.- ¿Qué supone que él diría que usted está dispuesta a hacer ahora si él no deja de beber?
- h.- ¿Hasta qué punto diría él que su amenaza de divorcio es seria?
- i.- ¿Qué le parece que él diría que tendría que suceder para que se convenza de que usted tiene realmente intención de divorciarse de él?
- j.- Cuando usted lo convenza finalmente de que tiene intención de cumplir su amenaza de dejarlo, ¿qué dirá él que hará?
- k.- ¿Qué hará falta para convencerlo de que usted habla en serio?
- l.- ¿Qué supone que él opinará cuando usted aprenda finalmente a despreocuparse de su bebida?

La decisión de hacer algo para resolver un problema puede depender de que el familiar no bebedor haga algo diferente de lo que hace normalmente. Esto podría incluir: empezar a despreocuparse, cuidar de sí, hacer relaciones sociales satisfactorias, sentirse más capaz y empezar a serlo.

He aquí algunas preguntas útiles:

- a.- ¿Qué supone que diría su hijo que hay que hacer para que él deje de beber?
- b.- Según usted, ¿hasta qué punto su hijo desea formar parte de la familia?
- c.- ¿Qué le parece que su hijo diría que hace falta para que él llegue a ser un buen estudiante (empleado, familiar, etc.)?
- d.- ¿Cuál será la primera señal de que haber venido aquí es conveniente para usted?
- e.- ¿Qué supone que su hijo diría que usted hará de otro modo como consecuencia de venir aquí?
- f.- ¿Qué supone que diría su hijo si le preguntaran cuáles son sus posibilidades de separarse de sus amigos?
- g.- ¿Qué objeciones diría su hijo que tiene usted contra sus amigos?
- h.- ¿Qué cree que él diría que es lo peor que podría pasarle si no se aparta de esas amistades?
- i.- ¿Qué supone que él diría que es más importante para él, los amigos o la bebida?

Estas preguntas les sirven de orientación a los padres para ver la cuestión de los "amigos" y la cuestión de la bebida no sólo desde su propia perspectiva sino también desde la perspectiva del hijo; y por lo tanto, les sirven para sacar conclusiones más realistas.

Estas preguntas orientan no sólo la negociación del objetivo del paciente para su vida sino también el curso de acción que quiere emprender a fin de cambiar.

Las preguntas que formulan los terapeutas acerca de cuestiones de relación proporcionan un rico material sobre los problemas entre los pacientes y sus familiares bebedores o adictos.

Por ejemplo: un paciente podría informar que su esposa diría que él tiene que dejar de regañarla porque bebe:

"Ella diría que yo tengo que dejar de regañarla porque bebe".

La pregunta siguiente podría ser:

"Entonces, ¿qué tendría que suceder para que usted dejara de regañarla?"

También se podría formular así:

"Supongamos que usted dejara de protestar. ¿Qué cree que diría su esposa acerca del cambio que experimentarían las cosas entre ustedes dos?"

Estas preguntas apuntan a identificar el tratamiento y proporcionan un rumbo para los cambios necesarios.

Al hacer estas "preguntas de relación" se le está dando a entender al paciente que el problema y las soluciones dependen sólo de él, y no de que haga cosas diferentes a las que ya hizo o —si nunca hasta entonces hizo nada— de cómo sean sus primeros avances hacia el cambio.

Por lo tanto, es posible generar soluciones aun cuando el familiar bebedor no esté presente en la sesión.

Cuando el paciente hace ciertas cosas, como despreocuparse, no "regañar", no recordarle al bebedor problemático que no debe beber en presencia de los hijos, que debe llegar temprano al trabajo o mantenerse sobrio en los eventos sociales, la índole de la interacción del paciente con el familiar adicto cambia.

Y ese cambio crea la posibilidad de que el bebedor se dé cuenta de que debe tomar el control y encontrar soluciones que puedan ser mantenidas.

5. - Orientar hacia la solución: cómo entrevistar con miras al cambio

Nunca aprendo nada hablando; sólo aprendo algo cuando hago preguntas. Lou Holtz, The New York Times

Un joven quería explicaciones claras sobre el método de Erickson. Erickson interrumpió la conversación y llevó al hombre fuera de la habitación. Señaló la calle y le preguntó qué veía. Sorprendido, respondió que veía una calle. Erickson señaló los árboles que bordeaban la calle. "¿Nota algo en esos árboles?" Finalmente el joven notó que todos estaban inclinados hacia el este. "Así es, excepto uno. El segundo desde el final de la calle, ése está inclinado hacia el oeste. Siempre hay una excepción."
Jay Haley, Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy (1967)

Hace algunos años resolvimos sensibilizar a un grupo de terapeutas principiantes hacia el proceso de la entrevista centrada en la solución; con ese propósito les hicimos ver una videocinta de una entrevista con cierta familia. Los integrantes de la familia de la videocinta eran en realidad nuestros vecinos y habían aceptado voluntariamente acudir al Centro para hacer una grabación en video de una reunión típica de familia. El propósito de la entrevista era planificar un inminente picnic. Les pedimos a estas personas que actuaran lo más naturalmente posible y después filmamos. Los Kelly hicieron todo lo posible para simular sus interacciones familiares usuales al planificar un paseo al campo.

Después les mostramos la videocinta de la familia Kelly a los terapeutas y les dimos instrucciones para describir, *no explicar*, lo que observaran. Deliberadamente ocultamos la información acerca del verdadero propósito de la cinta y tampoco dimos información identificatoria sobre la familia. Inmediatamente los jóvenes profesionales empezaron a describir lo que "veían". Algunos comentaron que la madre era "una mujer malhumorada y controladora" y que parecía frustrada en su matrimonio. Otro grupo señaló que el marido se mantenía distante y aislado porque al parecer no le gustaba que lo obligaran a participar de las actividades familiares. Casi todos los estudiantes vieron una fuerte alianza entre la madre y los hijos y vieron, además, que tal vez ese vínculo tuviera alguna relación causal con ciertos indicios de problemas de conducta de los hijos. Bien pronto los espectadores identificaron signos de problemas de alcohol en el padre; y a los ojos del grupo la madre parecía permitirle mantener su distanciamiento de la familia, haciéndose cargo del manejo de los hijos. Algunos hasta llegaron a especular acerca de la posibilidad de abuso sexual con la hija. Las pruebas del abuso se basaban en una interpretación de la manera en que la hija ignoraba las sugerencias del padre y tomaba partido, en cambio, por la madre. A medida que se desarrollaba la videocinta el grupo de jóvenes terapeutas seguía encontrando en la familia más y más evidencias de patología y de problemas.

Esta experiencia nos abrió muchísimo los ojos respecto de lo fácil que es pasar de la simple descripción de un hecho a la formulación de explicaciones e hipótesis causales. En realidad, los Kelly son una familia que funciona bien y nosotros los conocemos a fondo. Todas las suposiciones que se hicieron sobre ellos sirvieron para plantear serios interrogantes acerca de la manera en que los observadores sacan conclusiones y verifican la verdad de esas conclusiones; y también acerca de la manera en que tales conclusiones afectan el trabajo clínico.

Según Einstein, creer es ver. En otras palabras, lo que creemos nos dicta tanto lo que decidimos ver como lo que decidimos ignorar. En el caso de la videocinta, por ejemplo, la familia era normal pero los estudiantes creían que había problemas y patología y encontraron ambas cosas. Esta atención selectiva nos proporciona los medios para organizar lógica y coherentemente la información que ingresa a nuestros sentidos, y es un proceso normal. Dado este conocimiento, sin embargo, debemos preocuparnos por equilibrar las descripciones que construimos acerca de las personas y las familias con las que trabajamos. Por cierto, nuestros puntos de vista afectarán nuestro juicio acerca de esas personas y la índole de nuestras interacciones con ellas.

La entrevista preparada

Entrevistar es un proceso complejo. Lo que se dice, lo que no se dice, cómo se lo dice, quién dijo qué acerca de qué, cuándo y cómo, todo transmite información entre el paciente y el terapeuta. La comunicación fluye en ambas direcciones (Weakland, 1991). El terapeuta decide preguntar; entonces, lo que ignora, lo que destaca, la inflexión de la voz, la expresión facial, las posturas corporales, las variaciones sutiles y no tan sutiles de tono, transmiten al paciente lo que el terapeuta cree importante y vinculado con el logro de los objetivos del paciente.

En los últimos años las concepciones del proceso de la entrevista terapéutica cambiaron enormemente. En los primeros tiempos de las enseñanzas de Freud se pensaba que el terapeuta era una suerte de "pantalla en blanco" sobre la que se proyectaba la psicopatología del paciente. Por lo tanto, era importante que el terapeuta mantuviera su

"objetividad" y se mantuviera "libre de valores". Pero a partir de algunos pioneros como Karen Horney y Harry Stack Sullivan (Horney, 1937; Sullivan, 1952, 1954), los terapeutas empezaron a ver el proceso de entrevistar como una relación de interacción. Esto abrió una nueva visión de la manera en que el terapeuta participa en la construcción y solución de los problemas por parte del paciente (Anderson y Goolishian, 1988; de Shazer y Berg, en prensa; Efran, Lukens y Lukens, 1990; O'Hanlon y Wilk, 1987).

Actualmente muchos pensadores ven la entrevista como una "conversación terapéutica", en la que el terapeuta participa activamente en el proceso de definir cuál es el problema y cómo se lo resolverá (Anderson y Goolishian, 1988; de Shazer y Berg, en prensa; Penn, 1985, Tomm, 1987a, 1987b; Weakland, 1991). En la terapia centrada en la solución, el terapeuta y el paciente se unen para formar una unidad terapéutica basada en la cooperación y la confianza mutuas. Dentro de ese sistema terapéutico, la conversación de los participantes construye lo que es problemático para el paciente y la manera en que paciente y terapeuta cooperarán para encontrar una solución a ese problema. Como el proceso de entrevista no puede dejar de sufrir la influencia de la visión que el paciente tiene del problema o de la posible solución, se ha elaborado un método de entrevistar para influir sobre la visión del paciente del problema, de un modo que conduzca a la solución. En ese proceso hemos hallado cinco preguntas que son excepcionalmente útiles para fomentar la conversación que lleva a soluciones.

CINCO PREGUNTAS ÚTILES

Cada pregunta formulada por el terapeuta transmite al paciente lo que el terapeuta considera importante para alcanzar los objetivos del tratamiento. Creemos que el terapeuta debe seleccionar preguntas que sean útiles para encontrar soluciones a los problemas del paciente. Nótese que las preguntas que un terapeuta formula a un paciente se basan en supuestos y creencias acerca de lo que será bueno para el paciente. Los tipos de preguntas usadas en la entrevista centrada en la solución se basan en nuestra suposición de que la mejor manera de ayudar a los pacientes es aprovechar sus fuerzas y recursos.

1. Preguntas que destacan el cambio previo a la sesión

Como se señaló en el capítulo 1, uno de los principios básicos del modelo centrado en la solución es que constantemente se producen cambios. Y con frecuencia observamos que los pacientes han introducido cambios en las pautas del problema antes de asistir a la primera sesión. Los informes sobre cambios previos a la sesión son tan comunes que actualmente al marcar la primera sesión les pedimos a los pacientes que observen si hasta ese momento se han producido cambios.

Muchas veces los pacientes bebedores problemáticos empiezan su primera sesión con algún comentario como éste: "Me preguntaba si debía venir, porque desde que llamé por teléfono estoy bebiendo mucho menos"; o "No sé si hago bien al venir. Tal vez esté haciéndole perder tiempo". En vez de interpretar ese cambio positivo anterior a la sesión como prueba de que el paciente es "resistente" o "negador" o carece del necesario compromiso con el tratamiento, hemos descubierto que es conveniente usarlo como un elemento para construir y alcanzar los futuros objetivos. Así fue ciertamente con un paciente que vimos hace poco en el Centro:

PACIENTE: Desde que llamé he disminuido mi bebida debido a una amiga.

TERAPEUTA: ¡Vaya! Cuénteme algo más. ¿Qué quiere usted decir?

P.: Yo he bebido toda mi vida, bebidas fuertes. Empecé en el ejército, el alcohol era barato entonces. Me la pasaba bebiendo, hermano.

T.: Entonces, ¿cómo se las arregló para bajar la bebida después de que llamó para venir?

P.: No he probado nada fuerte desde hace dos semanas, todo por esa amiga.

T.: Parece increíble. ¿No bebió nada fuerte en dos semanas? Parece que esta amiga es muy importante para usted.

P.: Sí, lo es. Y ella quiere que yo deje de beber completamente. T.: ¿Y qué está bebiendo ahora?

P.: Como dije, yo siempre bebía cosas fuertes. Bebía mucho, muchísimo. Pero ahora sólo bebo cerveza.

T.: ¿Dejó las bebidas fuertes?

P.: Sí.

T.: ¿Fue duro dejar de beber?

P.: No, en realidad no. Cuando estoy con Sally no bebo nada. Sólo bebo cuando salgo con mi hermano y con amigos.

T.: Entonces, ¿qué supone que Sally diría que hay de diferente en usted cuando no bebe nada?

P.: Diría que soy una persona diferente, que no tengo una mala actitud.

Los estudios que se conocen confirman nuestra observación de que los pacientes hacen cambios significativos en las pautas de sus problemas antes de llegar al tratamiento (Bloom, 1981; Kogan, 1957a, 1957b, 1957c; Noonan, 1973; Talmon, 1990; Weiner-Davis *et al*, 1987). Pero rara vez los pacientes hablan espontáneamente de estos cambios. Por esa razón es fundamental que el terapeuta indague si se han producido Talmon (1990) descubrió que cuando un terapeuta insiste en interrogar a los pacientes acerca de los cambios producidos antes de la sesión, casi los dos tercios informan que sí, que los hubo. Además, el cambio es por lo general en la dirección deseada por el paciente.

Creemos que un paciente que introduce cambios por sí mismo debe ser alentado, porque una vez hechos esos cambios le resultará más fácil hacerse cargo de la solución de su problema con la bebida. Si el terapeuta lo ayuda a sentirse dueño de sus propias soluciones, es más probable que el paciente mantenga sus objetivos. Con frecuencia, que se le reconozca el mérito por las soluciones es para el bebedor problemático una experiencia profundamente emocional, ya que es raro que se le otorgue tal reconocimiento por el éxito cuando se trata de beber. Además, como las soluciones encontradas son ya naturales para su manera de hacer las cosas, es más probable que el paciente logre mantenerlas.

El primer método para descubrir si se han producidos cambios antes de la sesión consiste en preguntar: Según nuestra experiencia, muchas personas advierten que las cosas han mejorado entre el momento en que marcaron la cita y el momento en que asistieron a la primera sesión. ¿Ha notado usted algún cambio así?

Esta pregunta plantea una expectativa y da por sentado que sería normal que los serios problemas del paciente hubiesen mejorado algo desde el momento en que se fijó día y hora para la primera entrevista.

Como es de imaginar, las reacciones de los pacientes son bastante variadas. Algunos advierten claramente que "las cosas están un poquito mejor", pero no se atreven a confiar en tanta buena suerte, así que esperan la opinión del profesional. Otros pacientes son más cautos, porque ya les sucedió antes que se produjera un cambio pero después el problema empeoró. Por lo tanto, el paciente con tal experiencia es algo escéptico respecto de la duración que tendrá la mejoría. Y más aún vacila cuando el cambio positivo involucra a otros miembros de la familia. Cuando para producir el cambio previo a la sesión el paciente dio algunos pasos deliberados, estará más dispuesto a confiar en que tal cambio indica un avance en una dirección positiva. Cuando el paciente se encuentra en una relación del tipo "demandante", lo que significa que el problema involucra a otros (por ejemplo, cónyuge o hijos), tiende a ser más escéptico acerca de que tales cambios puedan tener un efecto duradero.

Los autores preferimos el segundo método de investigación de los cambios previos. Es decir, en vez de formular inmediatamente una pregunta directa acerca de si se han producido cambios antes de la sesión, nos parece menos invasivo esperar el momento adecuado para preguntar. Este método no sólo es más fluido y natural sino que además se convierte en una vía de descubrimiento para el paciente y para el terapeuta. El siguiente ejemplo ilustra esta técnica.

Ejemplo de caso: Después de la fiesta

TERAPEUTA: ¿Qué le gustaría que hubiera cambiado como consecuencia de haber venido aquí hoy?

PACIENTE: Bien, no estoy seguro. Yo estaba saliendo de un estado malísimo cuando los llamé a ustedes. A lo mejor me asusté. Yo sabía que estaba bebiendo demasiado, así que suprimí completamente la bebida. Hoy hace cuatro días y todavía no aflojé.

T.: ¿Y cómo lo hizo?

P.: Bueno, como le dije. Estaba bebiendo demasiado y tenía que hacer algo.

T.: ¿Y cómo pudo no beber por cuatro días íntegros?

P.: Una cosa que hice fue llamar aquí. Después decidí que si voy a tomarme este asunto en serio es mejor empezar ahora mismo. Así que dejé de beber.

T.: ¿Y eso es diferente para usted?

P.: Sí, claro. Yo soy una persona que quiere resolver sus propios problemas. Pero esta vez me di cuenta de que necesitaba ayuda. Y mire usted que a mí me cuesta aceptar que alguien me ayude. Por eso no puedo ir a AA. No quiero oír hablar de los problemas de otros y tampoco me gusta mostrar la hilacha en público.

T.: ¿Y cómo se las arregló para no beber nada desde hace cuatro días?

P.: No fue fácil, ya le contaré. Pero cada vez me resulta más fácil.

T.: ¿Cómo se le ocurrió la idea de cortar la bebida ahora mismo? Hay gente que bebe más cuando está por empezar el tratamiento. ¿O usted es de esas personas que toman el toro por los cuernos y se aguantan? P.: No sé, nunca pensé que yo fuera así. Pero siempre supe que tenía que hacer algo con esto del trago, así que decidí que podría empezar ahora.

T.: Ahora, imagínese que su esposa estuviera aquí. Si yo le preguntara qué nota de diferente en usted, ¿qué supone que diría que notó de diferente en estos cuatro días?

P.: Probablemente diría que estoy más tranquilo, más relajado. Estuve bastante tenso últimamente.

El terapeuta convalida al paciente al seguir preguntando sobre los pasos que dio para llegar a su decisión. Y al interrogarlo sobre las percepciones de otros miembros de la familia no sólo verifica la información que está recibiendo sino que también contribuye a que el paciente tome conciencia de que su conducta afecta a los demás. El paso siguiente consiste en ayudar al paciente a encontrar maneras de mantener la sobriedad que inició por su propia iniciativa.

T.: Entonces, ¿qué tiene que hacer ahora para seguir por este rumbo?

P.: Yo también he estado pensando en eso. (Pausa) Creo que lo único que tengo que hacer es seguir haciendo lo mismo que hice estos cuatro días.

T.: ¿Y qué hizo en estos cuatro días? Para usted es mucho tiempo sin beber.

P.: Me mantengo ocupado. En este momento me siento bastante bien. Saber que estoy haciendo algo bueno para mí y para mi familia me ayuda muchísimo. Y también me alienta ver que mi esposa está contenta.

El terapeuta siguió preguntando en detalle qué era lo que el paciente tenía que hacer para mantener su nuevo estilo de vida centrado en la sobriedad. Al finalizar la sesión felicitó al paciente y le sugirió una tarea para realizar en el hogar: Estamos muy impresionados por su decisión de hacer lo que es bueno para usted y su familia, aun cuando llevarlo a cabo es difícil. Para nosotros es evidente que usted es una persona que resuelve sus problemas a su modo, que no sigue al rebaño. También es evidente que es un hombre de acción y que cuando toma la decisión de hacer algo toma el toro por los cuernos y sigue adelante.

Como usted se da cuenta de que debe avanzar día por día y estar en guardia [palabras del paciente] y como también percibe que tiene que ir despacio, nos gustaría que registrara con cuidado todas las cosas que sigue haciendo para mantenerse sobrio. Quizás hasta descubra algunas cosas nuevas que todavía no intentó.

Una vez que el paciente ha encontrado cómo hacerse cargo de su bebida, es conveniente que el terapeuta le otorgue todo el crédito posible. Este proceso de convalidación favorece las autopercepciones del paciente. Cuando el paciente es el dueño de la solución le resulta fácil ser también el dueño de los problemas.

Como se puede ver en este caso, cuando hay un claro cambio previo en la dirección del pedido de ayuda del paciente, y cuando el paciente confía en mantener el rumbo, el paso siguiente para el terapeuta es contribuir a que mantenga el rumbo que inició antes de la primera sesión.

Las sesiones posteriores se dedican a revisar y descubrir los nuevos cambios de los pacientes, a observar la reacción de la familia ante ellos, y a ver qué hay que modificar para mantener el rumbo.

2. Preguntas para encontrar la excepción: exaltar los éxitos del momento y del pasado

Así como valoramos los cambios previos a la primera sesión como un indicador de contexto (O'Hanlon y Wilk, 1987), consideramos también que el terapeuta debe puntualizar la excepción al problema y darle un nombre. Este enfoque capitaliza y utiliza (Dolan, 1991) los recursos del paciente, favoreciendo así su autoestima.

Una excepción al problema se produce, por ejemplo, cuando el paciente se compromete con un comportamiento de abstinencia, espontáneamente o dando pasos concretos y meditados. Por lo tanto, cuando preguntamos acerca de la existencia de una excepción, algunos pacientes describen detalladamente como se las arreglaron para reducir la cantidad de alcohol o para abstenerse totalmente. Por ejemplo: una paciente describió así su excepción al problema durante los días de semana:

Ejemplo de caso: Excepciones deliberadas

TERAPEUTA: Tengo curiosidad por sus días de abstinencia. ¿Cómo lo hace?

PACIENTE: Nunca lo pensé así como usted lo dice, así que no sé si podré contárselo exactamente.

T.: Dijo que no bebe en días de semana.

P.: Hace años que lo hago. ¿Y quiere saber cómo lo hago? Tengo que hacerlo. Simplemente decido que no voy a beber ni una gota. Después no pienso más en eso. O sea, me digo a mí misma que beber no es una opción.

T.: ¡Vaya! ¡Es sorprendente! ¿Cómo lo hace?

P.: No, no crea que tengo tanto mérito. Tuve que esforzarme mucho para eso.

T.: Eso me resulta todavía más sorprendente, que usted haya trabajado tan duro para llegar al punto en que está.

- R: A veces me tiento, cuando voy a fiestas o reuniones y hay bebidas. Entonces no tomo más que Coca, me mantengo alejada de los que beben y me concentro en interesarme en la gente. Trato de encontrar por lo menos una persona con quien conversar, y entonces me concentro en lo que me cuenta.
- T.: ¡Asombroso! ¿Y cómo se le ocurrió que hacer eso funcionaría?
- P.: No fue fácil. Probé muchas cosas. Decidí que durante la semana voy a concentrarme en mi carrera. Para avanzar en mi empleo, tengo que poner todo ahí.
- T.: Estoy seguro de que eso es cierto. ¿Y qué hace para no beber los días de semana cuando está en su casa?
- P.: Me concentro en lo que tengo que hacer: cocinar, hacer alguna tarea, escribir cartas o informes, llamar a mis amigos, tomar un baño, ir de compras, todo lo que reclama mi atención. Y ahora que me acuerdo: me hice socia del club de la salud. Eso sí que ayuda. Me siento bien conmigo misma cuando ando al aire libre. Y cuando me siento bien conmigo misma no tengo necesidad de beber alcohol.
- T.: ¿Qué supone que sus colegas o amigos dirían que notan de diferente en usted cuando hace todas esas cosas?
- P.: Dudo que nadie note nada diferente en mí. Ya le dije que sólo bebo los fines de semana; y eso, cuando estoy sola.
- T.: Sí, me acuerdo bien de que lo dijo. Entonces, ¿qué tendría que hacer para no beber tampoco los fines de semana?
- P.: Mmmm... Ese es el asunto. (Pausa) Supongo que podría fingir que es lo mismo que en días de semana. Tendría que tener el mismo estado mental que en días de semana; tal vez podría reservarme algunas tareas para el fin de semana. Le digo una cosa, es el fin de semana cuando me siento aburrida y sola. Entonces me va muy mal. Debería ir a trabajar los fines de semana también. En realidad, sería bueno que empezara a interesarme por la vida, en vez de hundirme en mis tristezas todos los fines de semana.

La paciente, una mujer atractiva y ambiciosa, reconoce en esta conversación que maneja la semana bastante bien. En el proceso de responder a las preguntas del terapeuta acerca de lo que hace para no beber, la paciente toma conciencia de todas las actividades que forman parte de su vida. A medida que le explica estas actividades al terapeuta, empieza a construir sus buenas estrategias para lo que debería hacer los fines de semana para no beber. Casi siempre el paciente necesita que le ayuden (de una manera positiva y solidaria) a hacer esa revisión, para poder descubrir lo que puede repetir. Para esta paciente, los puntos vulnerables que identificó eran sus sentimientos de aburrimiento y soledad. Su solución fue ir al club de la salud los fines de semana y empezar a "interesarse por la vida". A veces la solución es simple y está al alcance del paciente.

Con frecuencia el paciente percibe claramente que hay momentos en que puede controlar la bebida o abstenerse de beber. Pero cuando se lo interroga, es incapaz de retroceder y describir los pasos que dio para llegar a la abstinencia. La respuesta más común es: "No sé, simplemente sucedió. Me desperté y me sentía bien". Algunos pacientes atribuyen la excepción a sucesos que no se repiten regularmente. Darryl, por ejemplo, asegura que él no bebe durante la Cuaresma debido a sus creencias religiosas. George nunca prueba una gota de alcohol cuando sale a cenar con su jefe, sean cuales fueren las circunstancias. George explica que se supone que no beberá alcohol y que todo el mundo bebe sólo agua mineral, té o café. La costumbre se impuso después de que el presidente de la compañía tuvo un ataque cardíaco y dejó de beber. George no puede describir lo que hace en esas ocasiones; sólo sabe que no desea tomar alcohol.

En estos casos no es fácil repetir la excepción, porque los pacientes no son capaces de describir los pasos que dan para hacer esa excepción, o perciben que la excepción depende de otra persona o circunstancia. En consecuencia, estas excepciones no son muy útiles.

Como se expondrá en el capítulo 6, sobre las intervenciones centradas en la solución, cuando el terapeuta se enfrenta con una situación así suele resultar conveniente la realización de una tarea de predicción. En el capítulo 6 se describe más detenidamente cómo se puede aplicar esta tarea de predicción con pacientes que tienen excepciones espontáneas.

La técnica de entrevista centrada en la solución amplifica y realza los éxitos del paciente por medio de un reiterado énfasis sobre las escasas pero importantes excepciones.

Cuando los éxitos se comentan una y otra vez y se examinan en detalle, empiezan a volverse cada vez más reales para el paciente.

Cuando el paciente puede "ver" su éxito y reconocer que realmente dio ciertos pasos para lograrlo, debe necesariamente enfrentarse con la realidad de que sabe muy bien cómo dejar de beber.

Cuando el paciente reconoce esa realidad, ella puede fácilmente llegar a ser una profecía que tiende a cumplirse.

3. "Los milagros existen": preguntas por el milagro

Como se afirma en este libro, la pregunta por el milagro es la más importante del modelo: orienta al paciente hacia un estado futuro, en el que el problema ya está resuelto y él puede empezar a saborear el exitoso fin de la terapia. La pregunta puede formularse, por ejemplo, así:

Ahora quiero hacerle una pregunta levemente diferente. Para contestarla tendrá usted que usar su imaginación. Supongamos que hoy, después de la sesión, usted llega a su casa y se acuesta a dormir. Mientras duerme, sucede un milagro y el problema que b trajo aquí queda resuelto así (hace chasquear los dedos). Como usted estaba dormido, no sabe que se produjo ese milagro. ¿Qué supone que será la primera pequeña cosa que le indicará, mañana por la mañana, que durante la noche ha acontecido un milagro y el problema que lo trajo aquí ya está resuelto?

Una y otra vez sucede lo más increíble. El paciente empieza a soñar con una realidad alternativa y concibe esperanzas para sí. Después se dedica a describir con lujo de detalles su futuro, que será diferente. Mientras tanto sonríe, le brillan los ojos y se yergue en el asiento; y mientras describe los cambios que imagina, tiene un aspecto radiante.

Casi siempre ésta es una experiencia nueva y fuerte para el paciente. Proyectarse hacia el futuro e imaginar que la propia vida, dolorosa, triste, deshecha, se transforma en otra más coherente, armoniosa y feliz, no puede sino ser una experiencia alentadora. Creemos que éste es el don más importante que un terapeuta puede concederle a un paciente: la esperanza y una visión de posibilidad. Y los pacientes responden concibiendo esperanzas para su vida y para ellos mismos.

"En primer lugar, habré pasado una noche buena y descansado, así que me despertaré de buen humor y le diré 'Buenos días' a mi mujer. Tal vez hasta le dé un beso y a lo mejor hasta nos abrazamos. Pensaríamos lo que hay que hacer durante el día. Yo me levantaré sin resaca y empezaré bien el día. Hasta puedo preparar el café, ayudar a los chicos con su desayuno y despedirlos porque se van a la escuela. A lo mejor hasta podría darle a mi mujer el gusto de dormir una media hora más. Eso le gustará. Y yo me iré a trabajar' de muy buen humor."

"¿Un milagro? ¿Un verdadero milagro? Probablemente no se nota ría nada hasta que yo volviera a mi casa, porque yo me voy a trabajar antes de que los demás se levanten. Así, entonces se verá. Seré más amable con mi familia. Trataré a mi familia como merece ser tratada. Y ellos se darán cuenta porque no me tendrán miedo ¿Cómo se darán cuenta? Bueno, estaré relajado. Eso es, estaré tranquilo, les hablaré con una voz amable. No los insultare. Pero sobre todo, habré dejado de beber'

"No sé, no estoy seguro. Nunca antes pensé en eso. Hombre, es difícil. Mi novia dirá que estoy contento, que tengo más aspiraciones, que no me tengo en menos. Sí, estaré más animado en genera] Eso es, me sentiré bien conmigo mismo, y progresaré, en mi empleo quiero decir. Ahora estoy en un callejón sin salida pero sentiré que puedo hacer algo bueno con mi vida."

"Mi novio dejará de beber. No, antes tendrá que admitir que tiene un problema con la bebida, no negarlo como si no fuera nada. Supongo que cuando lo reconozca yo no lo regañaré. Después, no peharemos todo el tiempo. Sí, todo será más tranquilo, como era cuando nos conocimos."

"¿Un verdadero milagro? Yo creo en los milagros. Pero los milagros se producen poco a poco. Así que supongo que lo primero será que tendré ganas de cuidarme. Me refiero a mi arreglo personal. Y a mi marido le gustaría. Tendré ganas de cuidarme, me vestiré con colores bonitos, iré a la peluquería. Hacer ejercicio, dedicarme un poco al jardín. Cuidar a mis hijos. Eso será un gran milagro." "¿Un milagro? Ganaré la lotería y dejaré de trabajar. No, hablando en serio, mi marido tendrá un empleo estable y podrá mantener a la familia. Volverá a reírse, a estar contento. Tendrá los ojos brillantes, con una sonrisa en la cara. Eso será un milagro en nuestra casa."

Aunque se lo rotule de "milagro", en general los pacientes son sorprendentemente realistas y tienen los pies bien puestos en la tierra cuando hablan del "día del milagro". Cuando alguien empieza a tener un sueño imposible o a pedir la luna, el terapeuta puede devolverlo amablemente a la realidad, o bien con humor o bien tomando en serio su deseo de ganar la lotería, tener un velero o vivir en un castillo. Pero la mayoría de los pacientes saben que eso es sólo fantasía y rápidamente se ponen a describir un milagro más realista.

En nuestra experiencia clínica hemos observado algo sorprendente: las "descripciones del milagro" son bastante realistas, detalladas y accesibles dentro del contexto de la vida del paciente. Como es el paciente quien genera la imagen, ésta encaja naturalmente dentro de su estilo de vida y, en consecuencia, es alcanzable. Tal como en las excepciones al problema, realizar el milagro es algo que está dentro de la capacidad del paciente. La imagen del milagro es más útil cuando se la describe con detalles y en términos mensurables. Como señal de los cambios que tendrán lugar es preciso describir los sentimientos interiores generados por una imagen del milagro. Por lo

tanto, cuando el paciente contesta: "Me sentiré mejor, más tranquilo, más relajado", necesita convertir esas ideas en manifestaciones externas de los cambios internos. Otra buena pregunta es:

Suponga que encuentra esa paz interior (o que llega a estar contento con usted mismo o que se siente otra vez como antes) el día después del milagro, ¿qué habría de diferente en usted que le indicaría que tiene esa paz? Nosotros creemos que el paciente que tiene un problema con la bebida necesita ciertos signos exteriores de que su ser interno está cambiando. Como (con el consumo de alcohol) el paciente ha ignorado y enmascarado durante tanto tiempo esas reacciones emocionales internas frente a su entorno, ahora necesita aprender a conectar sus emociones internas con sus manifestaciones conductuales, o sus pautas de bebida con las consecuencias.

El paso siguiente es que el terapeuta aproveche este milagro y empiece a implementar esta información. Se puede facilitar la implementación utilizando alguna variante del siguiente diálogo:

TERAPEUTA: ¿Cuándo diría usted que fue la última vez que se produjo una parte de este milagro, aunque más no sea una pequeña parte?

PACIENTE: Creo que fue hace dos semanas.

T.: Cuénteme algo sobre eso. ¿Qué hizo para conseguir un pedacito de un día milagroso?

P.: No lo sé muy bien. Yo diría que fue el fin de semana. Yo pensé que había sido bastante egoísta y decidí pasar el día haciendo lo que mi familia quería que hiciese. Cocinamos juntos, fuimos a dar un paseo, después hicimos compras. Parece tonto pero en realidad nos divertimos mucho. Fue un día bueno. Hasta dijimos que deberíamos hacer cosas así más a menudo.

T.: Entonces, ¿qué haría falta para que usted siguiera haciendo lo que empezó a hacer ese día?

P.: Mire lo que le digo, ahora que lo pienso, no es mucho lo que haría falta. Sólo planificarlo y hacerlo.

T.: ¿Qué supone que diría su familia que haría falta para que usted repita eso?

P.: Mmmm... Eso es difícil de saber. Mi mujer, probablemente, diría lo mismo que yo: que ya lo hicimos, así que sólo hay que hacerlo de nuevo.

T.: ¿Cuál es el primer paso que tendrá que dar?

P.: Yo ya he dado el primer paso al venir aquí. Así que supongo que tendré que dar el segundo paso: planificarlo, llamar a la niñera e invitar a mi esposa a ir al cine y a cenar.

Si hay un cambio previo o un éxito pasado en que apoyarse, hacer realidad el día milagroso será fácil. Como está dentro de su repertorio de conductas disponibles, es bastante fácil repetir el "día excepcional" paso a paso. Para demostrarles a los pacientes que eso es posible, el terapeuta debe pedir más información detallada acerca de un pequeño segmento de comportamiento que ellos iniciaron.

Cuando el paciente no registra un período de éxito en el pasado o no hay excepción al problema, el siguiente paso del terapeuta consistirá en ayudar al paciente a proyectar el éxito hacia el futuro. En este caso también son útiles las descripciones detalladas.

TERAPEUTA: ¿Cuál supone que es el primer pequeño paso que tiene que dar para que suceda una pequeña parte de ese milagro?

PACIENTE: Es difícil decirlo. Supongo que tengo que dejar de beber.

T.: A mí me parece que ése no es un paso pequeño sino un gran paso. ¿Qué supone que tiene que suceder antes, algo pequeño que usted pueda hacer inmediatamente?

P.: Primero, sentirme bien conmigo misma. Tengo que sentirme bien con mi trabajo. Sé que tengo que cumplir más en mi empleo. No puedo seguir quedando mal.

T.: Entonces, después del milagro, ¿qué haría usted de diferente en su trabajo?

P.: Pues, iré a trabajar con una buena actitud.

T.: ¿Qué tiene que hacer para poder ir a trabajar con una buena actitud?

P.: Dejar de echarles la culpa a mis padres. Creo que tengo que crecer y enfrentar el hecho de que tengo que mantenerme sola.

El terapeuta refuerza la idea de que la paciente es, en última instancia, responsable de su futuro. Quedarse sentado y hablar y hablar de lo que podría ser diferente no sirve de nada si el paciente no hace algo para que suceda algo.

Una vez que el paciente tiene la imagen del "milagro", ha llegado el momento de convertirlo en un "hacedor de milagros". El siguiente paso consiste en hacer realidad la pequeña porción de milagro y en ayudar al paciente a imaginar lo que cambiará en su vida cuando realmente dé algunos pasos para hacer que el milagro se produzca.

P.: ¿Usted sabe cómo es mi milagro? ¿Realmente quiere saber?

T.: Desde luego. Es un verdadero milagro y el problema que la trajo a usted aquí está resuelto. ¿Cuál sería la primera pequeña señal de que su problema empieza a resolverse?

P.: Jerry me llevaría el desayuno a la cama. Yo soñaba con eso cuando era niña. Para mí es algo tan romántico. Sí, quiero que haya más romance en mi vida. Cuando hacía poco que estábamos casados él lo hacía a veces. Y yo era tan feliz en aquel tiempo.

T.: Pues imaginemos que ha sucedido un milagro y que Jerry le lleva el desayuno a la cama. ¿Qué supone que haría entonces que no está haciendo ahora?

P.: Yo no estaría tan enojada con él.

T.: ¿Qué haría, en vez de estar enojada?

P.: Lo alentaría a pasar más tiempo con su familia, a llevarse bien con ellos, a visitarlos.

T.: ¿Y qué más?

P.: Yo sería cariñosa con él. Dejaría atrás el pasado y seguiría con nuestra vida.

T.: ¿Qué haría de diferente entonces?

P.: Mostrar más interés por su trabajo y estar mejor dispuesta cuando se me acerque sexualmente. Hasta podría sugerirle que vayamos al cine solos, sin los niños.

T.: Entonces, cuando usted dé el primer paso, ¿qué supone que diría Jerry que nota de diferente en usted?

P.: Diría que estoy más contenta, que sonrío más, que soy más paciente con los niños y más amable con todo el mundo.

Adviértase que las preguntas que el terapeuta formula están redactadas de un modo en que no sólo es posible que suceda un milagro sino que también es posible que el paciente se comporte de otro modo. Las preguntas se refieren a "cuando" suceda el milagro, y no a "si" el milagro sucede. La pregunta "¿qué *haría* usted de otro modo?" se va transformando gradualmente en "¿qué *hará* usted de otro modo?" Por otra parte, las preguntas reiteradas están destinadas a suscitar respuestas reiteradas. Cuando los pacientes repiten las respuestas a estas preguntas de un modo afirmativo, hacer estos cambios de comportamiento se convierte en su propia idea. Las preguntas están redactadas de modo de extraer información y también de indicar fuertemente que el paciente inicia un comportamiento nuevo y positivo, comportamiento que probablemente haga que el milagro se convierta en realidad.

Los profesionales que han observado nuestro trabajo clínico comentan que somos muy pacientes al formular estas preguntas. Nosotros creemos realmente que aun cuando al principio el método parezca demorar el proceso, en última instancia lo acelera.

Nosotros creemos, además, que preguntar reiteradamente acerca de las posibles soluciones es mucho más productivo que pedir información detallada acerca de las áreas problemáticas o la historia pasada del paciente. Estas preguntas funcionan como un ensayo cognitivo y ayudan a ordenar los detalles de una solución. Mientras más repita el paciente verbalmente el desenlace favorable, más real se volverá para él.

4. Clasificar según una escala

En los números hay algo mágico. Cuando se le pide al paciente que clasifique según una escala numérica sus problemas, prioridades, éxitos, compromisos emocionales y nivel de autoestima, el terapeuta tiene acceso a una mejor evaluación de las cosas que desea saber. A continuación se enumeran algunas de las aplicaciones que hemos usado y que consideramos útiles para evaluar la relación. Como todas las que el terapeuta formula, las preguntas que hacen referencia a una escala numérica están destinadas a informar al terapeuta y sirven para motivar, alentar y fomentar el proceso de cambio.

Las preguntas de escala pueden utilizarse para evaluar la gravedad del problema.

TERAPEUTA: Digamos que 10 significa cómo quiere usted que sea su vida cuando resuelva el problema que lo trajo aquí; y que 1 significa cómo estaban de mal las cosas cuando usted tomó el teléfono y marcó una cita con nosotros. Según esa escala de 1 a 10, ¿dónde diría que está el problema hoy?

PACIENTE: YO diría que está en 3.

T.: ¿Qué hizo usted para avanzar de 1 a 3 en tan poco tiempo?

P.: Tuve que hacerlo. Mi vida estaba destruida. Mi marido y yo tuvimos una larga conversación.
T.: ¿Es común que ustedes conversen tanto?
P.: Es la primera vez en años.
T.: ¿Qué más hizo para avanzar de 1 a 3?
P.: También fui a una reunión de Al-Anon. Hacía años que había dejado de ir. Pero me sentí mejor.
T.: ¿Qué haría falta para pasar de 3 a 4?
P.: Yo tendría que desligarme más de Jason.

El siguiente ejemplo ilustra la clasificación que hizo una paciente de su compromiso en una relación.

TERAPEUTA: Suponga que 10 significa que usted haría cualquier cosa por conservar su relación con Lee y que 1 significa que usted piensa simplemente sentarse a esperar que pase algo. ¿Dónde diría que se encuentra ahora?
PACIENTE: YO diría que estoy en 9.
T.: ¿Y dónde cree usted que Lee diría que está él, siempre en la misma escala?
P.: Ah, eso es difícil de saber. Supongo que diría que está en 2.
T.: ¿Quiere decir que usted está mucho más comprometida que Lee en esta relación?
P.: Ahora que lo pienso, creo que sí.
T.: ¿Dónde supone que él diría que está, si yo se lo pregunto?
P.: Creo que diría que está en 2, tal vez en 3.
T.: ¿Dónde supone que él diría que está usted, desde este punto de vista?
P.: Diría que estoy en 10. El sabe que yo lo amo más que él a mí.
Y siempre me dice que no lo haga.
T.: Entonces ¿cómo explica que usted lo ame mucho más de lo que él la ama a usted?
P.: Ahora empiezo a preguntármelo. ¿Será porque le tengo miedo a lo desconocido? ¿Será por causa de los niños? Tendré que pensar mucho en eso.

Estas preguntas hicieron que el paciente empezara a reflexionar sobre la desesperanza y la unilateralidad de su manera de "llevar la antorcha del amor" en nombre de alguien que no correspondía a sus sentimientos.

Dentro del tratamiento, la evaluación del progreso es un proceso permanente que se controla continuamente. Nosotros encontramos que las preguntas de escala sirven para personalizar el proceso del tratamiento porque, al permitirle asumir la responsabilidad de la evaluación del proceso, ayudan al paciente a hacerse cargo del tratamiento. Como el índice de progreso en el tratamiento está determinado por los cambios que el paciente va haciendo, es conveniente que éste asuma la mayor parte de la carga de la evaluación de su progreso. Además, como el paciente es el consumidor del servicio del profesional, creemos que necesita hacerse cargo del índice de cambio que está haciendo. Cuando el paciente puede evaluar su propio progreso, el terapeuta está en mejores condiciones para determinar cuál podría ser el paso siguiente en el proceso de tratamiento.

TERAPEUTA: Supongamos que cuando usted inició la terapia el problema que la trajo aquí estaba en 1 y que usted quiere que al terminar esté en 10. ¿Dónde diría que está usted hoy, siempre entre 1 y 10?
PACIENTE: YO me pondría en 4. Todavía tengo un largo camino que recorrer.
T.: Muy bien. ¿Qué diría usted que tiene que hacer para avanzar de 4 a 5?
P.: Necesito más tiempo. Decididamente, necesito más tiempo. Ya estuve en este punto muchas veces, antes de ahora. Pero esta vez tengo que ir despacio para asegurarme de que todo saldrá bien.
T.: Concuerdo absolutamente con usted. Entonces, ¿cuánto tiempo tiene que permanecer en 4 antes de poder pasar a 5?
P.: Yo diría dos meses.
T.: Parece razonable. Imaginemos que ya han pasado dos meses y que usted avanzó hasta 5. ¿Qué supone que su familia notará de diferente en usted, algo que les haga darse cuenta de que ahora está en 5?
P.: Dirán que soy más responsable, pagaré mis cuentas, no dejaré solos a los niños, no me echarán del departamento. Por supuesto, eso significa que no beberé nunca más.
T.: ¡Vaya! A mí todo eso me parece más alto que 5: digamos 7, tal vez 8.
P.: Sí. Estoy ansiosa por sacar mi vida adelante. Estoy tan cansada de toda esta confusión. Quiero tener una vida normal, como todo el mundo.
T.: Entonces, cuando usted haga todas esas cosas, ¿qué sería diferente en usted?

P.: Tendré más confianza en mí misma. Por las mañanas tendré ganas de levantarme, seré una buena madre para mis niños, veré a mi familia más seguido. Tendré una vida normal.

El terapeuta ayuda a la paciente a planificar su futuro en la dirección que desea. En el transcurso de la conversación, mientras más repite la paciente lo que desea, más se convence de que esos objetivos son exactamente lo que *ella* desea para sí. Esto aumenta su motivación y su confianza en que podrá cambiar y mantener ese cambio.

En nuestra opinión, la inversión que el paciente hace en el tratamiento no es estática ni depende únicamente de su personalidad (Miller, 1985) sino que está en un estado permanente de fluctuación y cambio. La inversión del paciente en su recuperación parece fluctuar y cambiar según muchas variables que están fuera del control del tratamiento o del terapeuta. Por eso, la evaluación continua y periódica, que mide los cambios en el progreso del paciente, brinda al terapeuta un útil conocimiento de la fluctuación normal. La evaluación periódica brinda además ciertas maneras de utilizar las prácticas terapéuticas y adaptarlas a los cambios que se van produciendo en el paciente; ese control le permite al terapeuta alentar al paciente a "persistir" aun cuando se sienta desalentado. Los ejemplos que siguen muestran cómo usar las preguntas de escala con fines de evaluación.

TERAPEUTA: Suponga que 10 significa que usted hará cualquier cosa para dejar de beber, cambiar su vida y hacer lo que es bueno para usted; y que 1 (uno) significa que lo único que está dispuesta a hacer es quedarse sentada y rezar. ¿Dónde diría que está usted hoy?

PACIENTE: Ya traté de sentarme y rezar, pero eso no funciona. Yo diría que estoy en 5 porque hace tres meses que empecé y éste es el período de sobriedad más largo que tuve hasta ahora.

T.: O sea que ha avanzado bastante. ¿Qué tiene que hacer a continuación para avanzar de 5 a 6?

P.: Tengo que mantener este ritmo un tiempo más, digamos un mes más.

T.: Entonces, si yo pudiera preguntarles algo a sus hijos y si ellos pudieran verbalizar una respuesta para usted, ¿qué cree que dirían sus hijos que notan de diferente en usted? ¿Y qué cree que ellos tendrían que notar para darse cuenta de que usted ha avanzado un punto?

P.: Dirán que estoy más contenta, que soy más cariñosa con ellos; que soy más confiable, que cuando digo que haré algo, lo hago. Y realmente eso les gustará mucho.

T.: ¿Y qué hay de su madre? ¿Qué diría ella que notará de diferente en usted cuando avance de 5 a 6?

P.: Dirá que ahora recuperará a su antigua hija. Yo era una persona muy responsable y afectuosa antes de que empezara a beber tanto.

T.: ¿Quién más notaría la diferencia en usted cuando estuviera en 6?

P.: Mi ex marido, probablemente. Dirá que ya no le echaré la culpa por todo y que me haré cargo de mis problemas.

T.: Y cuando usted haga todo eso, ¿qué supone que los otros harán de diferente con usted?

Los problemas con el alcohol afectan todas las facetas de la vida del paciente. Por lo tanto, casi siempre los terapeutas se encuentran con pacientes que al parecer tienen tantos problemas (conyugales, económicos, de salud) que resulta imposible discernir qué hay que hacer primero.

Si un terapeuta se siente abrumado por la larga lista de problemas, no es difícil imaginar que el paciente debe quedar prácticamente paralizado a causa de ellos. Es fundamental entonces que el terapeuta le ofrezca al paciente alguna manera de establecer prioridades. El siguiente método nos parece útil.

TERAPEUTA: Me doy cuenta de que debe ser difícil ponerles número a sus problemas. Pero supongamos que yo le pido que les asigne números a los problemas que hemos estado analizando. Por ejemplo: 10 es lo más urgente y 1 lo menos urgente. ¿Dónde ubicaría el problema con el alcohol? ¿Los problemas conyugales? ¿Los hijos? ¿El dinero? ¿La salud? ¿Los parientes políticos? ¿Qué número le asignaría a cada uno de estos problemas?

PACIENTE: YO diría que el problema de que mi hija haya huido del hogar es el número 10. Yo sé que eso tiene mucho que ver con las peleas que mi mujer y yo tenemos todo el tiempo. Pero antes que nada tenemos que resolver el problema de los estudios de Heather. Ella tiene que terminar el secundario y no dispone de mucho tiempo para andar perdiéndolo.

T.: Entonces ¿a usted qué le parece? ¿Heather diría que para ella es importante terminar sus estudios secundarios? Usando la misma escala, ¿dónde supone usted que ella diría que está el problema del colegio?

P.: Probablemente Heather diría que el tema de los estudios está en 5 pero que nuestras peleas están en 10.

T.: ¿Qué supone usted que Heather dirá que será diferente cuando ustedes dos dejen de pelear?

P.: Probablemente diría que si nosotros dejamos de reñir ella podrá dedicarse más a sus estudios. Ella odia nuestras peleas. Fue por eso que huyó de casa.

T.: Entonces, ¿qué haría falta para que usted y su esposa no riñeran?

P.: Yo tendré que disminuir la bebida. Si sé que eso será bueno para mi hija, estoy dispuesto a hacerlo. Yo quiero mucho a mis hijos. Ella no debe arruinar su vida como yo arruiné la mía.

T.: Así que, según usted, ¿qué creará Heather que es lo mejor que usted puede hacer para ayudarla a terminar sus estudios?

P.: Probablemente ella diría que yo tengo que dejar de pelear con mi esposa y dejar de beber.

De esta conversación se deduce claramente que el éxito de su hija en la vida es lo más importante para el paciente en ese momento. Entonces, lo más conveniente como punto de partida será acompañar sus objetivos con el fin propuesto. Si el paciente reconoce que su manera de beber interfiere con lo que él más valora —en este ejemplo, los estudios de su hija— le resultará más fácil dejar de beber *debido a su hija* que dejar de beber porque es un "alcohólico". Por lo tanto, *no beber* se convierte en un medio para llegar a ser un buen padre. Ahora bien, su disposición a considerar lo que es bueno para su hija es la motivación inicial, que puede cambiar a medida que el paciente percibe los otros cambios positivos que se van produciendo.

Fue un talentoso terapeuta, Ron Kral (Kral, 1988), quien nos hizo conocer la aplicación de las preguntas de escala a la evaluación de la autoestima. Se trataba de su trabajo con niños en el medio escolar. Desde entonces, hemos adaptado esa visión a nuestro trabajo no sólo con niños sino también con adultos.

TERAPEUTA: Supongamos, Tracy, que el número 100 representa a la persona ideal que usted siempre quiso ser, a esa persona que siempre soñó llegar a ser. ¿A qué distancia de 100 se encuentra ahora?

TRACY: Bueno, yo diría que actualmente estoy en 25. Tengo muy mala opinión de mí misma.

T.: ¿Y cuál diría que es el número más alto que llegó a alcanzar, siempre con respecto a 100?

TRACY: YO diría que alguna vez llegué a 50. Eso fue lo más alto, lo mejor que logré en mi vida hasta ahora.

T.: Es un puntaje bastante bueno, teniendo en cuenta las duras situaciones que ha tenido que atravesar en su vida. ¿Y cómo lo logró?

TRACY: Fue cuando estaba yendo a AA. Dejé de beber por mucho tiempo, conseguí un empleo estable, sentía que mi vida tenía un rumbo. Eso fue hace tres años.

T.: ¿Y qué más pasaba en su vida entonces?

TRACY: YO tenía una relación. Tenía una razón para vivir. Estaba progresando en la vida.

T.: ¿Y qué tendría que hacer para volver a estar en 50? Si ya lo logró una vez, hace tres años, quiere decir que puede lograrlo de nuevo.

TRACY: Nunca había pensado en esto así. Supongo que lo primero es empezar a ir de nuevo a las reuniones de AA.

T.: Bien. ¿Y después?

Así, el hecho de que la paciente haya estado en el punto medio una vez en su vida es una excepción a su visión de que ha arruinado su existencia completamente. Recordar y describir lo que hizo para llegar a 50 le sirve para llegar a saber lo que debe hacer (es decir, empezar a concurrir a las reuniones de AA). Esta pregunta no sólo le da al terapeuta algún atisbo de la evaluación que el paciente hace de su propio objetivo, sino que además presenta las excepciones y las posibles soluciones como realistas y factibles.

5. Preguntar al paciente cómo enfrenta su problema

En las sesiones de consulta y supervisión con terapeutas casi siempre notamos que muchos profesionales estiman que los pacientes más difíciles son los que tienen una visión desesperanzada de ellos mismos y de su futuro. Es prácticamente imposible confortar a estos pacientes o convencerlos de que hay esperanzas para ellos. Los terapeutas suelen definir a este tipo de paciente como una persona "muy depresiva y deprimente". El terapeuta tiene miedo de cada sesión, alienta secretamente la esperanza de que el paciente no asista, culpa al paciente o le asigna diagnósticos graves, trata una y otra vez de infundirle ánimos, siempre sin éxito. La consecuencia es que muchas veces el terapeuta termina por sentirse tan desesperanzado como el paciente mismo.

En cuanto al paciente, suele afirmar que no hay esperanza alguna de que deje de beber alguna vez; o que su vida no mejorará, por más que lo intente. La lógica del razonamiento de este paciente es: como es improbable que su vida mejore, por qué no "beber hasta morir y sufrir con una tranquila desesperación".

Desde luego, es difícil para cualquier terapeuta enfrentar a un paciente que tenga una visión tan pesimista, porque esa situación es exactamente lo contrario de lo que la mayoría de los terapeutas creen acerca de su trabajo y de sus pacientes. La reacción más frecuente del terapeuta es que el paciente "tiene que tocar fondo" para poder aceptar que tiene un problema con la bebida. Además, es difícil aceptar la idea de que no es posible ayudar a todos los pacientes, independientemente del modelo de tratamiento que se utilice. Pero antes de darnos por vencidos en este tipo de casos, sugerimos al terapeuta que pruebe otra clase de interrogatorio.

Al enfrentarnos con una situación clínica tan desalentadora, descubrimos que las preguntas sobre la manera de enfrentar el problema suelen dar buenos frutos porque cuestionan delicadamente el sistema de creencias del paciente y sus sentimientos de desesperanza y, al mismo tiempo, lo orientan hacia la sensación de haber tenido o de tener cierta medida de éxito.

TERAPEUTA: Después de haberme enterado de su terrible experiencia y de la historia de exceso de bebida en su familia, siento que es comprensible que usted crea que ya no hay esperanzas. Pero, dígame, ¿cómo hace para seguir adelante todos los días?

PACIENTE: Apenas si sobrevivo. Usted conoce la historia de mi vida. Nada cambiará. Yo nunca seré diferente, seguiré siendo así por el resto de mi vida. Es espantoso pensar que estoy condenada a vivir así el resto de mi vida.

T.: Bien, pero ¿cómo se las arregla para seguir adelante? (con una mirada de curiosidad y asombro)

P.: Le repito que sólo vivo día tras día, sin esperanza de que mi vida mejore.

T.: Me doy cuenta, comprendo por qué cree eso. Entonces, ¿qué hace usted para limitarse a enfrentar un día tras otro? P.: Bebo, eso hago, bebo. ¿Y de qué me sirve? Para mí no hay esperanzas. Viniendo de la familia que vengo, nada cambiará. A golpes me metieron en la cabeza que nunca llegaré a nada.

T.: No sé si estoy de acuerdo con eso, pero ése es otro asunto. Entonces, ¿qué es lo que usted hace para enfrentar el asunto un día tras otro? ¿Cómo hizo para poder levantarse todas las mañanas?

P.: Tengo que levantarme, ¿no es cierto? Me obligo a levantarme y simplemente me dedico al trabajo. Es un esfuerzo. No tendría que hacerlo. La vida tendría que ser una alegría. Yo tendría que estar contenta de levantarme por la mañana, contenta de empezar el día.

T.: Estoy totalmente de acuerdo. Entonces, ¿cómo se obliga todas las mañanas a saltar de la cama y salir para el trabajo? Estoy sorprendido y, considerando lo que usted ha soportado (el abuso, los padres alcohólicos, la falta de cuidados, todo ese infierno que tuvo que atravesar), a veces me pregunto cómo se las arregla para seguir adelante todos los días.

P.: En realidad, no es una gran hazaña. Sólo me obligo a salir de la cama y a pensar en todas esas personas que dependen de mí. Este año no falté una sola vez al trabajo. Y rara vez pido licencia por enfermedad.

T.: Eso es precisamente lo que quiero decir. ¿Cómo lo hace? Conozco muchísimas personas que tienen grandes dificultades para llegar a hora al trabajo, gente que no tiene los mismos antecedentes que usted.

P.: Bueno, cuando usted lo dice parece algo importante. No sé, yo sólo sé que lo hago, nada más.

T.: ¿Quiere decir que usted es una de esas personas que cuando toma una decisión la cumple?

P.: Pero no porque me guste, sino porque tengo que hacerlo; sólo porque tengo que hacerlo.

T.: ¡Eso es fantástico, estupendo!

Cuando se le pide a esta paciente que describa cómo "se limita a enfrentar el asunto", teniendo un grave problema de toda la vida, empieza a describir un pequeño paso que le permite sobrellevar cada día. Evidentemente, ese pequeño paso que consiste en "limitarse a enfrentarlo" y que ella da todos los días, se convierte en la base de lo que necesita seguir haciendo.

Por insignificantes que puedan parecer, las pequeñas cosas que el paciente hace para "limitarse a enfrentar el asunto" son precisamente las cosas mismas de las que el paciente debe hacer más "día por día", para generar una base sobre la cual construir medidas más exitosas. Es preciso recordarle a ese paciente que sólo debe enfrentar el asunto día por día, y alentarle a hacerlo. Es cierto que él merece disfrutar más de la vida, pero eso vendrá después. El primer paso es que reconozca que tiene capacidad de respuesta.

Muchas veces los pacientes se sorprenden cuando les hacemos esta pregunta. Por lo general sus expresiones no verbales transmiten más o menos el siguiente mensaje: "usted debe estar tomándose el pelo". Pero después empiezan a reconocer, poco a poco, que tienen capacidad y recursos. He aquí un ejemplo de tal reconocimiento:

TERAPEUTA: Estoy confundido, Lisa; según lo que me ha contado hasta ahora, la mayoría de las personas en una situación similar encontrarían que sus vidas son mucho peores que la que usted lleva ahora. ¿Por qué las cosas no son peores? ¿Qué hace usted para impedirlo?

PACIENTE: ¿A usted le parece que hago algo?

T.: Pero claro, por supuesto. Cuénteme qué es lo que hace para que las cosas no se pongan peor.

P.: Recito muchas veces la *Plegaria de la serenidad* y cuido la parte espiritual de mi vida. Todos los días trato de encontrar alguna cosa para agradecer.

T.: Eso es importante. ¿Cómo se le ocurrió que hacer eso le sería útil?

P.: Son cosas que aprendí en AA. Pero me olvidé de usarlas.

T.: ¿Y qué tiene que hacer para seguir acordándose de usar estas cosas?

P.: Pegaré los Doce Pasos en la puerta del refrigerador. La puerta del refrigerador está cubierta por los dibujos de mis hijos, pero les haré un lugar a los Doce Pasos.

Como muestra el ejemplo, esta variante de la pregunta sobre la manera de enfrentar el problema ("¿Cómo es que su vida no está peor?") se usa para "culpar" a la paciente por su éxito, que ella parece no ver. Esa "culpa" positiva, según la describió Kral en su trabajo con niños y maestros en un ambiente escolar (Kral, 1988), adjudica al paciente la responsabilidad del comportamiento positivo. Se usa no sólo para afirmar que lo que el paciente está haciendo es bueno, sino además para indicarle que el terapeuta tiene confianza en que él sabe lo que necesita hacer para resolver sus problemas.

La pregunta sobre la manera de enfrentar el problema nos parece muy útil al tratar a un paciente que atraviesa una crisis aguda. Antes de asegurarse apresuradamente al paciente que ha sobrevivido al trauma (que puede ir desde un ataque físico hasta un desastre natural), el uso de este tipo de pregunta revela y luego utiliza lo que el *paciente* hizo para sobrevivir al trauma o a la crisis. En tal situación el énfasis se pone en transmitirle al paciente que de algún modo sobrevivió a la crisis y se las arregló para no empeorar las cosas. Nosotros hemos usado con éxito esta estrategia para enfrentar una crisis.

Ejemplo de caso: Homicidio antes del desayuno

Una mañana muy temprano llamó un hombre a nuestra oficina pidiendo ser entrevistado lo más pronto posible. Dijo que casi había matado a su esposa y a él mismo y que necesitaba ver a alguien inmediatamente. Lloraba por el teléfono y estaba en un estado de perturbación emocional. Aceptamos verlo tan pronto pudiera acudir a nuestra oficina.

Sean, un obrero fabril, tenía constantemente problemas conyugales por causa de la bebida de su esposa. La combinación de su historia de inestabilidad laboral y la afición de su mujer a la bebida eran fuente de considerable tensión en el matrimonio y de permanentes dificultades económicas. Además, Sean acusaba a su mujer, Connie, de tener una aventura con otro hombre, pero ella lo negaba.

La noche anterior a nuestra entrevista Sean había regresado a su casa inesperadamente temprano de su "turno en el cementerio" y había encontrado a su mejor amigo en la cama con Connie. Contó que su primer impulso había sido agarrar el revólver y matarlos a los dos y matarse él también; pero que de algún modo pudo controlarse y huyó de la casa. Después no se atrevió a regresar: tenía más miedo de lo que podía hacer que de lo que podría encontrar. Dijo que había estado "caminando por la calle" toda la noche y que había llamado a nuestra oficina cuando le pareció que ya estaría abierta.

Al terapeuta le habría resultado fácil concentrarse en la rabia; en la idea de que quizá Sean había contribuido al problema de Connie con la bebida; a la tensión en el matrimonio; a la falta de dinero y a una serie de problemas evidentes. Pero el terapeuta pensó que en el estado en que se encontraba, lo que Sean necesitaba era manejar la crisis.

TERAPEUTA: Veamos. Son las ocho de la mañana y usted dice que todo pasó alrededor de la una. ¿Qué hizo usted desde esa hora para enfrentar esto?

SEAN: Estuve caminando por la calle. Fue lo único que se me ocurrió hacer para no matar a nadie, incluido yo mismo.

T.: ¿Quiere decir que se pasó siete horas caminando?

S.: Sí, no podía volver allá. Sabía que vería todo rojo y haría cualquier cosa que no debía hacer.

T.: Pero ¿cómo se dio cuenta de que debía irse de la casa? ¿Qué fue lo que le dio la idea de irse y no discutir ni con Connie ni con Jim (el mejor amigo de Sean)?

- S.: Yo conozco mi carácter. Simplemente sabía que tenía que irme de allí. Y no pude ni sentarme, tuve que caminar. Caminé muchísimo, recorrí toda la ciudad.
- T.: Todavía estoy sorprendido de que haya tenido suficiente sentido común para saber que tenía que irse de la casa. ¿Cómo lo hizo?
- S.: Simplemente lo supe. Algo dentro de mí me dijo que si me quedaba haría algo terrible.
- T.: O sea que aun en semejante situación tuvo el buen juicio suficiente para escucharse a sí mismo. ¿Sabía que usted era así?
- S.: Para decirle la verdad, no, no lo sabía. Siempre tuve carácter, desde que era un muchacho, y eso me dio muchos disgustos, me metí en cada lío...
- T.: ¿Y cómo se dio cuenta de que tenía que huir de la casa?
- S.: Pensé en mis hijos. Eso fue lo que hice. No quería que mis hijos crecieran sin padre o sin madre. Me rompería el corazón... ver que mis hijos sufrían porque yo había hecho algo estúpido.
- T.: Si yo le preguntara a su esposa, ¿qué supone usted que diría ella que fue lo mejor que usted hizo?
- S.: Probablemente diría que hice bien en irme. Ella se asusta de mi carácter. Siempre me ha dicho que los niños no deben verme furioso. Entonces, creo que ella diría que eso fue bueno. Pero no sé qué voy a hacer con todo este lío. Tarde o temprano tengo que volver a casa y enfrentar el problema. No puedo seguir vagando por las calles. Tengo que encontrar una solución para este problema.
- T.: Suponga que mientras usted andaba caminando toda la noche sucedió un milagro y el problema que lo trajo aquí quedó resuelto. ¿Qué supone que notaría que usted hace de diferente?
- S.: En primer lugar, me mantendré más tranquilo y usaré la cabeza. Me sentaré con Connie y hablaré con ella, le preguntaré cosas, pero dejaré de decirle qué piensa hacer con su problema de la bebida.
- T.: ¿Y qué cree que ella notará de diferente en usted, algo que le indicará que ha sucedido un milagro?

Por cierto, el paciente hizo lo correcto al huir de su casa. El afecto por sus hijos se convirtió en el punto más importante para felicitarlo y también en el foco de cuáles deberían ser sus pasos siguientes. Como los primeros pasos que dio fueron los correctos, la siguiente tarea terapéutica consistirá en evaluar y planificar los pasos subsiguientes para alcanzar su objetivo. La pregunta por el milagro sacaría a la luz sus ideas acerca de cómo su vida sería diferente cuando se resolviera el problema.

El uso de las preguntas de escala indicaría hasta qué punto él o su esposa estarían dispuestos a resolver su grave problema conyugal. Dado que el paciente está empezando a identificar su carácter violento y la bebida de Connie como los factores más importantes en el problema conyugal, la evaluación de cuáles problemas deben resolverse primero y de quién está dispuesto a dar qué pasos primero puede ser negociada a través de diversas preguntas.

La postura del terapeuta al utilizar estas cinco preguntas útiles

Las reacciones y los comentarios más sorprendentes de los terapeutas que observan nuestras entrevistas clínicas se refieren a la forma en que el paciente responde a nuestro reiterado uso de variaciones sobre estas cinco preguntas útiles durante una sola entrevista. Al principio nos sentimos algo desconcertados por estas reacciones; pero a medida que seguíamos manteniendo el diálogo y prestábamos gran atención a lo que los observadores señalaban, se hacía cada vez más claro para nosotros que nuestras actitudes hacia el paciente parecían ser las responsables de la diferencia decisiva. Nos han dicho que nuestro enfoque respetuoso del paciente y nuestra auténtica curiosidad acerca de lo que el paciente describe como su singular manera de resolver los problemas hacen imposible que el paciente objete nuestras reiteradas preguntas. Francamente, creemos que mientras más se le pida al paciente que repita sus historias de éxito, más se convencerá de que las soluciones que puso en práctica eran exactamente las adecuadas para su caso. ¿Qué mejor manera podría tener un terapeuta de autorizar aun paciente a tomar el control de su vida y resolver su problema con la bebida?

A esta altura de la entrevista ya debería resultarle fácil al terapeuta evaluar la relación paciente-terapeuta según los criterios que describimos en el capítulo 2. Ahora bien, la índole de la relación cambia espectacularmente según la disposición del terapeuta para negociar objetivos con su paciente. Al examinar lo que es más importante para el paciente y la disposición de éste para dar el primer paso, pequeño pero significativo, hacia la resolución de su problema, se hace relativamente fácil evaluar cuál debe ser el primer paso.

6. Componentes, tipos y administración de las intervenciones terapéuticas

No se puede resolver un problema con la misma clase de pensamiento con que se lo creó. Albert Einstein

Hace veinte años que espero que alguien me diga: "Tienes que combatir el fuego con fuego", para poder responderle: "¡Qué raro!, yo siempre uso agua". Howard Gosage, Zen to Go (Winnokur, 1989)

Al igual que otros aspectos del modelo de terapia centrada en la solución, nuestra visión de la intervención terapéutica ha evolucionado a lo largo de los pasados 20 años. En nuestros primeros años considerábamos que la intervención (Queremos subrayar la clara distinción que existe entre lo que se conoce como "intervención" en el campo del tratamiento contra el abuso del alcohol y nuestra concepción de la intervención terapéutica. Consideramos la intervención como una parte de la estrategia de tratamiento en la cual el terapeuta ayuda al paciente a descubrir sus propias soluciones a su problema.) y la asignación de tareas para el hogar (que sugeríamos al terminar la sesión) eran un medio para resolver el problema del paciente con la bebida. Por lo tanto, poníamos mucha reflexión y energía en el diseño de las tareas adecuadas. Nos concentrábamos en la invención de las maneras más inteligentes, hábiles y creativas de presentar nuestras tareas a los pacientes. Y como invertíamos tanta energía en la creación de esas tareas, dábamos gran importancia a que el paciente las realizara o no. Y si no las realizaba, nos interesaba saber por qué.

Nuestro pensamiento sobre las intervenciones terapéuticas ha cambiado mucho. Actualmente creemos que todas las intervenciones centradas en la solución, tanto la entrevista como las tareas para el hogar, están destinadas a suscitar, desencadenar y repetir las excepciones que el paciente genera. En este proceso el terapeuta desempeña la función del que derriba la primera ficha del dominó. Esto se basa en un cambio fundamental de nuestro pensamiento: en vez de poner el énfasis en *detener* la bebida problemática, el método más eficaz, económico y eficiente consiste en *suscular y ampliar* las buenas soluciones ya existentes, que han sido generadas por el paciente. Es decir, poner el énfasis —como se hizo tradicionalmente— en *detener* la bebida requiere que terapeuta y paciente se concentren en objetivos negativos. Como expusimos en el capítulo 2, un método prohibitivo sólo favorecerá el fracaso y los problemas.

En consecuencia, nosotros hemos llegado a ver el proceso de la entrevista como un medio decisivo para revelar, crear y a veces cuestionar las creencias del paciente, como una vía para llegar a negociar el proceso del tratamiento según las singulares soluciones del paciente y su visión del mundo. Así es comprensible que al seguir la filosofía y los supuestos que suscribimos, la conclusión lógica sería considerar a la entrevista como un proceso muy importante. Muchas veces el mero neto de identificar cuáles son los objetivos puede ser tremendamente terapéutico.

En este capítulo analizaremos los tipos de intervención que se personalizan para cada paciente, sobre la base de la evaluación del terapeuta del tipo de relación que se da entre terapeuta y paciente. Es éste el cuarto paso del modelo centrado en la solución. A continuación se incluye una lista de comportamientos del terapeuta que están dirigidos a fomentar la cooperación en el tratamiento, permitiendo al mismo tiempo que el terapeuta personalice la tarea para el hogar que encaje en el tipo de relación terapeuta-paciente.

La consulta dentro de la sesión y el método del equipo

Como se explicó en otros trabajos (Berg, 1988a, 1988b, 1989, 1991; de Shazer, 1985, 1988, 1991), una de las técnicas más importantes e innovadoras que tomamos del campo de la terapia de familia es la idea de la consulta, dentro de la sesión, con un equipo que permanece detrás de un vidrio espejado.

El método del equipo utiliza un vidrio espejado de un lado y traslúcido del otro y permite además la comunicación telefónica entre el terapeuta y un equipo de terapeutas que actúan como consultores y permanecen detrás del vidrio. La idea que sustenta esta innovación es que ofrece múltiples visiones del problema y, por ende, múltiples visiones de la solución: lo que de Shazer llama una visión poliocular (de Shazer, 1982). La utilización de un equipo brinda una visión más objetiva y variada de los problemas del paciente. Por lo tanto, es menos probable que el terapeuta "se atasque" al probar una y otra vez "la misma maldita cosa" que no funciona. Muchas ideas creativas e innovadoras han surgido de este trabajo con un equipo; por ejemplo, el "equipo de reflexión" (Andersen, 1990), la idea de neutralidad del equipo de Milán (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987), el modelo griego, basado en el coro (Papp, 1980), y otros modelos de enseñanza y tratamiento elaborados según este formato (cf. Madanes, 1984a, 1984b; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Weeks, 1991). El método del equipo tiene también

otras aplicaciones en las estrategias de tratamiento, como la intervención del equipo dividido, que describiremos en este mismo capítulo.

Unos 45 minutos después de iniciada la sesión, que dura habitualmente 60 minutos, se hace una "pausa para la consulta". El terapeuta se ausenta de la sala por espacio de cinco a diez minutos. En ese intervalo el terapeuta se reúne con el equipo para revisar la sesión y elaborar la realimentación y las tareas que el paciente hará en su casa. El paciente puede esperar sentado en la sala de terapia o fumar un cigarrillo o tomar un café por su cuenta. Esta corta pausa para pensar le permite al terapeuta procesar la sesión sin tener que hacerse cargo de la tarea inmediata de atender a las necesidades del paciente y sin la influencia de la interacción inmediata con éste.

Un terapeuta que trabaje solo, sin equipo, puede utilizar la pausa en la sesión tomándose tiempo para pensar, identificar si hay objetivos bien pensados, evaluar qué tipo de relación existe entre paciente y terapeuta, elaborar los elogios que el paciente aceptará y decidir qué clase de intervención será la más adecuada para el paciente.

Esta breve pausa aumenta la expectativa del paciente por oír lo que el terapeuta tendrá que decir luego. Por lo general los pacientes están ansiosos por oír los comentarios y concentrarse en todas las sugerencias que hace el terapeuta. Mientras se preparan para recibir la realimentación, sus respuestas más corrientes son: "Bien, dígame que soy un tipo completamente podrido"; o "Dígame, doctor, si mi problema es grave"; o "Creo que realmente arruiné mi vida". Cuando el paciente espera el más terrible y pavoroso pronunciamiento del "experto", y éste (el terapeuta) le brinda la inesperada realimentación que se describe a continuación, que empieza por reconocer las cosas positivas que el paciente ha hecho, la respuesta es emocional e impactante.

Veamos los elementos que componen este método de administración de tratamiento, que aumenta la fuerza de la intervención centrada en la solución:

- 1) El terapeuta debe destacar todos los esfuerzos positivos, exitosos o útiles que el paciente haya hecho en su deseo de avanzar hacia sus objetivos. Todo lo que el paciente esté haciendo que sea bueno para él debe ser señalado y elogiado.
- 2) Siempre que sea posible, usar las mismas palabras que usa el paciente es algo que favorece su cooperación. Es mejor traducir la jerga terapéutica a un lenguaje coloquial, para que el paciente se sienta comprendido. En este momento la tarea terapéutica consiste en transmitirle al paciente, de la manera más clara y simple posible, que el terapeuta está colaborando con él. Cuando el paciente tiene una manera personal de usar las palabras, será conveniente que el terapeuta imite e incorpore lo que el paciente dice, siempre que sea posible. Esta maniobra conjunta genera en el paciente el sentimiento de que el profesional lo comprende y lo apoya, reduciendo así su necesidad de defender su posición.
- 3) El terapeuta debe aceptar el objetivo del paciente y expresarlo de manera positiva. Por ejemplo: "Estamos de acuerdo en que su ardiente deseo de mantenerse sobrio es difícil de realizar pero merece un gran esfuerzo. Lo que usted ganará con tan duro trabajo es algo que vale la pena, dado que usted ama a su familia y quiere hacer lo que sea bueno para usted y para ellos". "Mantenerse sobrio" es una manera mejor de expresar el objetivo que "dejar de beber". El paciente ya ha tratado de "dejar de beber", pero "mantenerse sobrio" es algo que requiere un marco mental diferente y una atención diferente.
- 4) El terapeuta destaca que el objetivo será difícil de alcanzar, que demandará un gran esfuerzo, y que el problema también es de difícil solución. Esto se basa en nuestras ideas sobre los objetivos bien pensados; desde ese punto de vista, el énfasis sobre el trabajo duro aumenta la motivación del paciente y no lo deja mal parado frente a sus fracasos anteriores.

Toda vez que sea adecuado, es conveniente elogiar al paciente por haber intentado tantas cosas para resolver sus problemas o por "haberse mantenido firme" cuando habría sido más fácil darse por vencido. Las expresiones de este tipo reflejan la percepción del paciente como una persona motivada para resolver sus problemas y, por lo tanto, favorecen la cooperación.

- 5) Dar siempre una explicación para las tareas en el hogar. Aun cuando el único objetivo razonable que surja al final de la sesión sea lograr que el paciente acuda a una segunda sesión, conviene brindar una explicación lógica. El terapeuta explicará por qué razón quiere que el paciente vuelva; y lo hará de una manera sencilla, como por ejemplo: "Dado que su supervisor y usted no se ponen de acuerdo acerca del tratamiento que usted realmente necesita, me gustaría que volviera la semana próxima para que podamos seguir buscando la mejor manera de realizar las dos cosas". Este razonamiento debe tener sentido desde la perspectiva del paciente y debe parecerle una idea razonable y digna de ser realizada.

Una buena introducción puede empezar repitiendo lo que el paciente dijo durante la sesión. Por ejemplo: "Estoy de acuerdo con que usted se ha esforzado mucho por..."; o "Como muchas cosas que usted probó no funcionaron..."; o "Como su jefe tiene una idea equivocada de su problema con la bebida..."

- 6) Dado que es difícil separar el mensaje del emisor, el estilo del terapeuta y su manera de expresarse agregarán significación al mensaje y a las sugerencias. Nosotros recomendamos que el terapeuta hable cuidadosa y lentamente y con autoridad.

Personalizar la tarea

El terapeuta debe tener en cuenta el tipo de relación que tiene con cada paciente y adaptar a ello las tareas que indique. La guía que sigue está destinada a brindar al terapeuta un breve esbozo de lo que hay que hacer.

Relación de tipo visitante

Cuando el terapeuta determina que existe una relación de tipo visitante, es probable que él y el paciente no hayan creado un objetivo viable y que el paciente no esté dispuesto a aceptar las sugerencias del terapeuta ni a realizar las tareas que le proponga. Se puede describir la tarea terapéutica de la relación paciente-terapeuta en esta etapa como la tarea de establecer un objetivo viable, es decir, establecer con cierta claridad lo que el paciente busca al acudir a la terapia. Por ejemplo: si un paciente cuya terapia ha sido ordenada por otra persona (supervisor, empleador, padre o madre) discrepa con los objetivos que el agente derivador ha fijado para él, el terapeuta será prudente y no repetirá lo que otros ya hicieron sin éxito, es decir, exigir que el paciente siga las indicaciones. Muchas veces nos quedamos pasmados durante las sesiones de consulta al advertir con qué frecuencia los terapeutas repiten torpemente los mismos viejos esfuerzos que no funcionaron en el pasado, con lo que sólo consiguen frustrarse aun más.

Brindar una realimentación positiva frecuente sobre lo que el paciente está haciendo para su bien lo alienta a interesarse más por el tratamiento porque empieza a verse como una persona solidaria, trabajadora, interesada en su propio bienestar. A veces el terapeuta tendrá que buscar pequeñas cosas: el paciente decidió acudir a la terapia aunque la idea no fue suya; el paciente está haciendo un esfuerzo por comer mejor, hacer ejercicio o mantener relaciones sociales con no bebedores. Si el paciente ha mantenido un empleo por seis meses y éste es el período más largo de su vida y él lo reconoce como un avance de su parte que le exigió mucho esfuerzo, es preciso que el terapeuta haga hincapié en que se trata de un paso pequeño pero importante hacia el éxito. Los triunfos, grandes o chicos, deben ser destacados y hay que sugerir que deben continuar. Lo que sigue es un ejemplo de la manera en que dimos por finalizada la sesión con un paciente que acudió para satisfacer requisitos legales de su libertad condicional. Le dimos este mensaje al paciente después de nuestra "pausa para pensar".

"Curtis: nos ha impresionado mucho que haya venido hoy aquí aunque venir no fue idea suya. Por supuesto, usted podría haber tomado el camino más fácil no viniendo. Su disposición a cumplir tantas exigencias que no parecen razonables, incluyendo la de venir aquí, demuestra que usted es una persona que quiere hacer las cosas bien. No fue fácil venir aquí hoy, nos damos cuenta: tomar un ómnibus, dedicar tiempo, hablar de cosas de las que realmente no quiere hablar, etcétera. Pero estamos impresionados por su disposición para colaborar con nosotros hoy. Me doy cuenta de que usted es una persona independiente, que no quiere que le digan lo que tiene que hacer; y estoy de acuerdo con usted en que deberían dejarlo tranquilo. Pero por otra parte, usted se da cuenta de que hacer lo que le dicen le ayudará a librarse de esas personas y de que muy pronto lo dejarán en paz. Por lo tanto, me gustaría volver a reunirme con usted para seguir pensando qué es lo que más le conviene hacer. Por eso, reunámonos la próxima semana a la misma hora"

Además de elogiar al paciente por las cosas positivas que está haciendo, es prudente que el terapeuta se abstenga de dar indicaciones que requieran cambios de comportamiento que el paciente no está dispuesto a hacer.

Aunque algunos terapeutas creen que al elogiar al paciente pueden estar disculpando o hasta reforzando su manera de beber, ese tipo de mensaje transmitido al final de una sesión con un paciente de tipo visitante ofrece dos beneficios. En primer lugar, cuando se usa este método, es mucho más probable que el bebedor problemático acuda a la segunda sesión y a las subsiguientes.

A diferencia de lo que está acostumbrado a oír (reprimendas, exhortaciones en favor de la abstinencia, amenazas de ultimátum y recordatorios de sus pasadas promesas rotas), el paciente recibe estos mensajes como realmente nuevos y diferentes. Cuando menos, el mensaje capta la atención del paciente, lo que constituye el primer paso

necesario para iniciar los cambios. En segundo lugar, este tipo de mensaje parece facilitar la cooperación del paciente y su buena disposición para participar en el proceso del tratamiento.

Nuestra experiencia clínica nos indica que, aun cuando el paciente abandone prematuramente la terapia, este método incrementa y favorece la posibilidad de que regrese en el futuro, cuando sienta que su decisión de resolver sus problemas con la bebida es realmente seria. Al parecer, el paciente recuerda el primer y único encuentro con nuestro Centro porque fue muy positivo. Por otra parte, los pacientes suelen volver mucho antes si tienen otros problemas, que quizá no estén vinculados con la bebida.

Relación de tipo demandante

Este tipo de relación se genera cuando, hacia el final de la sesión, el terapeuta ayuda al paciente a identificar cómo sería la solución (usando la pregunta por el milagro) y a desarrollar ciertas expectativas de que el problema que lo llevó a la terapia puede cambiar. Sin embargo, como el paciente aún cree que la solución reside en alguna otra persona, la conciencia de que es necesario que *él* dé ciertos pasos para resolver su problema no está aún totalmente desarrollada. O sea que el paciente suele esperar que el terapeuta convenza a su cónyuge para que deje de beber, la obligue a ir a Alcohólicos Anónimos, etcétera. En este punto la tarea terapéutica consiste en modificar la percepción que el paciente tiene del problema y de la solución. La consecuencia es que muchas veces el paciente empieza a comprender que sólo él puede dar los pasos necesarios para encontrar soluciones para sus problemas.

En este tipo de relación el paso inicial consiste en elogiar al paciente por haber soportado el gran sufrimiento de que un familiar beba, y por haber brindado muchas observaciones útiles y reflexiones acerca de la historia del bebedor. También es conveniente reconocer su mérito al mantener la esperanza y seguir confiando en el bebedor problemático pese a las numerosas dificultades, como también al haber intentado diferentes opciones para resolver el problema. En una relación de tipo demandante, toda sugerencia que el terapeuta haga al paciente estará dirigida a cambiar su percepción, a lograr que deje de considerarse una víctima indefensa y empiece a verse como alguien que tiene una solución propia para poner en práctica. Como en esta situación el paciente es típicamente un *observador* del bebedor problemático, las indicaciones de tareas deberán limitarse a *pensar y observar*.

"Para nosotros es evidente que usted ha pensado mucho en el problema de su marido con la bebida y ha notado muchas cosas que sirven para comprender su problema. Es evidente que usted ha probado muchas cosas diferentes para convencer a su esposo de la gravedad del problema, porque usted lo ama y está muy preocupada por el bienestar de la familia. También está claro que, a pesar de todo lo que ha soportado, usted todavía alienta la esperanza de que algún día él se dé cuenta de lo grave que es el problema. Al mismo tiempo, estamos impresionados por el hecho de que usted haya llegado finalmente a aceptar que sólo él puede poner punto final a la bebida y que es él quien necesita asumir las consecuencias naturales de su manera de beber. Concordamos con su idea de que eso es crecer. Pensamos que su visita de hoy es el primer paso hacia un futuro mejor para ambos, y que éste es el mejor momento para que usted empiece a desligarse de la bebida de su esposo y empiece a concentrarse en aprender a cuidar de usted misma. Pero no será fácil. Por lo tanto, quisiéramos que nos cuente sus pensamientos acerca de lo que vaya notando de diferente en él a medida que usted se va desligando."

Relación de tipo comprador

Como el rasgo distintivo de este tipo de relación paciente-terapeuta es que el paciente está dispuesto a *tomar medidas* para resolver los problemas y se percibe como un participante activo en el proceso de búsqueda de soluciones, el terapeuta debe adaptar el mensaje a esa realidad. Además de la ya conocida sugerencia de elogiar al paciente por su disposición a resolver su problema con la bebida, en este punto la tarea más importante del terapeuta consiste en identificar, junto con el paciente, lo que podría ser la primera medida activa que debe tomar, el primer paso que debe dar. Con frecuencia este tipo de paciente ha experimentado ya numerosos cambios previos a la sesión y también algunas excepciones deliberadas, que el terapeuta necesita reforzar y apoyar.

"Estoy impresionado de que usted haya reconocido finalmente que tiene que dejar de beber, ser más responsable y hacerse cargo de su familia. Hace falta una gran dosis de madurez y fortaleza para aceptar la realidad de que uno debe empezar a cuidar de sus propios asuntos [éstas son palabras del paciente]. Estamos de acuerdo con que hará falta trabajar duro y creemos que todavía falta la parte más difícil, pero su decisión de ser mejor padre para sus hijos que lo que su padre fue para usted es muy impactante. Pero, como usted sabe, eso demandará mucho trabajo duro y pruebas y ensayos, ya que tendrá que aprender solo a ser un padre responsable. Lo mismo se puede decir de mantenerse sobrio. Y como una manera de ponerlo en la dirección correcta para llegar a ser más responsable, me gustaría que persistiera en sus buenos

hábitos recién descubiertos; y también que prestara mucha atención a todo lo que le parezca que podría aumentar sus posibilidades de éxito."

Los elogios: el poder de la afirmación

El equipo del Centro de Terapia Familiar Breve ha estado usando y estudiando los elogios durante casi veinte años, y todavía nos asombra su poder terapéutico y su utilidad como instrumento de intervención. El elogio se utiliza con todos los casos, independientemente del tipo de relación paciente-terapeuta y a lo largo de todo el proceso de tratamiento. Excepto en raras ocasiones, cuando el paciente es sumamente reacio a recibir elogios; y en situaciones sumamente escasas, cuando el terapeuta no puede encontrar absolutamente nada positivo, hemos observado que los elogios favorecen la cooperación con el paciente. Aun cuando la relación sea ya positiva, el elogio incrementa aun más la buena relación de trabajo.

Elogiar al paciente no equivale, en modo alguno, a convalidar su conducta destructiva. El elogio simplemente reconoce su visión del mundo, afirmando su visión de sí mismo, aceptando su "historia" y aliviando su frustración por tener que admitir tantos fracasos.

El uso de elogios es una de las muchas herramientas de que dispone un terapeuta que aprovecha las normas socialmente aceptadas del discurso. Nosotros hemos descubierto, debido a nuestras presentaciones internacionales y transculturales, que todas las culturas usan elogios como un medio de consolidar las relaciones sociales en todos los niveles. Sin embargo, la norma cultural dicta la manera en que se presentan los elogios. En Estados Unidos, por ejemplo, una forma comúnmente aceptada de asegurar una relación positiva consiste en destacar los logros personales y los rasgos individuales: "Luces muy bien hoy, ¿qué tienes de diferente?"; "El color rojo te sienta muchísimo"; "Tu corbata nueva te va como de perlas, ¡es preciosa!"; "La presentación en la reunión del equipo fue excelente, hiciste un buen trabajo"; "Me gustó tu manera de hablar con el jefe; ya era hora de que empezara a reconocer tus méritos"; etc. En otras culturas el elogio puede estar dirigido a lo que una persona hace por el bien de su familia, del grupo, del clan o del empleador (como sacrificar los propios deseos en beneficio del honor de la familia) (Berg y Gilkey, en prensa). Mientras que los norteamericanos valoran una manera clara y directa de elogiar al otro, hay culturas que son mucho más sutiles en ese aspecto: el elogio suele expresarse con una mirada, un levantar de cejas, una leve sonrisa. Por eso, al elegir lo que señalará como digno de elogio, y al hacer el elogio, el terapeuta deberá tener en cuenta estas diferencias étnicas y culturales.

Un terapeuta competente, con sólido entrenamiento en las técnicas de escuchar y con una actitud respetuosa hacia el paciente, se dará cuenta de qué es lo que el paciente considerará un elogio aceptable y positivo. Todo énfasis es poco para señalar que todo elogio que el terapeuta haga debe ser genuino, sincero y honesto: así generará en el paciente un sentimiento de confianza hacia el terapeuta.

Aceptar los objetivos del paciente

La habilitación del paciente empieza con la aceptación de que es él quien decide lo que es importante para él. Esto difiere del modelo médico, en el que el experto decide lo que es bueno para el paciente y luego prescribe un tratamiento que el primero debe seguir.

Nosotros recomendamos un modelo de tratamiento cooperativo, en el que paciente y terapeuta trabajan juntos para hacer realidad los objetivos que el *paciente* elige. Como ya dijimos, el modelo no sólo respeta el derecho del paciente a la autodeterminación sino que además da por sentado que es un experto en su problema y, por lo tanto, es probable que ya tenga soluciones. Como el paciente tendrá que participar activamente para encontrar soluciones y ponerlas en práctica, la manera más prudente de fomentar la autodeterminación e incrementar la eficacia consiste en seguir respetuosamente los objetivos del paciente. Esto ayudará a establecer una relación de trabajo cooperativa, que reduce la frustración y el desgaste del terapeuta y acorta el tratamiento. Además, nuestro pragmatismo clínico indica que en la mayoría de las situaciones el paciente hace, de todos modos, lo que quiere hacer, no importa cuan interesados estemos nosotros en que haga esto o aquello.

Sea cual fuere el objetivo inmediato del paciente, como por ejemplo no separarse de su familia, mantener su empleo o ahorrar dinero, es preciso aceptarlo como buen objetivo. Como ya dijimos, las sugerencias o las tareas que el terapeuta propone al paciente deben entenderse como un medio de alcanzar los objetivos inmediatos *del paciente*.

Ejemplo de caso: El buen padre

Jeff, un policía novato de 37 años de edad, nos fue derivado por el Programa de Asistencia del Empleado debido a un "problema doméstico". La información que recibimos indicaba que este hombre realizaba con frecuencia actividades de alto riesgo, como conducir una motocicleta a gran velocidad y sin casco, sacar el arma de

la repartición policial mientras discutía con su esposa acusándola de infidelidad, y beber excesivamente mientras limpiaba sus armas. Después se supo que durante el último episodio de borrachera se trezó en lucha con su esposa y disparó al techo, errándole apenas a la mujer.

Al negociar los objetivos del tratamiento Jeff se mantuvo en sus trece de que su objetivo era ser un buen padre para su pequeño hijo. Aunque escéptico acerca de su objetivo de llegar a ser un "buen padre" y preguntándose si el paciente no estaba así "minimizando" y "negando" la gravedad de su problema con la bebida y su comportamiento suicida, el terapeuta negoció con Jeff acerca de sus ideas de qué cambiaría en su vida cuando se convirtiera en un "buen padre".

Esta actitud resultó sumamente productiva. Si bien el terapeuta fue inicialmente escéptico respecto del objetivo establecido por Jeff, el paciente mostró persistencia en su adhesión al objetivo de llegar a ser un buen padre. Esto incluía aprender a satisfacer las necesidades de su hijo, participar en los cuidados que necesitaba, ayudar en las tareas del hogar, no beber y enseñarle a su hijo a dirimir los conflictos sin violencia. Las mismas cualidades se aplicaban también a ser un "policía de primera", otro objetivo expresado por el paciente.

Hacer más de lo que funciona

La segunda regla de nuestra filosofía central —"hacer más de lo que funciona"— es una idea simple pero ha tenido una profunda influencia en nuestra manera de trabajar con los pacientes. La premisa que sustenta esta idea es que no hay una manera "correcta" de resolver los problemas, sino que hay que repetir lo que funciona. Esto es consecuencia directa de nuestro profundo respeto por la capacidad del paciente para resolver problemas y de nuestra disposición a aprender de nuestros pacientes.

Esta idea simple puede, sin embargo, ser muy compleja. ¿Qué quiere decir "lo que funciona" y cómo se distingue lo que funciona de lo que no funciona? Eso depende en gran medida de nuestra definición de lo que es "normal" y lo que es "patológico". Otra ventaja de trabajar con el modelo centrado en la solución es que permite establecer un marco para trabajar con diversas significaciones culturales y étnicas alrededor de "lo que funciona".

Esta premisa de hacer más de lo que funciona es una de las ideas simples y de sentido común en que basamos nuestro trabajo. Como en el capítulo 5 se describen muchos de los detalles de cómo implementar estas técnicas de intervención, aquí sólo las enumeraremos como una guía de consulta de estrategias de intervención.

Desencadenar el cambio previo a la sesión

Se estima que el 67% de los pacientes ambulatorios registran algunos cambios "positivos" en el período comprendido entre el momento en que llaman por teléfono para hacer una cita y la primera sesión (Talmon, 1990; Weiner-Davis *et al.*, 1987). Pero lo que es aun más sorprendente es que estos cambios "positivos" se producen siempre en la dirección en que los pacientes pidieron ayuda al acudir a terapia. Empezamos entonces a ver en estos cambios positivos previos una base para posteriores cambios de estilo de vida. Como el paciente ha hecho ya un movimiento en la dirección de sus objetivos de terapia, estos pequeños cambios no deben ser subestimados sino que hay que pensar que sobre ellos será posible edificar otros cambios.

En *Single Session Therapy*, Talmon (1990) no sólo capitaliza y utiliza estos cambios positivos previos a la sesión sino que además adopta el enfoque de que un terapeuta puede desencadenar este proceso natural utilizando una fórmula para la primera sesión que de Shazer describió muy bien (de Shazer, 1985). Durante el llamado telefónico inicial del paciente para hacer una cita, el terapeuta da la siguiente tarea: "Yo le pediría que entre este momento y el momento en que acuda usted a nuestra primera cita, trate de tomar nota de todas las cosas que van bien en su vida y que a usted le gustaría que siguieran así". Se considera que esta conversación telefónica es la primera sesión. Por lo tanto, la primera sesión en persona comienza cuando le preguntamos al paciente qué ha descubierto en su vida que le gustaría que continuara.

Aun cuando no se le hayan formulado preguntas puntuales dirigidas a revelar cambios previos, los pacientes suelen inaugurar sus sesiones con comentarios espontáneos como "Mientras viajaba hacia aquí estuve pensando si realmente debía venir, porque desde que llamé por teléfono las cosas han mejorado mucho". Desde luego, es muy fácil desestimar estos comentarios calificándolos de "huidas hacia la salud", en vez de verlos como un primer paso positivo. Nosotros preferimos esperar el momento oportuno, en el flujo natural de la conversación terapéutica, para pedirle al paciente que nos diga algo más sobre los cambios previos a la sesión. Cuando el terapeuta se concentra en ese aspecto, debe hacer una breve digresión para destacar el cambio, formulando preguntas como: "¿Usted dejó de beber por sus propios medios? ¿Y cómo lo hizo? ¿No le resultó difícil?" Al abordar y analizar el cambio previo se hace más fácil la tarea terapéutica de brindar un elogio, porque es natural elogiar a un paciente que tomó la iniciativa de iniciar el proceso de tratamiento. Esa postura terapéutica mejora la baja autoestima de la mayoría de los

bebedores problemáticos, porque los obliga a modificar su autopercepción: pasan de ser un "inútil" a ser un "pionero del cambio".

Cuando el paciente ha dado algunos pasos positivos hacia el logro de su objetivo, la tarea terapéutica empieza a consistir en controlar y alentar al paciente para que se mantenga en el rumbo elegido, haciendo más de lo que funciona. Constantemente nos sorprenden las maneras infinitamente creativas en que los pacientes resuelven solos sus problemas. Este es uno más de los muchos motivos por los que respetamos la creatividad de los bebedores problemáticos, aun los más crónicos, y su capacidad de discernir lo que es bueno para ellos. Una vez que el paciente genera soluciones, es más fácil incorporarlas a su estilo de vida que si hubieran sido sugeridas por un experto no familiarizado con los detalles de la vida de su paciente. Además, como se trata de su solución, el paciente está mucho más comprometido con el esfuerzo para tener éxito.

Ejemplo de caso: Hacer sin saber

Calvin, un obrero de 29 años, desempleado, que vivía con su madre divorciada, acudió a terapia quejándose de depresión y "accesos de llanto" que lo avergonzaban y preocupaban. Aunque Calvin tenía una vieja historia de drogas y alcohol, inicialmente se mostró más preocupado por su depresión que por su adicción a las drogas.

Cuando le preguntamos qué cambios había notado en su depresión desde que llamó una semana atrás, Calvin dijo que había conseguido un empleo para trabajar en un club de navegación porque estaba cansado de ser pobre; agregó que hacía una semana que no bebía ni se drogaba. Sorprendido por esta demostración de iniciativa, el terapeuta decidió insistir en este cambio previo.

TERAPEUTA: Digamos que en una escala de 1 a 10, 10 representa cómo quiere usted que sea su vida al final de la terapia y 1 significa el peor momento de su vida hasta ahora. ¿Dónde diría usted que se encuentra hoy?

PACIENTE: YO diría que hoy estoy más o menos en 4.

T.: ¡Vaya! Es un gran cambio en tan poco tiempo. ¿Qué cree que hizo para avanzar hasta 4?

P.: Me miré bien a mí mismo y decidí que no quería más esta clase de vida.

T.: ¿Qué cree que fue diferente en usted esta vez para que pudiera pensar eso?

P.: Bueno, tengo 29 años, pronto cumpliré 30, y no tengo nada de qué enorgullecerme en la vida.

T.: Parece que la proximidad de los 30 años le hizo ver las cosas de otro modo. ¿Y qué tendría que hacer para realizar eso, para seguir adelante por ese camino?

P.: Bueno, precisamente... Sé que va a ser duro.

T.: ¿Qué supone que diría su madre que tiene usted que hacer para seguir avanzando?

P.: Ella dirá que lo principal es la bebida. Esa es mi desgracia.

T.: Entonces, ¿cómo se las arregló para no beber durante una semana entera?

Cuando hay un cambio previo claramente identificado, la tarea terapéutica consiste en ayudar al paciente a persistir en su recién descubierto camino de mantenerse sobrio. Las posteriores sesiones con Calvin estuvieron centradas en revisiones de cómo él se las arregló para permanecer sobrio, y de los nuevos métodos que fue creando para mantenerse en ese camino. Cada nuevo problema, cada nueva preocupación que Calvin llevaba a las sesiones —su depresión, su necesidad de socializarse más, su deseo de ahorrar algo de dinero—, todo era tratado de manera similar, hasta que Calvin se sintió capaz de seguir progresando por su cuenta.

Buscar las excepciones

Hace varios años que el equipo del CTFB investiga las excepciones a los problemas (de Shazer, 1985, 1988, 1991), y ha llegado a la conclusión de que esas excepciones pueden agruparse en dos tipos: deliberadas y casuales. Las *excepciones deliberadas* son aquellas soluciones que los pacientes ponen en práctica y que son capaces de describir detalladamente.

Prestar atención a los detalles de las excepciones es importante, porque si el paciente puede identificar los pasos que tiene que dar, será capaz de repetirlos, creando así una pauta, un patrón para la solución. Lo que sigue es un ejemplo típico de una conversación en la que se destaca una excepción deliberada (el paciente es Calvin, del ejemplo anterior):

TERAPEUTA: Entonces, ¿cómo se las arregló para no beber durante una semana entera?

PACIENTE: ES sólo una semana. Lo he hecho muchas veces. Puedo pasar un mes, y hasta dos, sin beber.

T.: Es asombroso. ¿Cómo lo hace? ¿Es difícil?

P.: Bueno, le diré, cuando uno se decide, deja de pensar en el asunto.

T.: ¿Quiere decir que no tiene que luchar todos los minutos del día?

P.: Sí, eso, yo podría, si quisiera. Pero, sabe, lo mejor es distraerse, no pensar en eso, mantenerse ocupado.

T.: Entonces, dígame, ¿cómo se las arregló una semana entera esta vez?

P.: Me aferré al pensamiento positivo. Rezar, por ejemplo, es bueno. Ir a AA también ayuda. Además, he estado realmente ocupado. Cuando me siento productivo, no necesito beber.

Por medio de esta investigación el paciente llega a darse cuenta de que se las ha arreglado para mantenerse sobrio una semana íntegra. Por otra parte, más importante que el período relativamente breve de sobriedad es su descubrimiento de cómo se mantuvo sobrio. Si el terapeuta no hubiera pedido los detalles, este paciente probablemente no habría pensado en lo que realmente hizo para mantenerse sobrio ni le hubiera asignado ninguna importancia. A medida que el paciente toma conciencia de sus propias estrategias, como mantenerse ocupado, ir a AA, no pensar en la bebida como una opción, etc., descubre que está elaborando métodos muy eficaces para mantenerse sobrio.

Ejemplo de caso: ¿Cómo lo hace?

Mark, un activo y ambicioso joven de poco menos de 30 años, estaba preocupado por su manera de beber. Informó que él y su novia, a la que amaba mucho y con quien esperaba casarse algún día, reñían con frecuencia por ese tema. Cuando se conocieron y empezaron a salir juntos, ella bebía, pero después dejó de hacerlo y se ponía muy nerviosa cuando Mark tomaba; "se ha tranquilizado", está "domesticada", dijo éste. Por la descripción de su patrón de comportamiento con la bebida, el terapeuta concordó con la opinión de la joven de que Mark debía hacer algo al respecto.

La descripción detallada de la manera de beber de Mark reveló que sólo bebía en exceso los fines de semana; y aun entonces, sólo cuando él y su novia salían "de parranda" con amigos. Después de cada borrachera del joven, la pareja reñía y cada uno amenazaba con dejar al otro. Como acababa de iniciarse en el negocio de bienes raíces, Mark asistía con frecuencia a reuniones sociales. Cuando él y su novia estaban juntos en casa o salían a cenar solos Mark bebía moderadamente: a lo sumo un par de copas. Su descripción ya indicaba la existencia de excepciones. El terapeuta decidió investigar más a fondo la pauta de abstinencia de Mark.

Sabiendo que estar en el negocio inmobiliario significa trabajar los fines de semana, el terapeuta le preguntó a Mark cómo estaba cuando tenía que trabajar en sábado o domingo. Mark informó que cuando estaba "de guardia" los fines de semana nunca se emborrachaba, ni siquiera en esas "fiestas salvajes" con bebida libre. Sorprendido al oír esto, el terapeuta le preguntó cómo hacía para no beber en esas ocasiones. Mark explicó, con aire muy serio, que era muy importante que él triunfara en su nueva aventura comercial y que no quería correr el riesgo de endeudarse y perder credibilidad en el campo del negocio inmobiliario. Por lo tanto, cuando estaba "en servicio" o cuando tenía una presentación importante ante un cliente potencial un día lunes, no bebía una gota el fin de semana. El terapeuta siguió preguntando qué exactamente era lo que él hacía para mantenerse sobrio en esas ocasiones. Mark enumeró: sólo bebía gaseosas, se mantenía cerca de su novia, trataba de asistir a las reuniones sociales en un estado mental relajado.

La intervención terapéutica con Mark se centró primero en que él mejorara su percepción de su capacidad de controlar sus comportamientos vinculados con el hecho de mantenerse sobrio; y luego, en lo que necesitaba hacer para repetir estos comportamientos de abstinencia en otras fiestas.

Ejemplo de caso: Excepciones deliberadas en la carretera

Jim, un camionero de larga distancia, de poco más de 40 años, requirió atención de emergencia inmediatamente después de un violento estallido de ira, durante el cual golpeó a su esposa, que debió ser internada en un hospital. Sentía remordimientos por su problema de toda la vida: no podía controlar su carácter irascible. Ello hacía que estuviera siempre riñendo con alguien o protagonizando alguna pelea. En cierta ocasión, durante una de esas riñas, estuvo a punto de matar a una persona. Sus accesos de cólera empeoraban cuando bebía, aunque también le acometían estando sobrio.

Al terapeuta le intrigó pensar cómo el iracundo temperamento de Jim afectaría su comportamiento en la carretera, ya que solía realizar viajes prolongados, de entre cinco y treinta días de duración, afrontando el tránsito y las diversas condiciones del clima. Jim informó que controlar su mal carácter y también su bebida mientras estaba "en servicio" le resultaba fácil, porque en esa circunstancia enojarse no era una opción para él. De hecho, en sus doce años de camionero nunca había tenido un accidente; y además, había recibido distinciones por su seguridad en

la ruta. Descubrimos también otra excepción: la relación con sus hijos, de cinco y siete años. Era evidente que los quería mucho y jamás había habido un episodio de violencia con ellos, lo que era un indicio más de un notable grado de comportamiento responsable.

El terapeuta dijo que reconocía que esos largos períodos conduciendo el camión debían ser sumamente tensionantes y aburridos y expresó su sorpresa y su curiosidad por saber cómo explicaría Jim las diferencias que había en él mismo entre las ocasiones en que estaba "en la ruta" y "fuera de la ruta". Sin vacilar, Jim respondió que la principal diferencia era que estar "en servicio" y ser responsable por el costoso camión y su carga le permitía desentenderse de la estupidez de los otros conductores; y que la idea de beber ni le cruzaba por la cabeza. Todavía incrédulo acerca de este notable grado de autocontrol, el terapeuta investigó más a fondo cómo entendía Jim esas diferencias. El hombre declaró que necesitaba su empleo para poder mantener a su familia, particularmente a sus dos hijos, a los que amaba profundamente. Por lo tanto, se controlaba muchísimo con los otros conductores, que muchas veces lo irritaban. Y en cuanto a la bebida, ni siquiera sentía la tentación de beber, porque hacerlo habría sido arriesgar su empleo. En cuanto a los niños, no lo hacían enojar porque a él siempre lo que hacían le parecía gracioso y no molesto.

Estos dos casos son claros ejemplos de excepciones deliberadas. Como ambos pacientes ya habían desarrollado por su cuenta estrategias eficaces que funcionaban notablemente bien, el terapeuta necesitaba apoyarlos y alentarlos a "hacer más" de lo que funcionaba y a ampliar las excepciones que habían identificado.

Al final de la sesión se elogió a Mark por haber dedicado tiempo a asistir a la cita para hacer algo que era bueno para él. Se señaló que era evidente que él valoraba su relación con su novia y que su intención de tener éxito en su nuevo campo de trabajo era importante para él. También se lo elogió por haber establecido claramente sus prioridades: su intenso deseo de triunfar en los negocios y en su relación personal. Como decidimos que nuestra relación era de tipo comprador, le sugerimos que en la siguiente semana continuara haciendo lo que le parecía que funcionaba para él; y también que "registrara toda otra manera de mantener a la bebida bajo control". Después acordamos que volvería una semana más tarde. Cuando volvió con información sobre las nuevas y diversas maneras que había descubierto de controlar su comportamiento en las reuniones sociales, la terminación del tratamiento se produjo rápidamente.

Jim, el segundo paciente, fue felicitado por su decisión de buscar ayuda terapéutica, lo que fue un indicio externo de que había reconocido la existencia de un grave problema vinculado con su carácter iracundo y su afición a la bebida. Además, el terapeuta se declaró sorprendido por su capacidad de seguir resuelto a ser un buen "hombre de familia" y por haber merecido un premio como "excelente camionero". Todo demostraba que desempeñarse bien como padre y hombre de familia era importante para él. El siguiente movimiento terapéutico consistió en ampliar su definición de lo que era estar "en servicio", aplicándola también a la vida en el hogar. Cuando el paciente volvió con una impresionante lista de estrategias, el terapeuta y él estudiaron cada ítem y analizaron lo que él necesitaba hacer para transferirlas a su "servicio" en el hogar. El caso terminó en cuatro sesiones.

Las *excepciones casuales* son aquellos casos en que el paciente informa sobre excepciones obvias a su hábito de beber, pero es incapaz de describir los pasos que dio para producirlas. Desde su punto de vista, parecería que estos sucesos se produjeran espontáneamente: de pronto, y de un modo misterioso, el paciente no bebe. Con frecuencia el paciente atribuye su abstinencia al azar: no tuvo dinero para beber, o se encontraba en una situación poco propicia para beber. Las personas de este tipo no sólo se ven como carentes de control sobre la bebida, sino que además piensan que no tienen la menor idea de cómo pudieron suspender o disminuir su consumo de alcohol.

Un paciente así no se considera responsable por las excepciones a su bebida; y por lo tanto, niega también su responsabilidad por beber. A ese paciente es preciso ayudarlo a reconocer que se las arregla para no beber por su propia iniciativa y que, en consecuencia, puede convertir los episodios casuales en episodios deliberados. El paciente necesita la ayuda de un terapeuta para descubrir que posee un importante grado de control sobre su bebida, y que ese control constituye un primer paso hacia la asunción de toda la responsabilidad por su problema con el alcohol. Este método le adjudica al paciente la responsabilidad por beber y por no beber.

Ejemplo de caso: Sólo en días hábiles

Gail, de unos 35 años, acudió a terapia quejándose de depresión. Ella no sabía exactamente qué era lo que la causaba y sólo podía describirla de modo general, diciendo que su vida no iba muy bien, que las cosas no estaban saliendo como ella deseaba. Después precisó algo más sus quejas. No estaba satisfecha con su situación laboral, que parecía haber llegado a un punto muerto. Se había esforzado mucho por terminar sus estudios en el *college*, creyendo que eso le garantizaría realización y felicidad, pero no había sido así. Sus relaciones con hombres iban

"así, así". La vida no era como ella había pensado que sería, y se sentía decepcionada y escéptica respecto de su futuro.

Cuando el terapeuta le preguntó a Gail cómo enfrentaba esa situación ella respondió: "No demasiado bien". De hecho, agregó, estaba preocupada porque le parecía que estaba bebiendo mucho. En su familia de origen había una larga historia de problemas con el alcohol, y Gail —preocupada por su tendencia a beber cuando estaba deprimida— se preguntaba si ella también tendría ese problema.

Al examinar más a fondo su depresión y su manera de beber se hizo evidente que las quejas de Gail eran vagas y confusas. Tampoco tenía muy en claro la conexión entre su depresión y su manera de beber. Como no estaba demasiado dispuesta a ver que el problema era la bebida, el terapeuta le preguntó si en algunas ocasiones se las arreglaba para no beber, aun cuando su vida anduviera "así, así". Gail respondió que había muchas ocasiones en las que ella no bebía, aunque su vida no anduviera bien. Por ejemplo, la semana anterior había asistido a una reunión social donde se bebía bastante, y no había probado una gota de alcohol. Por otra parte, en una fiesta de la oficina meses atrás se había puesto en ridículo y al día siguiente tuvo vergüenza de enfrentar a sus colegas en el trabajo. En líneas generales Gail tenía una idea muy vaga de la diferencia que había entre sus días con bebida y sin bebida.

Era necesario que el terapeuta ayudara a Gail a formular sus objetivos con más claridad, que la ayudara a esclarecer la fuente de su vaga insatisfacción y a percibir las características de las excepciones. Al finalizar la primera sesión el terapeuta hizo los siguientes comentarios.

"Evidentemente, venir hoy aquí no fue fácil para usted pero a mí me alegra que haya decidido empezar a hacer algo bueno para usted, es decir, algo relacionado con su depresión y con la bebida. Un indicio positivo es que hay días en los que usted pierde el interés por beber; pero no está claro, en cambio, cuál es la relación entre la depresión y la bebida. Todavía es un misterio que usted pueda tener días buenos y días malos sin que exista una clara conexión con otras partes de su vida. Yo creo que sería bueno para ambos que supiéramos algo más acerca de sus días sin bebida. Por lo tanto, durante la próxima semana sería conveniente que llevara usted un registro de todas las cosas que hace cuando se encuentra en una situación propensa a la bebida pero no bebe. Lleve un diario detallado de lo que hace usted en lugar de beber. La próxima vez que nos reunamos lo analizaremos."

Gail volvió con una impresionante lista de detallada información acerca de su comportamiento los días en que no bebía. Por lo tanto, lo que al principio pareció ser un episodio casuístico de abstinencia se convirtió en una excepción deliberada, que el paciente podía ya repetir, dado que había llegado a saber qué pasos debía dar para lograrlo. Cuando llevó el diario de sus días, la paciente descubrió que su depresión estaba vinculada con sus días de bebida. Así, se dio cuenta de que tenía que poner en práctica más excepciones deliberadas, a fin de alcanzar su objetivo de controlar la depresión.

Como en el capítulo 5 hay una detallada exposición de nuestra idea de que la entrevista es el camino para encontrar soluciones, nos limitaremos aquí a recordarle al lector que la entrevista ofrece infinitas oportunidades para influir sobre las decisiones del paciente acerca de su futuro, su autopercepción y su influencia sobre lo que lo rodea.

A continuación se incluyen varias estrategias de entrevista para el terapeuta que considera que la conversación con el paciente es una intervención.

La mayoría de los pacientes que abusan del alcohol son muy sensibles a las opiniones de los otros sobre ellos, aunque inicialmente puedan minimizar ese hecho. La percepción que el paciente tiene de los otros en su vida se vuelve real para él y la índole de sus interacciones con quienes lo rodean se basa en estas percepciones. Lo que vemos influye sobre lo que creemos; y lo que creemos influye sobre lo que hacemos con quienes nos rodean. Esto, a su vez, influye sobre la manera en que los otros se comportan con nosotros, lo que a su vez afecta lo que vemos (Mead, 1934). Este rizo de interacciones es un dato importante, que los pacientes usan para construir y modificar lo que es real para ellos (Watzlawick, 1984). Por lo tanto, es prudente que el terapeuta ayude al paciente no sólo a reconocer su percepción de las percepciones que los otros tienen de él sino también a ver esto como una fuente potencial de mejoramiento de su interacción con sus otros significativos.

He aquí algunos ejemplos de preguntas que el terapeuta podría hacerle al paciente con miras a encontrar excepciones:

TERAPEUTA: ¿Quiere decir que no bebió durante dos años? ¿Cómo lo hizo, con todas las peleas que tuvo en su vida?

PACIENTE: NO fue una gran hazaña. Decidí que ya estaba cansado de todo eso.

T.: ¿Cómo supone usted que lo hizo, quiero decir, eso de no beber?

P.: No fue tan difícil. Tuve que ponerme a prueba para saber si podía o no podía. Y descubrí que puedo.

T.: Si yo le preguntara a su esposa, ¿qué supone que diría ella que usted tuvo que hacer para dejar de beber en esos días?

P.: Supongo que diría que no fue fácil. Fue un lío, verdaderamente. Ella me ayudó muchísimo. Traté de estar siempre ocupado, me aparté de mis amigos bebedores, trabajé mucho. Empecé a sentirme mucho mejor de salud. Me gustó hacer ejercicio, andar al aire libre. Comía mejor y hasta dejé de fumar por un tiempo.

T.: ¿Qué supone que su esposa diría que había de diferente en usted en aquella época?

P.: Probablemente diría que yo estaba más tranquilo, a lo mejor más seguro de mí mismo. Yo pasaba más tiempo con los niños.

T.: ¿Qué supone que ella diría que fue diferente en la relación de ustedes dos durante ese período?

P.: Diría que ella dejó de estar enojada, que nos llevábamos mucho mejor.

T.: ¿Qué supone que ella diría que usted tendría que hacer para volver a aquellos buenos tiempos?

P.: En realidad, nada. Lo único que tengo que hacer es querer. Ya lo hice durante dos años.

T.: ¿Qué supone que ella diría que usted tendría que hacer para volver a aquellos buenos tiempos?

P.: Tendré que levantarme temprano y salir a correr. Si les digo a mis hijos que estaré en casa a cierta hora, estaré. Yo odiaba que mi padre me decepcionara, y me prometí a mí mismo que cuando tuviera hijos siempre cumpliría lo que les prometiera.

T.: Ser un buen padre significa mucho para usted, ¿no es así?

P.: Claro, porque ellos me necesitan. Son tan pequeños y tan indefensos. Ahora yo soy su héroe. Sé que no durará, pero se lo juro, quiero disfrutarlo mientras pueda.

T.: Ya sé que sus hijos no serían capaces de expresarlo con palabras, pero si pudieran, ¿qué supone que dirían que había de diferente en usted durante aquellos dos años en que dejó de beber?

P.: Probablemente dirían que yo llegaba a casa temprano, estaba contento y estaba feliz de estar con ellos, tenía más confianza en mí mismo y ellos no me tenían miedo.

T.: ¿Qué supone que sus hijos dirían que había de diferente en ellos cuando usted no bebía?

P.: Supongo que dirían que todos estábamos más tranquilos. Ellos también estaban más tranquilos. Y ahora que lo pienso, les iba mejor en la escuela. ¿Sabe una cosa? Creo que yo tendría que dejar de beber del todo. Ya lo hice, dos años, puedo hacerlo de nuevo.

T.: Entonces, ¿cuál cree que es el primer paso que tiene que dar para dejar de beber?

P.: Dejaré de beber y punto, así nomás. Yo sé lo que tengo que hacer.

T.: ¿Y cuál será la primera señal para su esposa de que usted volvió a dejar de beber?

Formular preguntas vinculadas con la percepción que el paciente tiene de las percepciones que los otros tienen de él genera muchas ideas útiles acerca de cómo resolver los problemas. Este paciente se dio cuenta, al tener que contestar estas preguntas, de cómo lo veían su esposa y sus hijos durante el periodo en que se mantuvo sobrio; y también percibió el efecto que eso tuvo sobre ellos. Como el paciente está principalmente preocupado consigo mismo, muchas veces se sorprende y se alarma al descubrir que en su vida hay otras personas que son afectadas por su problema con el alcohol. Nosotros creemos que este método es mucho más poderoso y eficaz que la confrontación o el sermón.

Mirar al futuro: después del milagro

En esta adaptación de la técnica de la "bola de cristal" basada en el trabajo de Milton Erickson (Rossi, 1980) y adaptada y ampliada por de Shazer (1985), se ponen en práctica ciertas soluciones derivadas de la "pregunta por el milagro". Los resultados son muchas veces sorprendentes, como lo muestra la siguiente conversación.

Ejemplo de caso: Milagro para la familia

TERAPEUTA: ¿Qué notará usted de diferente, algo que le indique que ese milagro se ha producido?

PACIENTE: ¡Vaya! No sé, no estoy seguro. Supongo que lo primero que notare será que mi vida es alegre. Mmmm... podría decirle buenos días" a ella, nos abrazamos y conversamos sobre las cosas que tenemos que hacer durante el día. Yo me levanto y les doy el desayuno a los niños, así mi esposa tiene tiempo para levantarse tranquila. Después salgo para mi trabajo. El verdadero milagro sucederá por la mañana. Después volveré a casa temprano y los niños y yo jugaremos mientras esperamos la cena.

T.: ¿Y qué supone que su esposa diría que nota de diferente en usted este día del milagro?

P.: No sé, pero probablemente diría que volveré a casa sobrio, temprano, de buen talante.

T.: Supongamos que vuelve directamente a casa, sobrio. ¿Qué supone que ella haría de diferente, algo que ahora no hace?

P.: Probablemente al principio se sorprendería, pero creo que estaría feliz de verme volver de buen talante. Yo no hago eso con frecuencia, ¿sabe?

T.: ¿Qué supone que los niños notarían de diferente en usted ese día del milagro?

P.: Lo primero que los niños notarían, creo, sería que ya no peleamos. Yo estaré tranquilo y mi mujer y yo nos llevaremos bien y ya no nos odiamos.

T.: ¿Qué supone que es lo primero que usted tiene que hacer para tener un día del milagro?

Esta última pregunta da por sentado que el paciente se movilizará para hacer realidad su "día del milagro". En el proceso de contestar a esta pregunta el paciente se compromete en observar su propio comportamiento futuro, asumiendo con ello la responsabilidad de iniciar esa buena interacción.

Al preguntar "¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo un día como éste?" el terapeuta dirige al paciente a revisar sus éxitos y sus excepciones del pasado respecto de su bebida, alterando así levemente su autopercepción, que hasta ese momento es que nunca tuvo un día bueno. Esta pregunta implica que el paciente *tuvo* un período bueno pero que de algún modo olvidó ese éxito. Si se la formula bien, la pregunta implica: "¿Qué tiene usted que hacer para recuperar ese período bueno?"

Cuando el terapeuta pregunta "¿Qué cree que diría su esposa que tendrá que hacer la familia para que haya un día del milagro?", el foco se coloca en la familia en su conjunto; y como la descripción que el paciente hizo del milagro incluía a la familia, se trata de una alternativa viable. Por lo tanto, es conveniente preguntar así cuando la evaluación en curso indica que el paciente valora su matrimonio y cuando su esposa es una fuente importante de apoyo.

Cada una de estas tres preguntas posibles conducirá a un camino diferente. La decisión del terapeuta respecto de cuál camino tomar y cuál ignorar dependerá en gran medida de su intuición clínica, de la organización del tiempo y de otras claves para adaptarse a cada paciente.

Cuando el paciente tiene una imagen clara, concreta y detallada de cómo será su comportamiento después de que el problema haya quedado resuelto; y cuando además la relación paciente-terapeuta es del tipo comprador, el terapeuta puede sugerirle al paciente que "simule que ha ocurrido un milagro mientras usted estaba durmiendo y que el problema que lo trajo aquí está resuelto". Esto se hace después del elogio y de la declaración puente que le brinda al paciente una explicación para las directivas que seguirán.

Otro elemento importante a agregar a esta sugerencia es indicarle al paciente que "observe qué diferencias produce esto en su vida y vuelva para contárnoslo". Adviértase que esta pregunta indica que las futuras sesiones no se centrarán en la "simulación" del paciente de que ha sucedido un milagro sino en *"la diferencia que eso hace"* en su vida.

Muchos observadores de nuestro trabajo quedan sorprendidos al ver los notables cambios que esta tarea produce. Los pacientes registran más excepciones deliberadas a su comportamiento problemático y, además, gracias a este ejercicio pueden rastrearlas en el pasado y registrarlas detalladamente.

Durante las sesiones subsiguientes se sigue ayudando a los pacientes a observar todos los cambios que iniciaron y sus resultados positivos. El comentario más frecuente que hacen los pacientes es que al tener en la cabeza la imagen del milagro pueden concentrarse más en lo que tienen que hacer. Claramente esto favorece la autoestima positiva y fomenta el sentido de confianza en su capacidad para controlar su problema con la bebida.

Cuando ya nada funciona haga algo diferente

Desde luego, también hay excepciones a las excepciones. Todos los terapeutas están familiarizados con aquellas situaciones en las que el paciente no es capaz de imaginar el milagro o no quiere hacerlo; en las que no hay ninguna excepción útil sobre la cual empezar a edificar algo, o en las que no existe cambio previo que repetir. En esas circunstancias es preciso que paciente y terapeuta *hagan algo diferente*.

A continuación se dan algunos ejemplos de intervenciones centradas en la solución que utilizan diferentes estrategias que probablemente incrementarán las posibilidades de éxito.

Estos enfoques amables y humanos favorecen la posibilidad de que el paciente alcance esos pequeños éxitos que tan desesperadamente necesita. El resultado es que el tratamiento se hace más breve y, lo que es aun más importante, que el paciente asume toda la responsabilidad por su propio tratamiento.

Observe y registre lo que hace cuando logra superar el intenso deseo de beber

Con este método la expresividad del terapeuta es decisiva: por la mera inflexión de la voz da por sentado que el paciente *hará* algo positivo *cuando* supere el impulso de beber. El terapeuta no dice "si" sino "*cuando*", como si se tratase de un acontecimiento completamente natural y previsible que sólo requiere cierto control. Esta manera de suscitar una sugestión refleja el supuesto, subyacente al modelo, de que el paciente sabe lo que es bueno para él.

Esta intervención tiene una fuerte influencia del campo de la hipnoterapia. La intención al suscitar esa sugestión es concentrar la atención del paciente en ciertas actividades exitosas en las que ya estuvo comprometido sin darse cuenta, destacando así las estrategias de éxito para su vida, en vez de los comportamientos problemáticos. Cuando se la realiza de una manera adecuada, esta tarea le transmite al paciente la impresión de que el terapeuta confía en que él tendrá éxito y alcanzará su objetivo.

Observe y registre lo que va bien en su vida

Usada primero como una "fórmula para la tarea de la primera sesión" (de Shazer, 1985), la sugestión fue una de las numerosas intervenciones que fueron abriendo el camino para la evolución del modelo centrado en la solución. He aquí un ejemplo de la manera en que nosotros adaptamos esta tarea, convirtiéndola en un mensaje.

"Evidentemente, usted tiene que resolver un problema muy complejo y difícil. Nosotros estamos empezando a captar las complejidades de todas las cuestiones relacionadas con su problema de bebida y quisiéramos hacerle una sugerencia. Esto nos ayudaría a comprender un poco mejor sus problemas. Ya nos hemos hecho una idea bastante aproximada de cuál debe ser el problema, pero para tener una visión más completa necesitamos comprender la parte que nos falta. Entonces, queremos que observe y registre lo que va bien en su vida, lo que le gustaría que sucediera una y otra vez entre este momento y la próxima vez que nos veamos. Haga una lista de lo que observe y guárdela. No comente esto con su familia."

Esta tarea está dirigida a generar una concisa "lista de éxitos". Como la mayoría de los pacientes están más preocupados por su "lista de obligaciones", y hasta abrumados por ella, nosotros preferimos que hagan un inventario de éxitos, concentrándose en la imagen del futuro. Nótese la verbalización de la tarea. La sugerencia está destinada a concentrar el foco de la atención del paciente en los aspectos buenos de su vida que se producirán entre la entrevista en curso y la siguiente. Al no hacer referencia al pasado (de Shazer, 1985), el terapeuta da a entender que todo el énfasis está puesto en el futuro.

Esta tarea es particularmente aplicable a situaciones en las que el paciente tiene múltiples problemas y es incapaz de concentrarse en un objetivo realista y razonable. Otra situación clínica que se presta muy bien a esta tarea es cuando el paciente se siente acosado desde múltiples fuentes, que le exigen que cambie "o se atenga a las consecuencias". La directiva que se da al final de este mensaje —no comentar la tarea con otras personas— favorece el establecimiento de una pauta nueva y diferente de interacción con los otros significativos, aumentando así las posibilidades de éxito. Todo esto está destinado a poner punto final a las pautas de interacción improductivas.

Esta tarea puede ser fácilmente modificada para adaptarla a los acuciantes problemas del momento. Por ejemplo: si el paciente presenta como urgencia inmediata los accesos de ira, y el objetivo inmediato es resolver ese problema, el terapeuta puede sugerir que *observe y registre lo que va bien en su vida cuando logra controlar su temperamento iracundo*. Aquí se da por sentado que el acceso de ira sucederá; y la tarea del paciente para resolver ese problema es observar y registrar todas las cosas que hace cuando su vida va bien. La acción de advertir y registrar todas las cosas vinculadas con no perder los estribos sirve para realzar los éxitos del paciente e indica qué es aquello de lo que él necesita "hacer más".

Escisión entre el terapeuta y el equipo

Imaginemos una situación clínica en la que una pareja se encuentra aprisionada en un dilema: ¿quién debe cambiar primero?, ¿el marido debe dejar de beber o la esposa debe dejar de regañarlo? O un caso en el que los padres le exigen a su hijo adolescente que demuestre su responsabilidad antes de permitirle usar el automóvil de la familia, mientras que el joven afirma que la falta de confianza de sus padres le quita toda motivación y lo lleva a pensar: "¿De qué me sirve esforzarme si no puedo convencerlos?" Imagínese una esposa no bebedora aprisionada en el dilema planteado por dos opciones igualmente atractivas y repulsivas: terminar con el matrimonio y arriesgarse a afrontar el futuro sola; o seguir casada con el bebedor problemático y enfrentar una vida con él igualmente impredecible. Los pacientes que se enfrentan con dos razones igualmente exigentes para hacer una elección del tipo

"o/o" y, como consecuencia, son incapaces de tomar una decisión, se presentan con mucha frecuencia en el tratamiento de la bebida problemática.

Estas situaciones brindan a los terapeutas numerosas oportunidades clínicas para actuar como arbitro, mediador o juez. En esa situación el terapeuta se siente tentado de convertirse en el experto y pronunciar el juicio final sobre los diversos dilemas presentados por los pacientes. Y, por supuesto, la experiencia demuestra que ceder a tales demandas o tentaciones es el movimiento más antiterapéutico que un terapeuta puede hacer, para no hablar de que también es el más frustrante, porque responder de esa manera nunca funciona. Sin embargo, cuando nos enfrentamos con las luchas y los dolores que el paciente debe soportar, especialmente cuando al terapeuta la solución le parece simple y obvia, es fácil entender que el profesional pueda dar consejos. Confesamos que no somos una excepción a esta trampa clínica y que hemos cometido nuestra buena dosis de errores. Además, en la consulta y supervisión de "casos difíciles" hemos estudiado muchos errores de ese tipo. Cuando nos enfrentamos con esas situaciones clínicas encontramos muy útil el siguiente método para presentar y reflejar el dilema del paciente. Por otra parte, este método le da a entender al paciente que sus luchas y sus frustraciones son comprensibles, teniendo en cuenta las difícilísimas circunstancias por las que atraviesa. Al reflejar y destacar el dilema y la ambivalencia con la que el paciente lucha, el terapeuta afirma —concordando así con el paciente— que la solución es difícil de hallar y de poner en práctica.

El terapeuta y el equipo toman posiciones opuestas respecto del dilema. Pero es preciso que esta polarización entre ambos sea presentada al paciente honestamente, como lo demuestra el siguiente ejemplo.

Ejemplo de caso: Doble escisión entre el terapeuta y el equipo

Una pareja joven acudió a terapia. Ambos expresaron el deseo de dejar de beber. A los dos les gustaba enormemente el gusto del alcohol y les resultaba difícil limitar su bebida. La consecuencia era que muchas veces protagonizaban episodios de violencia. Los sentimientos de privación y la antigua tensión en la relación debida a una fuerte competencia eran un elemento más de enfrentamiento: cada uno exigía que el otro dejara de beber primero. La pareja informó que cada vez que uno de ellos dejaba de beber el otro bebía más, sabotando así el esfuerzo del primero. Poco tiempo después se encontraban con que habían vuelto a su pauta habitual de bebida. La sensación de fracaso y el sentimiento de traición aumentaban la dificultad. No obstante, ambos estaban de acuerdo en que vivir en un ambiente libre de alcohol mejoraría mucho su salud y su matrimonio y, seguramente, contribuiría a que se decidieran a formar una familia. La pareja no podía decidir quién debía dejar de beber primero, pero cada uno estaba igualmente preocupado por la bebida del otro e interpretaba que si el otro era capaz de iniciar un estilo de vida sano estaría demostrando su compromiso con la relación. Ni la exploración de excepciones ni una imagen del milagro produjeron claves útiles para el terapeuta. Entonces, después de una reunión con el equipo, el terapeuta se comunicó con los pacientes del siguiente modo.

"El equipo y yo estamos muy impresionados por su fuerte deseo de continuar con sus esfuerzos, pese a su prolongada lucha por mantener un estilo de vida sano. Nos damos cuenta de que reemplazar su 'mal hábito' por un estilo de vida sano será algo bueno no sólo para su salud individual sino también para la relación. Claramente, la discrepancia que hay entre ustedes acerca de quién debe dejar primero es resultado de su preocupación y cariño por el otro. Sin embargo, el equipo y yo hemos discrepado sobre quién empezará primero la sobriedad. El equipo pensó que usted, Tom, tomará la posición de liderazgo y empezará su vida sana, no sólo por su bien sino también por el de Darlene, como una manera de demostrarle cuánto se preocupa por ella y por su futuro juntos. Pero yo pienso que Darlene debe iniciar la sobriedad primero, como una manera de demostrar su compromiso con Tom. No pudimos ponernos de acuerdo. Por lo tanto, quisiéramos que ustedes reflexionen sobre esto y vuelvan la próxima semana y nos digan quién decidió demostrar un compromiso más fuerte adhiriendo primero al estilo de vida sano."

Para la mayoría de los terapeutas es una pesadilla tratar a parejas que dedican sus mejores energías a competir acerca de quién "tiene razón" o está "más comprometido". Cuando el terapeuta trata de mediar en ese tema para decidir quién tiene razón y quién está equivocado, la situación se vuelve desesperada, para él y para los pacientes. La tentación inmediata es ver a los miembros de la pareja separadamente, desde el falso punto de vista de que lo que hay que resolver son sus problemas individuales de personalidad, y no la interacción dentro de la relación. Cuando el terapeuta trata a parejas así por separado, invariablemente se ve obligado a tomar partido en las luchas competitivas de ambos, lo que produce una escalada de dificultad en una situación ya difícil. Si se comete ese error, el "triunfo" de una de las partes en la lucha competitiva es sólo una victoria vacía. Mucho más provechoso es tratar a la pareja en conjunto y sacar a la luz su dilema usando la intervención del equipo dividido en dos o en tres. Esto

dirige su energía competitiva en la dirección positiva de quién hará más para construir la relación, de modo tal que ambos puedan "triunfar". Esta división entre terapeuta y equipo se usa con éxito cuando la relación terapeuta-paciente cae en la categoría de demandante, porque el mensaje ofrece la posibilidad de modificar la visión que el paciente tiene del problema.

En algunos casos la división del equipo en dos partes no es suficiente. Como el propósito de la mayoría de las sugerencias terapéuticas es incrementar las opciones o caminos hacia la solución y mejorar la competencia y la libertad de elección del paciente, muchas veces la división en tres ofrece más oportunidades y posibilidades. Lo que sigue es una buena demostración de que esta intervención puede ser una herramienta útil.

Ejemplo de caso: La triple división

Carey llevó a su esposo, Kevin, a terapia con la esperanza de que el terapeuta le ayudara a convencerlo de que debía concurrir a AA. Ella estaba convencida de que ésa sería para él la única manera posible de dejar de beber, porque ella misma lo había logrado así. Carey informó que Alcohólicos Anónimos le había salvado la vida y que, además, allí había llegado a conocerse a sí misma. Por lo tanto, afirmaba, no descansaría hasta conseguir convencer a Kevin de que asistiera a las reuniones. Pero Kevin era igualmente intransigente respecto de hacerlo. Argumentaba que cada uno de ellos tenía derecho de elegir el método que usaría para llegar a la sobriedad, y que Carey debía respetar su decisión de no acudir a AA. Desde luego, estaba de acuerdo con Carey en que ir a AA había sido bueno para ella y para el matrimonio; no obstante, y a pesar de lo que pudieran decir, él no iría allí. Además contó que lo habían "obligado" a ir a un par de esas sesiones y que eso había bastado para convencerlo de que AA no era el lugar adecuado para él.

Quería, sí, asistir a la terapia y conseguir ayuda para su problema con la bebida, con el objetivo de moderar su consumo de alcohol. Reiteró que mientras más "ella lo regañaba" o insistía en que debía abstenerse de beber, más rebelde y obstinado se ponía él y más bebía. Kevin se jactaba de ser una persona independiente, "un hombre que no se deja llevar por delante por ninguna mujer". Otros datos clínicos indicaban que su bebida sólo era problemática en lo que concernía a su esposa y cuando reñían. La esposa admitió que su bebida no era problemática en otros aspectos de su vida. Cada uno invertía una gran cantidad de energía en defender su posición y refutar la del otro.

El distanciamiento de esta pareja requería una triple división. Como sucede en la mayoría de los casos clínicos que presentan opciones rígidamente definidas, las sugerencias más útiles que el terapeuta puede ofrecer inicialmente consistirán en anular (o desconstruir) ambas opciones, por no ser viables, y formular otras, alternativas. El equipo y el terapeuta comprendían el dilema de Carey y Kevin, y estimaban que su discrepancia expresaba el intenso deseo de ambos de mantenerse independientes dentro del matrimonio, sabiendo que eso contribuye a la integridad de una relación conyugal. Sin embargo, cuando se llegó a considerar qué había que hacer, la mitad del equipo afirmó que el marido tenía razón, y la otra mitad dijo que la esposa estaba en lo cierto. El terapeuta, por su parte, estaba confundido y no sabía qué sugerir. Pero en algo estaban de acuerdo: debía haber una tercera alternativa. Es decir, si Kevin y Carey podían llevarse mejor antes de tratar de resolver la cuestión de Alcohólicos Anónimos, tal vez fuese posible que arribaran a soluciones aceptables para ambos. En las sesiones que siguieron la pareja informó que habían empezado a salir juntos y se divertían más en el hogar, mientras el marido había podido limitar su bebida a dos copas una vez por semana, lo que su esposa consideraba un gran avance.

Qué hacer cuando no hay equipo

Pese a que trabajar con colegas usando el método del equipo es divertido, estimulante y creativo, los terapeutas nos vemos limitados por la realidad económica y sabemos que el enfoque del trabajo con equipo no es viable como método permanente. Por lo tanto, muchas veces el personal del Centro de Terapia Familiar Breve hace terapia sin equipo. Se han planteado muchos interrogantes acerca de cómo utilizar la técnica del equipo dividido sin usar un equipo. La adaptación de esta técnica es bastante simple. Cuando el terapeuta determina que se requiere una división en dos, puede utilizar el siguiente método:

"Una parte de mí se inclina por concordar con sus familiares y amigos en que usted realmente merece a alguien mejor que Pat y que por lo tanto debe dejarlo. Pero por otro lado, la otra parte de mí se da cuenta de que hacer eso no es tan fácil y simple, puesto que usted aún lo ama profundamente y puede ver las buenas cualidades que hay en él, aunque no siempre él le permita ver ese costado suyo. No me sorprende, entonces, que le haya resultado difícil resolver qué decisión adoptar: si escuchar a su corazón o seguir los dictados de su cabeza. Algunas decisiones se toman con la cabeza y algunas con el corazón, aunque ante los ojos de los demás éstas puedan parecer descabelladas. Entonces, sigamos pensando en estoy volviendo a reunimos."

Por lo general los pacientes responden con un suspiro de alivio. Esta intervención tiene el efecto de reducir la presión interna del paciente para tomar una decisión; y cuando esa presión cede, tomar la decisión le resulta más fácil.

En cuanto a la triple escisión, el terapeuta que trabaja sin equipo puede realizarla así:

"Me temo que hoy no le seré muy útil, pero permítame contarle mis pensamientos. Mis muchos años de experiencia de trabajo con un tipo de problema con la bebida, como el suyo, me indican que yo debería recomendarle que se abstuviese absolutamente de beber. Ese sería el tratamiento lógico. Como usted sabe, la mayoría de los profesionales en este campo dirían que la abstinencia es la única solución para su situación. Pero por otra parte, mientras más lo conozco y más sé acerca de las increíbles dificultades que tuvo usted que enfrentar hasta ahora, menos seguro estoy de que la abstinencia total sea la única solución, sobre todo porque usted ha tenido muchas buenas ideas para disminuir la bebida y ha obtenido éxitos notables. Me doy cuenta de por qué usted cree que puede hacerlo. Luego, me siento realmente confundido acerca de cuál sería la mejor solución para usted en este momento. Debe haber una solución para la difícil decisión que debe tomar, pero su singular situación hace que el camino a seguir no esté tan claro. Tal vez haya una tercera opción, una opción que todavía no hemos considerado. Entonces, quiero que vuelva a pensar en esto. Yo también lo haré y después le sugiero que volvamos a reunirnos para seguir discutiendo qué es lo mejor para usted."

Es sorprendente comprobar que por lo general los pacientes vuelven informando que están bebiendo menos y describen lo que han hecho para lograrlo. Una vez que esas excepciones han sido descritas, la siguiente tarea terapéutica consistirá en pensar en términos de "hacer más de lo que funciona". El paciente que recibió el mensaje anterior acudió a la siguiente sesión con muchas excepciones a su habitual pauta de bebida. Aunque al principio había protestado porque su médico sostenía que debía abstenerse completamente de beber, finalmente decidió por sí mismo que la abstinencia era mucho más fácil de lograr que lo que había imaginado.

Tirar la moneda

"Tirar la moneda" es otra indicación útil que se le puede dar a un paciente para ayudarlo a "desencallar", sobre todo cuando la relación con el terapeuta es del tipo comprador. Siguiendo la estructura de los mensajes de intervención que hemos descrito en este capítulo, el terapeuta actuará del siguiente modo: primero, elogiará al paciente por las cosas buenas para él que ha hecho hasta ese momento; segundo, brindará una explicación sobre la tarea para el hogar; y tercero, ofrecerá una sugerencia en un tono positivo. A veces se puede caracterizar la tarea diciendo que es un experimento para hallar más información, o un paso más hacia la consecución del objetivo.

El mensaje podría ser más o menos así:

"Para ayudarle a tener una noción más clara de cuál podría ser el próximo paso, quisiera sugerirle algo que usted hará desde ahora hasta nuestra próxima reunión. Todas las mañanas lo primero que hará será echar suertes con una moneda. Si sale cara, ese día usted procederá como si hubiera acontecido el milagro, según lo describió. Si sale cruz, actuará exactamente igual que en un día normal. Y quisiera que prestara especial atención a cualquier diferencia en su manera de beber."

A casi todos los pacientes que están interesados en progresar les intriga mucho esta indicación. Sienten curiosidad, desean tirar la moneda y ver cuál será su "suerte". A algunos les encanta lo que parece ser un juego de niños, y entran rápidamente en el espíritu de la tarea, porque se dan cuenta de que sus anteriores intentos serios fracasaron. Frecuentemente informan con gran entusiasmo sobre sus excepciones deliberadas. La versatilidad de esta tarea le permite al terapeuta adaptarla a las circunstancias y necesidades del paciente. Por ejemplo: una joven mujer deprimida acudió a terapia y se quejó amargamente de su marido, que se había negado a asistir a la sesión porque, según él, el problema de ambos era consecuencia de la "estupidez" y la "locura" de ella. De hecho, la joven dijo que si le informaba a su esposo que ella había resuelto buscar esa terapia de todos modos, él diría que eso confirmaba que ella está "loca". Por lo tanto, resolvió no contárselo para evitar problemas. Durante la sesión la paciente concordó con que era improbable que él cambiara alguna vez y que ella debía iniciar el cambio, pese a que la manera de hacerlo pareciera algo desleal. También aceptó la idea de que tal vez ella estuviera más interesada que su marido en salvar el matrimonio.

Después del elogio y del reconocimiento de que probable mente sería difícil resolver el problema, el terapeuta le indicó a la paciente que todas las noches, antes de retirarse a dormir, echara suertes tirando una moneda al aire. Si caía cara, ella simularía que el milagro se había producido para ella y también para su marido. Si caía cruz,

simularía que el día siguiente sería un día normal. Por otra parte, debería mantener su tarea en secreto. La joven mujer regresó dos semanas después, contenta pero rascándose la cabeza de sorpresa. Contó que su marido se había mostrado muy atento con ella: le regaló flores por primera vez en dos años. Las dos semanas fueron las mejores que habían tenido en mucho tiempo; ella se sintió más tranquila y con sentimientos más positivos hacia su marido. "Me mordí la lengua para no hablar de su manera de beber", dijo. Y para su sorpresa, notó que él bebía mucho menos. Además de sentirse feliz por este cambio positivo, la paciente sentía curiosidad por saber cómo había cambiado su marido, dado que todavía no sabía que ella estaba haciendo terapia. Razonó entonces que quizás él estuviera más bien respondiendo a los cambios que se operaban en ella que cambiando por sí solo. Como tenía confianza en que el cambio se prolongaría en el futuro (esto se determinó por medio del uso de las preguntas de escala), el caso terminó satisfactoriamente en tres sesiones.

Cuando los pacientes están tratando de decidir si están preparados para dejar de beber y para hacer todo lo que eso demande, la utilización de esta tarea suele ser de enorme utilidad para favorecer el paso decisivo. Por ejemplo: el día que el paciente saca "cara" al tirar la moneda, debe simular que ha decidido abstenerse de beber ese día, sean cuales fueren las circunstancias. El día que saca "cruz", debe continuar con su rutina habitual, es decir, debe beber como siempre. Se le pide que para la sesión siguiente observe qué diferencia introdujo la tarea en su manera de beber. Cuando se les pregunta qué aprendieron acerca de ellos mismos entre las dos sesiones, la mayoría de los pacientes se muestran sorprendidos porque casi siempre deciden no beber un día en que normalmente lo habrían hecho. Como el propósito de todas las tareas es desencadenar excepciones deliberadas a las pautas de bebida, el conocimiento obtenido por medio de esta tarea puede usarse para describir muy bien lo que el paciente necesita hacer para repetir esta pauta de abstinencia.

Ejemplo de caso: Dejar o no dejar

Lisa, a quien se podría describir como "codependiente", vaciló durante dos años entre dejar y no dejar a su novio, Tim. Cuando él se emborrachaba, quería dejarlo; y cuando estaba sobrio quería casarse con él y formar una familia. Le resultaba muy difícil soportar la intensa frustración de no saber qué hacer.

A veces Lisa buscaba a Tim en sus bares favoritos y le rogaba que volviera a casa; otras veces, se convertía en una "bruja" cuando él no aparecía en alguna reunión de familia, por ejemplo, como había prometido. Siempre esperaba con miedo porque no sabía en qué estado volvería a la casa.

Pero por otra parte, cuando Tim no bebía por una semana o dos (para demostrarle a ella que él no era un "alcohólico"), empezaban a soñar con ahorrar dinero para comprar una casa, casarse y tener hijos. Lisa describía a Tim diciendo: "cuando es bueno, es realmente bueno; pero cuando es malo, es realmente malo".

El objetivo de Lisa al acudir en busca de terapia era tomar una decisión acerca de la relación. Decía que "ya no era tan joven" y sentía que "su reloj biológico" se lo estaba advirtiendo.

Un terapeuta anterior le había sugerido que acudiera a Al-Anón, pero Lisa no accedió, porque estaba indecisa y porque para ella no tenía sentido tratar de aprender a "desligarse" de la bebida de Tim.

Desde su punto de vista, la única manera de "arreglar todo" era que Tim reconociera su problema, recibiera tratamiento y dejara de beber totalmente. Sin embargo, Lisa informó que Tim se negaba a iniciar un tratamiento porque aseguraba que cada vez que quería controlar su bebida era perfectamente capaz de hacerlo. El, por su parte, acusó a Lisa de tratar de controlar su vida; y agregó que necesitaba "un escarmiento" para resolver sus problemas.

Familiares y amigos aconsejaban a Lisa que dejara a Tim, pero ella no quería hacerlo porque había invertido dos años de su vida con él.

Con el objetivo de ayudar a Lisa a tomar una decisión, el terapeuta sugirió tirar la moneda. En los días en que salía "cara" Lisa simularía que había resuelto mantener la relación, sin importarle lo que Tim hiciera durante el día; y además, se comportaría según ese esquema. En los días en que salía "cruz", ella simularía que había resuelto dejar a Tim, independientemente de lo que él hiciera. La indicación estaba dirigida a ayudar a Lisa a encontrar maneras de desligarse de la bebida de Tim experimentando en la realidad lo que hasta entonces sólo había imaginado.

Era evidente para nosotros que su comportamiento era muy dependiente de Tim; es decir, si Tim volvía a la casa borracho, ella se ponía hecha "una bruja". Sin embargo, Lisa se sentía fuera de control, pensaba que su vida era impredecible.

Con el propósito de establecer alguna medida de predecibilidad, Lisa "regañaba" a Tim e intentaba "controlar" su manera de beber. Pero evidentemente, el que controlaba si la velada de la noche sería agradable o desagradable era Tim.

Lisa acudió a la sesión siguiente dos semanas después, informando que había hecho un descubrimiento impactante: que el problema era más de ella que de Tim.

Tomó conciencia de sus reacciones e inseguridades y percibió hasta qué punto necesitaba saber cuáles eran las intenciones de Tim; y descubrió que tenía un enorme temor de estar sola.

Comprendió claramente que quizás ella necesitaba a Tim más de lo que él la necesitaba a ella; y que ésa era una base muy insegura para fundar una relación

La tarea de predicción

El terapeuta utiliza la tarea de predicción indicándole al paciente lo siguiente: "Entre este momento y la próxima vez que nos reunamos sugiero lo siguiente: todas las noches, antes de irse a la cama, usted hará una predicción acerca de cómo se comportará con respecto a la bebida al día siguiente; y tomará nota.

Al día siguiente actuará como de costumbre, pero al fin del día comparará sus actividades con su predicción del día anterior, para ver si se cumplió o no. Además, anote en un papel qué diferencia notó en su vida. Después, haga otra predicción para el día siguiente. Quisiéramos que repita esto durante una semana y vuelva con los resultados. Le agradeceré que anote todo, para que yo pueda tener una información precisa".

Además, el terapeuta puede indicar alguna variante de la tarea, que él adaptará a las circunstancias de la vida del paciente. Nosotros pensamos que esta directiva es muy útil cuando el paciente percibe que no tiene control alguno sobre su bebida y cuando piensa que el hecho de beber se desencadena al azar.

Estos pacientes creen que su bebida depende del comportamiento de otros o de acontecimientos azarosos que escapan a su control. Nosotros creemos firmemente que, en terapia, aceptar esas ideas alienta a los pacientes a ser irresponsables y les permite justificar su comportamiento diciendo que "un demonio me llevó a hacerlo". Creemos que actuar así es irresponsable y antiético. Sostener que el paciente puede lograrlo es una manera mucho más respetuosa de encarar esta difícil cuestión.

Qué hacer cuando parece que nada funciona

Como todos los terapeutas, hemos tenido nuestra porción de casos que nos hacen ser humildes y nos recuerdan nuestras limitaciones. Además, en nuestros cursos y consultas en todo el mundo, hemos conocido numerosos casos que confundieron y frustraron a terapeutas competentes y capaces.

Nos hemos interesado por este fenómeno y pensamos que estos casos nos ofrecen oportunidades de aprender. Cuando estudiamos estos casos, ya sean nuestros o de otros terapeutas, encontramos puntos comunes que nos llevan a reflexionar sobre ellos.

Uno de los recordatorios más frecuentes con que nos tropezamos se vincula con la claridad de los objetivos para la terapia. Terapeuta y paciente juntos deben revisar frecuentemente los objetivos de la terapia. Nosotros preferimos hacerlo en cada sesión.

Con casos que se presentan como "estancados", la revisión de cada paso nos lleva inexorablemente a examinar los objetivos de la terapia.

Cada vez que nos piden que consultemos o supervisemos casos con colegas, iniciamos la sesión con las preguntas de escala. Por ejemplo, supongamos que le decimos al paciente:

"Imagine que 10 representa lo que usted desea para su vida cuando haya terminado la terapia, y 1 representa el lugar donde estaba su vida cuando empezó la terapia, ¿dónde diría usted que se encuentra hoy?"

Según la mayoría de los terapeutas, casi todos los pacientes que ellos consideran "estancados" o "frustrantes", responden: "Creo que estoy en 7, tal vez en 8". Y no faltan quienes dicen estar en 9 y hasta en 10. Cuando nosotros preguntamos: "¿Cuánto tiempo hace que está usted en 7 o en 8?", la respuesta más usual es: "Y... unos seis o siete meses".

Al parecer, el paciente está muy satisfecho con lo que ha logrado en terapia, mientras que el terapeuta cree que todavía hay mucho trabajo duro por hacer.

Otro punto importante es que el terapeuta debe *escuchar* realmente lo que el paciente dice, sin presuponer nada. Esta simple premisa de una terapia clínicamente sólida es difícil de poner en práctica, porque muchas veces los terapeutas están varios pasos *adelante* del paciente y deciden lo que más le conviene.

Con frecuencia nuestras observaciones nos llevan a recordar lo ambiciosos que los terapeutas suelen ser respecto de sus pacientes, quizá mucho más ambiciosos que lo que tenemos derecho a ser.

Seguir fielmente lo que el paciente quiere y no imponer los deseos del terapeuta asegurará una buena finalización del tratamiento.

7. Estrategias para mantener y favorecer el progreso

Nada tiene tanto éxito como el éxito.

Alejandro Dumas (padre), Ange Pitón (1854)

Prometer no hacer algo es la manera más segura en el mundo de lograr que una persona desee ir a hacer precisamente eso.

Mark Twain, Las aventuras de Tom Sawyer (1876)

Una de las mayores preocupaciones de todos los terapeutas que trabajan con bebedores problemáticos es mantener los logros tanto durante el tratamiento como después de él. Los retrocesos durante el tratamiento son bien conocidos para los profesionales con experiencia en este campo; y numerosos estudios han demostrado que un porcentaje alarmantemente alto (90%) de pacientes bebedores problemáticos experimentan cierto grado de fracaso en el mantenimiento de los logros después del tratamiento (Gottheil *et al.*, 1982; Helzer, Robins, Taylor *et al.*, 1985; Polich, Armor y Braiker, 1981). Teniendo en cuenta estos resultados un colega nuestro acostumbra decir que "cualquiera puede ayudar a un bebedor problemático a detener *temporariamente* esa manera de beber... lo difícil es ayudarlo a detener la bebida problemática *permanentemente*".

Uno de los métodos que se han aplicado para encarar este problema consiste en establecer programas de seguimiento y de atención post-tratamiento. Estos programas han estado siempre asociados con los tratamientos con internación y en residencias, en los que el tratamiento propiamente dicho y la atención posterior se dan separadamente debido a la índole del marco del tratamiento. En el método tradicional estos programas de seguimiento consisten por lo general en la siguiente combinación: se mantiene el contacto con el bebedor por medio de tratamiento ambulatorio y se le pide que asista a reuniones de autoayuda con grupos de apoyo. Nadie puede desconocer la importante y positiva influencia que los grupos de autoayuda entre pares han tenido en la población de bebedores problemáticos. Durante años estos programas fueron la única posibilidad para los bebedores, porque los profesionales de la salud mental los ignoraban. El principal problema con este enfoque es que los bebedores problemáticos que más necesitan las reuniones son los que menos aceptan el seguimiento después de haber completado el proceso del tratamiento formal. Por esta razón se puede sostener que la ayuda a los pacientes para que puedan mantener sus objetivos del tratamiento debería formar parte de éste.

Marlatt y Gordon (1980) fueron los primeros que presentaron otro método, conocido como "prevención de la recaída". Este método ha sido copiado muchísimas veces y puesto en práctica en diversos marcos terapéuticos. Reconociendo el elevado porcentaje de pacientes que no pueden mantener los cambios después del tratamiento, estos investigadores y clínicos desarrollaron un método destinado específicamente a reducir la probabilidad y la gravedad del fracaso.

El modelo tradicional sostenía que el hecho de que los problemas con el alcohol fuesen de índole crónica y con permanentes recaídas era simplemente un reflejo de la naturaleza poderosa, astuta y desconcertante del alcoholismo, y una prueba de la necesidad de un compromiso total con el modelo de tratamiento. Marlatt y Gordon (1985), en cambio, postularon que la recaída era un fenómeno natural, debido principalmente a que los pacientes tienen estrategias deficientes —o no las tienen en absoluto— para enfrentar las situaciones de "alto riesgo" de bebida. Basándose en esta concepción, Marlatt y Gordon (1980, 1985) y otros (Annis, 1982, 1986; Annis y Davis, 1989; Annis, Graham y Davis, 1987; Marlatt y George, 1984) elaboraron un sistema para clasificar las situaciones de alto riesgo de bebida y un método de tratamiento dirigido a ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de enfrentamiento para encararlas. El método es altamente personalizado y consiste en técnicas tales como: ayudar a los pacientes a identificar las estrategias de enfrentamiento ya existentes que puedan ser empleadas en situaciones de alto riesgo; exponerse gradualmente a las situaciones de alto riesgo de bebida; y planificar y ensayar respuestas para las situaciones de alto riesgo.

Como el nombre mismo del método lo indica, la prevención de la recaída concentra el grueso de la energía terapéutica en las *oportunidades* de fracaso. Los pacientes aprenden cuándo, dónde, con quién y en qué situaciones será más probable que se sientan tentados de volver a beber. Entonces, se invierte tiempo clínico y tiempo personal en planificar, ensayar y practicar lo que el bebedor problemático hará para *evitar* esas posibilidades de fracaso. Sin embargo, como señalamos en el capítulo 3, intentar evitar que suceda algo (por ejemplo, una recaída) no constituye un objetivo terapéutico "bien pensado". Los objetivos de este tipo generan una paradoja, porque el paciente se ve obligado a pensar constantemente en una actividad prohibida. Además, intentar impedirle a alguien que haga algo es mucho más difícil que construir y fortalecer actividades que esa persona ya está realizando (por ejemplo, éxitos presentes y pasados). Y por último, cuando el objetivo planteado para el tratamiento evita o impide algo, se hace

difícil para el terapeuta y para el paciente determinar cuándo ha terminado el tratamiento, ya que la "recaída" puede —por definición— volver a producirse en cualquier momento.

Independientemente de lo personalizada que pueda ser la evaluación, es imposible considerar todas las contingencias que podrían desencadenar un episodio de bebida problemática. Por esta razón, en vez de concentrar los esfuerzos del tratamiento sólo en las situaciones de "alto riesgo", el enfoque centrado en la solución se concentra en las situaciones de "alto éxito". Se dedica la mayor parte del tiempo clínico a favorecer y promover las situaciones en las que el paciente probablemente tendrá éxito. Y los retrocesos que pueden producirse son considerados normales y hasta una señal de éxito (Sánchez-Craig *et al*, 1984). ¡Después de todo, uno no puede experimentar un retroceso si nunca hubo un éxito! En lugar de dedicar una gran cantidad de tiempo a analizar por qué se produjo el retroceso, el tratamiento está dirigido a orientar inmediatamente al paciente hacia su nivel anterior de funcionamiento.

Nuestro fundamental interés en ayudar a los pacientes a mantener los logros del tratamiento en vez de protegerlos de la recaída nos llevó a llamar al quinto paso del modelo "mantenimiento del objetivo".

Mantenimiento del objetivo: segunda sesión y después

Casi siempre los pacientes inician la segunda sesión transmitiendo uno de los tres posibles resúmenes de sus vidas desde la primera sesión: (1) "las cosas están un poco mejor", (2) "no ha cambiado nada", y (3) "todo está peor que antes". Según nuestra experiencia, en la segunda sesión la mayoría de los pacientes informan que "las cosas andan un poquito mejor". Nótese que cuando las quejas o dolencias son formuladas en términos vagos, como "las cosas" o "mi vida en general", es más fácil encontrar algo positivo sobre lo cual construir. Más allá de la posición que el paciente adopte, la tarea terapéutica es ayudarlo a seguir adoptando una postura activa hacia su bebida problemática y hacia su vida. Como señalamos en el capítulo 5, el rizo de la interacción paciente-terapeuta le permite al terapeuta tener una perspectiva bastante amplia del contenido de aquello de lo que se hablará. La decisión del terapeuta acerca de a qué prestará atención y qué ignorará, desempeña un papel decisivo en la formulación del foco de la sesión y en su desenlace. Por lo tanto, no es raro que un terapeuta de nuestro Centro inicie la segunda sesión con la pregunta: "¿Qué es lo que anda mejor?" Los pacientes se sienten desorientados por un momento, porque esperan que el terapeuta se concentre en los problemas. He aquí una respuesta típica:

TERAPEUTA: Bien. ¿Qué es lo que anda mejor?

PACIENTE: ¿Eh?

T.: ¿Qué ha notado usted que está mejor en su vida desde nuestra última sesión?

P.: Pues... Mmmm... Déjeme pensar... Creo que debo decir que no estoy bebiendo tanto, no, en realidad, no he bebido nada desde que lo vi a usted por primera vez.

T.: ¡Vaya! Eso es fantástico. ¿Y cómo puede hacerlo?

P.: Me concentro en el trabajo, pienso en las cosas que usted quería que pensara... ¿Sabe? Ha sido algo bastante bueno.

T.: Si su madre estuviera aquí y si yo le preguntara, ¿qué supone que ella diría que notó de diferente en usted la última semana?

Uno de los muchos colegas que nos visitan observó cierta vez nuestro trabajo y decidió llamar a nuestro modelo de terapia: "Terapia del ¡Vaya!" Nos explicó que el terapeuta se maravillaba por los éxitos de la paciente y exclamaba "¡Vaya!" y "¡Fantástico!" cada vez que ella mencionaba una negociación exitosa de una situación difícil con su marido bebedor problemático. Debemos decir que estamos de acuerdo con ese colega. Francamente, muchas veces nos maravilla la presencia de ánimo y el coraje que los pacientes demuestran frente a los desafíos de la vida, y nos sorprende la manera en que se comportan, teniendo en cuenta sus increíbles dificultades y sus dolorosas historias.

Cuando los pacientes han tenido una oportunidad para comentar sus éxitos al comienzo de la sesión, las discusiones posteriores acerca de otros problemas, casi siempre más graves, parecen volverse menos abrumadoras y desalentadoras.

Orientar al paciente hacia la consideración de las actividades exitosas significa adherir al objetivo que terapeuta y paciente elaboran durante la reunión inicial. Cada sesión posterior debe reflejar y controlar el progreso que el paciente está haciendo, y debe incluir también "expresiones de aliento y de reconocimiento" (Kral y Kowalski, 1989). El terapeuta debe admirar el ingenio, la inteligencia y el sentido común del paciente al haber

hecho avances pequeños pero importantes hacia sus objetivos. El siguiente diálogo es un ejemplo de cómo se podría lograr esto:

TERAPEUTA: Entonces, ¿qué necesita usted hacer para mantenerse en el camino?

PACIENTE: Tendré que mantenerme relajada, trabajar duro y ser buena conmigo misma. Y recordar que quiero mantener a mi familia unida y no ir a la cárcel.

T.: ¿Hasta qué punto confía en que puede seguir haciendo lo que hizo la semana pasada?

P.: Ah, sí, sus números. Estuve pensando en eso. Yo diría que estoy en 5. Siento que me encuentro a mitad de camino de donde quiero que mi vida vaya.

T.: ¡Vaya! Eso es un progreso grande en una semana, de 3 a 5. ¿Cómo lo hizo?

P.: Se lo diré. Nunca tuve tanta confianza en mí misma como ahora. Creo que lo que hace una gran diferencia es que esta vez estoy en terapia porque quiero, no porque me obligan.

T.: Si yo le preguntara a su novio dónde cree él que está usted, en la misma escala, ¿qué diría?

Una manera de sacar a luz y exaltar los cambios pequeños pero importantes que el paciente ha hecho es formular preguntas minuciosas acerca de los sucesos que el paciente describe. Este detallado interrogatorio puede prolongarse fácilmente por veinte minutos durante la entrevista de seguimiento. Preguntar cómo fue la cadena de sucesos y quién más notó los cambios amplifica los cambios positivos. Las preguntas son, por ejemplo: ¿Cuándo sucedió eso? ¿Qué hizo usted? ¿Quién más lo notó? ¿Qué hicieron ellos cuando lo vieron a usted haciendo eso? ¿Qué le hace pensar que ellos notaron los cambios en usted? ¿Qué sucedía en ese lugar que lo ayudó a hacer las cosas de ese modo? ¿Qué más hizo usted?

¿Cómo hizo usted esto?

Creemos que esta pregunta simple es la más alentadora que un terapeuta puede formularle a un paciente. Según el uso que el terapeuta haga de la inflexión de su voz, su expresión facial y sus palabras, la pregunta podrá transmitirle al paciente una serie de sutiles matices de convalidación. Hay muchísimas variantes de esta pregunta, pero todas están dirigidas a darle a entender al paciente que los cambios positivos que está haciendo son iniciados por él y no por los acontecimientos, por otras personas o por la situación en sí. ¿Cómo supo que iba a funcionar? ¿Qué fue lo que le dio la idea de hacerlo de esa manera? Usted debe haber tenido algún indicio de que funcionaría; ¿qué le indicó que funcionaría? ¿Cómo se le ocurrió hacerlo de esa manera? ¿Es algo nuevo para usted? ¿En qué lo ayudó? ¿En qué ayudó a su familia? ¿Qué hizo su marido cuando se dio cuenta de que usted estaba haciendo eso de ese modo? ¿En qué le fue útil a él?

¿Y qué más?

Esta pregunta, tan simple, es un valioso instrumento para ayudar al paciente a descubrir sus propios recursos y posibilidades, recursos y posibilidades que muchas veces no reconoce. Nuestra experiencia clínica es que, a menos que formulemos esta pregunta, los pacientes tienden a pasar por alto sus éxitos considerándolos cosas insignificantes, triviales, comunes, cosas que cualquier persona podría hacer. Desde luego, la vida está hecha de cosas pequeñas, rutinarias, comunes y corrientes; y hacer todas esas cosas bien constituye un éxito. Es preciso recordarles a los terapeutas, y también a los pacientes, que dar esos pasos comunes y pequeños contribuye a generar una sensación de competencia y de éxito. Frases como: "¿Usted hizo eso?" o "¡Repítamelo, por favor!", pronunciadas en combinación con una mirada incrédula o admirativa, son un poderoso medio de reforzar el sentido de competencia del paciente.

Muchos terapeutas que están aprendiendo a incorporar a su práctica el tratamiento centrado en la solución deben esforzarse por hacer esta pregunta con frecuencia. Esta pregunta implica que el paciente ha logrado éxitos ocultos y que al terapeuta le interesan todos los detalles. Cuando el paciente pasa por alto su éxito como trivial o insignificante, el terapeuta puede modificar la visión del paciente señalando que no todo el mundo puede hacer lo que él hizo. Estas dos preguntas, formuladas con frecuencia, no sólo magnifican los cambios que el paciente está haciendo sino que además lo ayudan a apropiarse de sus éxitos.

Ejemplo de caso: Una cerveza caliente el Cuatro de Julio

Andre, 32 años, es un joven muy trabajador, que empezó a beber durante el servicio militar. Cuenta que la combinación de la soledad, lo mucho que se bebía en las barracas y la facilidad para conseguir alcohol barato lo hicieron iniciarse en ese hábito. Había hecho varios intentos de dejar de beber, con algún tratamiento con

internación y con grupos de autoayuda, pero después de cada experiencia retomaba rápidamente su fuerte consumo de bebidas alcohólicas.

Durante los cinco días previos a la primera reunión con nosotros dejó de tomar bebidas fuertes, para "arrancar bien" con el tratamiento. Después identificó muchas descripciones vividas y minuciosas de estrategias fructíferas; y debido a su elevada motivación, en las primeras tres sesiones el tratamiento había progresado mucho. Su objetivo para el tratamiento fue superar su "sed de bebidas fuertes". Hacía una clara distinción entre desear el alcohol y pensar en beber. Explicó que era capaz de manejar bastante bien el pensamiento sobre la bebida, pero que cuando lo acometía la "sed", fracasaba. Había hecho buen uso de muchas estrategias para distraerse y no pensar en beber, y su confianza en la escala era bastante alta. Sin embargo, no confiaba en poder manejar la "sed". Nosotros percibimos que las sesiones subsiguientes debían estar dirigidas a mantener el objetivo de manejar su intenso deseo de beber. Durante la cuarta sesión tuvo lugar la siguiente conversación.

PACIENTE: Tengo que contarle lo que pasó el Cuatro de Julio.

TERAPEUTA: Muy bien. Cuénteme qué pasó.

P.: Estuve en un picnic en casa de la madre de Dorothy. Se hace todos los años para esa fecha. Ya le conté que todos los parientes de Dorothy son bebedores fuertes. Si todo hubiera sido como siempre, yo hubiera puesto el pie en el umbral y habría empezado a beber igual que ellos. Pero llegué tarde, porque estuve reparando el baño. De todos modos, cuando llegué, a mitad de la tarde, ya se había terminado la cerveza fría, porque todos habían bebido mucho. Así que agarré una cerveza caliente y me senté en el césped. ¿Y sabe una cosa? Ni siquiera terminé esa cerveza. Y desde entonces no he bebido nada, ni siquiera cerveza.

T.: ¡Vaya! Es sorprendente. ¿Y eso fue algo diferente de lo que hace siempre? Quiero decir, no terminar aquella primera cerveza en la reunión de familia.

P.: Pero claro, hombre. Yo siempre bebía de más y Dorothy se ponía como loca y después reñíamos.

T.: ¿Y cómo lo hizo? ¿Qué hubo de diferente el Cuatro de Julio?

P.: No sé. (Sonriendo) Es la primera vez, hombre.

T.: Estoy sorprendido ¿Qué supone que hizo de diferente esta vez?

P.: Estaba relajado. Terminé de arreglar el baño, que Dorothy me lo había estado reclamando desde hacía meses. Y eso me hizo sentir muy bien. A lo mejor fue eso. Me sentí bien por dentro. Además, Dorothy me vio agarrar una cerveza y no dijo nada. Eso también ayudó.

Como el paciente consideró positivo el hecho de que Dorothy no hubiera protestado al verlo beber una cerveza, y como además afirmó que se sentía bien por dentro, el terapeuta decidió indagar en los cambios en su relación con Dorothy. El terapeuta quería saber de qué manera sus conductas de éxito recientemente descubiertas afectaban su relación con Dorothy.

T.: ¿Qué supone que diría Dorothy que notó de diferente en usted el Cuatro de Julio?

P.: Ella ha estado muy bien últimamente. No ha dicho una palabra acerca de mi bebida. Yo creo que sabe que esta vez me estoy tomando la terapia en serio. Sabe que por primera vez estoy haciendo esto por mi propia voluntad.

T.: Pero ¿qué supone que Dorothy diría que usted hace para que ella se dé cuenta de que está haciendo esto por su propia voluntad?

P.: Diría que converso más con ella. Últimamente hablamos mucho más y a ella eso le encanta. Puedo decir que confía más en mí y que no me vigila como antes.

T.: ¿Por qué diría Dorothy que ahora confía más en usted? Por qué cosas que usted está haciendo?

P.: Y... ya no tiene que arrancarme las cosas. Ahora yo hablo más con ella. Creo que eso es lo principal.

T.: Entonces, ¿hasta dónde confía usted en que podrá seguir haciendo lo que ha estado haciendo ahora? Digamos que 10 significa que está dispuesto a apostar dinero a que puede seguir; y que 1 significa que duda bastante de su capacidad para mantener lo que hace ahora. ¿Dónde se colocaría en esa escala?

P.: Diría que estoy entre 6 y 7. No quiero ser demasiado confiado.

T.: Yo creo que está siendo realista. Entonces, ¿qué tiene que hacer para poder decir que está entre 7 y 8?

El terapeuta decidió concentrarse en los éxitos de Andre: qué lo llevó a decidir finalmente terminar los trabajos en el baño; cómo hizo para no unirse a los que bebían; cómo se las arregló para mantenerse relajado; cómo empezó a conversar más con Dorothy, etc. Nosotros hemos descubierto que cuando se enfoca la conversación de esta manera, los pacientes se muestran más dispuestos a discutir las posibilidades de fracasos y retrocesos.

Como en el capítulo 3 se examinó detalladamente lo que el terapeuta puede hacer para ayudar al paciente a formar los objetivos del tratamiento de modo de poder hacer su propia evaluación del progreso a medida que avanza en el proceso del tratamiento, se recuerda al lector que puede repasar las indicaciones para establecer objetivos. Nosotros sostenemos que ayudar a los pacientes a evaluar sus propios éxitos o fracasos en el tratamiento, en vez de confiar en el fallo del terapeuta a ese respecto, es una manera mucho más respetuosa de colaborar con el paciente. Además, esa actitud favorece la asunción de la responsabilidad por el tratamiento por parte del paciente e insufla el concepto de autoatención.

En las sesiones subsiguientes terapeuta y paciente evalúan el progreso que el paciente está haciendo, hasta que ambos confían en que pueden dar por terminado el tratamiento. Según nuestra experiencia, a medida que el paciente aumenta las áreas en las que se siente seguro, la frecuencia de las sesiones disminuye. Por lo tanto, es muy común que paciente y terapeuta empiecen a reunirse cada quince días y luego cada tres semanas durante algún tiempo y luego disminuyan gradualmente hasta una sesión de control por mes.

"¿Qué tiene usted que hacer para seguir adelante?"

A lo largo de todo el resto del contacto terapéutico y, sobre todo, inmediatamente después de cada éxito del paciente, se formulan con frecuencia diversas variantes de la pregunta del título. Una vez realizado el objetivo de alcanzar la sobriedad —aunque sea por un período de tiempo breve— el foco siguiente del terapeuta es recordarle al paciente su objetivo. En cuanto al paciente, su tarea consiste en "seguir adelante", o sea en "hacer más de lo que funciona", hasta que llegue a sentirse seguro de haber incorporado su nuevo estilo de vida a sus rutinas cotidianas.

Durante este período es conveniente mantener minuciosas conversaciones que pueden centrarse alrededor de las primeras claves que alertarán al paciente o a su familia acerca de que el paciente está concentrado firmemente en los objetivos del tratamiento. Este paso alienta al paciente a hacerse responsable por las diversas opciones de seguimiento y autoatención que lo ayudarán a concentrarse en el mantenimiento de su objetivo inicial.

Ejemplo de caso: Una larga historia clínica

Roger, un hombre de 54 años que se autodenomina "alcohólico", entró en un programa de 28 días de tratamiento con internación después de una "recaída" de dos meses de duración. Roger tenía una historia de toda la vida de problemas con el alcohol, y había "fracasado" en numerosos intentos de tratamiento. La hospitalización se consideraba "absolutamente necesaria debido a la índole crónica de su problema de alcoholismo y al fracaso de tratamientos anteriores".

Como parte de una revisión del seguro, nos reunimos con el paciente el segundo día de su permanencia en el hospital. Durante esta entrevista realizamos una indagación respecto de los anteriores intentos *fructíferos* de encarar sus problemas con el alcohol. Al principio Roger pareció algo desconcertado por la pregunta. Al parecer, nadie se la había formulado antes. Con aire de sorpresa habló de prolongados períodos (meses y hasta años) durante los cuales había manejado bien sus problemas con el alcohol. De hecho, antes del episodio más reciente, Roger no había tenido problemas con el alcohol durante doce años. Al ser interrogado en detalle pudo especificar las cosas diferentes que había hecho durante esos períodos, con buenos resultados. Señaló, por ejemplo, que había asistido a una pocas reuniones de AA por semana; y que antes de concurrir a reuniones sociales informaba sobre su abstinencia de alcohol a los amigos que no lo sabían. Por último, comentó que había establecido como práctica "permitirse" una "buena" comida todos los días; y que él mismo la preparaba.

Después de descubrir lo que era diferente durante sus períodos de éxito, se le preguntó a Roger qué sería necesario para seguir haciendo más de lo que anteriormente había funcionado. Roger expresó una confianza relativamente alta en que podría empezar a hacer de nuevo por lo menos algunas de aquellas cosas. Después de recibir el alta médica Roger salió del hospital, en la mañana del tercer día. Después se mantuvieron dos reuniones más con él. En el transcurso de estas sesiones se utilizaron los períodos de éxito como base para un buen desenlace del tratamiento. Algún tiempo después de la última reunión Roger envió al Centro una copia de su diploma de un año de sobriedad (Miller, en prensa).

Qué hacer cuando las cosas no mejoran

En la mayoría de los casos, cuando el paciente informa que la situación "no mejora", lo que quiere decir es que los cambios no son ni tan impresionantes ni tan rápidos como para satisfacer sus expectativas, o que lo que él pretende es lograr grandes cambios. Habiendo vivido con el bebedor problemático durante muchos años, tanto el paciente como los familiares están impacientes por producir cambios drásticos rápidamente. Por lo tanto, tales sentimientos de frustración deben ser reconocidos; al mismo tiempo se debe atraer la atención del paciente hacia los

cambios "pequeños" que está haciendo, y esos cambios pequeños deben ser destacados como importantes. Téngase presente que si el paciente ha tenido un mal día antes de la sesión, eso puede teñir su percepción del resto de la semana, aunque esos días hayan transcurrido razonablemente bien.

En ese caso, la respuesta más conveniente es aceptar su percepción como válida y revisar su semana en detalle. En este proceso los pacientes suelen descubrir que hubo algunos casos, aunque pequeños, en que ellos se comportaron de una manera diferente, creando así un cambio. Una de las premisas básicas que discutimos en el capítulo 1 es nuestra convicción de que el cambio es inevitable y constante y de que, por lo tanto, lo terapéutico es buscar esos cambios como marcadores de contexto (O'Hanlon y Wilk, 1987). Cuando se ayuda a los pacientes a identificar cambios, es más probable que se comporten de acuerdo con sus percepciones. El que sigue es un buen ejemplo de cómo se desarrolla la segunda sesión, aun cuando el paciente informe que las cosas están peor. Steve de Shazer es el terapeuta que trabaja con una mujer que buscó ayuda por causa de su confusión acerca de si dejar o no a un marido que era un abusador físico, además de bebedor problemático.

Ejemplo de caso: Desarrollar su propia mente

TERAPEUTA: Bien, ¿qué ha mejorado desde la última vez que estuvo usted aquí?

PACIENTE: Nada. Querrá decir qué ha empeorado.

T.: ¿Está segura de eso? (sonriendo)

P.: Completamente segura (sonriendo).

T.: ¿Pero cómo puede ser?

P.: Simplemente es así. No hay nada positivo, nada (meneando la cabeza).

T.: Veamos. Usted estuvo aquí el lunes. ¿Cómo fue el lunes?

P.: Bien. Bastante bien.

T.: ¿Y cómo consiguió que ese día fuera así?

P.: Bueno, hablé más que de costumbre. Conversé con mi amigo, creo que hablé más que lo que hablo siempre.

T.: Bien. ¿Y el martes?

P.: (mirando hacia arriba) En realidad las cosas anduvieron bien el martes, el miércoles y el jueves, hasta el sábado. Todo estaba bien. No tuve que escuchar a nadie, hice lo que tuve ganas de hacer. Pero el viernes, ¡uf!, sí que fue malo.

T.: ¿Y qué me dice del sábado? ¿También las cosas se pusieron peor?

P.: No, fue más o menos. El domingo también fue bastante bueno. Pero hoy estuve llorando todo el día, todo el día.

T.: Entonces, lunes, martes, miércoles y jueves fueron buenos. ¿Y cómo logró eso? Me dijo, sí, que estuvo conversando bastante. ¿Y qué más?

En este punto es fuerte la tentación de indagar los detalles de por qué la paciente estuvo "llorando todo el día". Pero sucumbir a esa tentación y concentrarse en la conversación problemática llevará invariablemente a que el terapeuta concuerde con la paciente en que "las cosas están peor". Hay que postergar lo más posible el volver a esa "conversación problemática", porque al superponerse con los éxitos el problema le parecerá al paciente menos abrumador y más manejable.

PACIENTE: Las cosas anduvieron mejor porque nadie estuvo fastidiándome, quiero decir, de lo único que tuve que ocuparme fue de lo que debía hacer o de lo que no estaba haciendo bien, cosas así. Tuve un gran control de mí misma.

T.: ¿Y cómo lo hizo?

P.: ¿Cómo lo hice? Tengo que enojarme para hacerlo. Si crees que soy igual, olvídalo, haré lo que quiera. Pero tienen que empujarme hasta ese límite.

T.: Sin embargo, eso fue bueno para usted.

P.: Hmmm... Estoy aprendiendo a conocer mi propia mente.

T.: O sea que usted llegó a conocer su propia mente y se comportó así todo el día.

P.: Exactamente.

T.: ¿Y además se sentía menos confundida?

P.: En realidad, no estaba para nada confundida, en realidad, no estoy confundida desde que vine aquí.

T.: ¿Cómo es eso? (Sorprendido y complacido)

P.: Fue bueno hablar con alguien la semana pasada. En verdad, me ayudó.

La paciente todavía adjudica el mérito de que ella se sienta más en control de sí misma al hecho de haber "hablado con alguien", es decir, a algo externo. Y si no se cuestiona esa idea, la paciente seguirá creyendo que el cambio (en

este caso, el "conocer su propia mente", el tener más claro lo que quiere hacer con su vida) se debe a algo externo, y seguirá buscando que alguien o algo, fuera de ella misma, solucione sus dificultades.

- T.: Sí, pero usted tuvo toda una semana para volver a sentirse confundida. ¿Cómo fue entonces que no estuvo confundida? P.: No sé. ¿Usted no me entiende? (Risa)
- T.: Todavía no, pero no se preocupe. Así, lunes, martes, miércoles, jueves, usted no estuvo en absoluto confundida, sabía lo que quería y se mantuvo ahí. Pero yo todavía me pregunto cómo lo logró.
- P.: Creo que es algo raro. (Ríe)
- T.: Si supiera cómo lo hizo, podría hacer eso todo el tiempo.
- P.: (Ríe) Yo lo sé. Es sólo que la gente me asusta. No sé cómo hice eso, simplemente lo hice.
- T.: Mmm... ¿Puede hacerlo de nuevo? ¿Sabría cómo hacerlo de nuevo, igual que el lunes, el martes, el miércoles y el jueves de la semana pasada?
- P.: Simplemente lo hice. No estoy segura de como lo hice.
- T.: "Mmm . Muy bien. Digamos que esos días son 10 y que los peores días que usted tuvo últimamente, digamos antes de que Sra a verme por primera vez, son 1. ¿Dónde pondría el viernes?
- P.: El viernes estaba en 1.
- T.: ¿Dónde pondría el sábado?
- P.: Yo diría que en 5.
- T.: ¿Y qué número le pondría al día de hoy?
- P.: No sé, no sé dónde ponerlo. Yo diría que alrededor de 5.
- T.: Entonces ¿cómo hizo para pasar de 1 a 5 el sábado.

Nuevos problemas

Con frecuencia los pacientes nos plantean problemas nuevos, que mantuvieron en reserva mientras encaraban el problema de la bebida. Pero cuando la urgente cuestión de la bebida Problemática ha sido puesta bajo control, es posible plantear el "verdadero problema", o una cuestión importante de vieja data. Acceder a discutir cada nueva cuestión que surge prolonga el tratamiento y oscurece el foco de la sesión. Es importante ayudar al paciente a mantener la atención concentrada en la imagen del milagro durante todo el tratamiento, y evitar distraerse con otros asuntos.

Ejemplo de caso: Matrimonio anticuado contra matrimonio moderno

Durante la cuarta sesión con Carole y Bob, cuando hacía ya dos meses que Bob había dejado de beber, salió a luz el "verdadero problema" de su matrimonio. Carole había estado enojada con Bob y expresaba su enojo diciendo "El no sale a defenderme y protegerme". Carole se refería a los compinches de juerga de Bob, que cuando se emborrachaban la hostilizaban llamándola "arpía", "mandona", y otras cosas por el estilo. Carole exigía que Bob la defendiera y echara a sus amigos, para demostrarles que él no permitiría que nadie ofendiera a su esposa. Bob replicaba que Carole era susceptible y se tomaba demasiado en serio todo lo que hablaban esos borrachos", y que lo que tenía que hacer era ignorarlos. Entonces Carole declaró que ella siempre había querido tener un matrimonio a la antigua, donde pudiera sentirse protegida por su hombre. Bob, en cambio, pensaba que hoy en día ésa era una idea tonta y que Carole debía aprender a defenderse sola. Esto llevó a una acalorada discusión de la pareja, en la que cada uno exigía que el otro cambiara.

Después de negociar bastante con la pareja, acordamos que sin duda era muy importante para ellos imaginar qué clase de matrimonio querían tener desde ese momento, dado que Bob ya no bebía. Su adhesión a esas dos ideas diferentes era su manera de asegurarse de que cada uno contribuiría a construir el mejor matrimonio posible. Sin embargo, sentíamos que ambos necesitaban más tiempo para reflexionar sobre esta importante cuestión y para negociar cómo establecerían un equilibrio entre la manera anticuada y la manera moderna de estar casados. Después propusimos nuestra propia idea: que debido a que ellos se encontraban en un período de rápidos cambios en muchas áreas, como por ejemplo su nuevo estilo de vida sin alcohol, quizá necesitaran ir más despacio. Mientras tanto, debían concentrarse en lo que *en ese momento iba bien*.

Qué hacer cuando un paciente informa que ha sufrido un retroceso

El Gran Libro de Alcohólicos Anónimos, que constituye el fundamento mismo de los Doce Pasos, no recomienda como objetivo una vida de abstinencia. Advierte, en cambio, que el verdadero significado de la expresión "un día por vez" es tener puesto un ojo sobre el objetivo diario de mantener y mejorar las buenas

estrategias de sobriedad. Por lo tanto, una vez que el objetivo ha sido alcanzado, el terapeuta y el paciente deben revisar y repasar las estrategias fructíferas y las maneras de repetirlas.

Los terapeutas experimentados saben que un retroceso periódico de la sobriedad es un hecho de la vida y debe ser esperado pero nunca temido. Cuando el paciente sufre un revés en su objetivo de mantener la sobriedad, pierde perspectiva e inmediatamente se siente abrumado por sentimientos de vergüenza, decepción, fracaso, culpa y autorrecriminación. El sentimiento de fracaso por no haber estado a la altura de la promesa que se había hecho a sí mismo y a sus íntimos desemboca con frecuencia en el desaliento y la desesperación y puede llevar a seguir bebiendo. En ese momento el papel del terapeuta es decisivo para ayudar al paciente a ver los éxitos que tuvo antes del retroceso, y para señalarle que la única tarea importante es volver a los objetivos originales lo más pronto posible.

He aquí algunas preguntas dirigidas a lograr esos propósitos.

- ~~///~~ ¿Cómo se las arregló para dejar de beber?
- ~~///~~ ¿Cómo sabía que tenía que parar en cinco cervezas?
- ~~///~~ ¿Cómo se las arregló para parar en cinco copas y no beber seis?
- ~~///~~ ¿Qué hizo usted de diferente?
- ~~///~~ ¿Qué claves tenía que le indicaban parar cuando lo hacía?
- ~~///~~ ¿Qué le indicaba que había llegado el momento de parar?
- ~~///~~ ¿Qué está haciendo ahora para volverse más sensible a esas claves?
- ~~///~~ ¿Qué supone que diría su esposa que usted hacía de diferente para poder parar en cinco copas?
- ~~///~~ ¿Qué hacía su esposa que fuera de ayuda para usted durante ese período?

Los supuestos que sustentan estas preguntas se basan en la idea de que para el paciente es conveniente concentrarse en lo que hizo para dejar de beber y no en lo que causó que empezara a beber de nuevo. Nuestra visión es que cada vez que el paciente tiene que justificar su comportamiento, se ve obligado a inventar respuestas más y más plausibles para las preguntas. Mientras más repite el paciente estas respuestas, más se convence de que las excusas son verdaderas. Además, es importante recoger información sobre la percepción del paciente de las visiones que los otros tienen de él, debido a su antigua tendencia a complacer a los demás y adaptarse a sus exigencias.

En el proceso de responder a las preguntas, el paciente empezará a cambiar su sentido del control sobre su vida, recuperando así la confianza de que puede mantenerse en el camino de la recuperación.

- ~~///~~ ¿En qué se diferencia este retroceso del anterior?
- ~~///~~ ¿Qué hizo usted de diferente esta vez (dejó de beber más temprano, cambió de lugar, modificó alguna secuencia de hechos, etc)? Cuéntelo con detalles.
- ~~///~~ ¿Cómo se le ocurrió actuar de modo de dejar de beber antes?
- ~~///~~ Para que las cosas fueran diferentes esta vez, ¿quién hizo qué y cómo y cuándo lo hizo?
- ~~///~~ ¿Qué supone que diría su cónyuge (su padre, su madre) que hay de diferente en usted esta vez?
- ~~///~~ ¿Qué tiene que hacer para mantener este cambio?
- ~~///~~ ¿Qué diferencia habrá cuando lo haga?

Como se expuso en el capítulo 1, uno de los supuestos básicos que sostenemos es una adaptación de la premisa budista de que el cambio es constante y la estabilidad es una ilusión. Como la vida está en un constante estado de cambio, el hábito de beber del paciente está también en constante fluir. Por lo tanto, la suposición básica que hacemos es que cada retroceso que experimenta un paciente es diferente de los otros. Cada vez algo ha cambiado y algo *cambiará* en su pauta de bebida.

El descubrimiento de estas diferencias le permite al paciente reconocer que está avanzando, que cada vez que tiene un retroceso deja de beber antes. Cada revés es diferente porque la experiencia subjetiva del paciente es diferente, aun cuando los factores externos de su vida puedan no haber cambiado.

- ~~///~~ ¿Qué aprendió sobre usted misma gracias a este episodio?
- ~~///~~ Cuénteme lo que este retroceso le enseñó acerca de su problema con la bebida (estrategias para enfrentar el estrés, cuestiones de autoestima, cuidado personal, etc.).
- ~~///~~ ¿Qué hará de otro modo a consecuencia de esto?
- ~~///~~ ¿Qué supone que diría su madre que usted hará de diferente como resultado de este nuevo conocimiento de usted misma?
- ~~///~~ ¿Qué supone que ella hará de diferente entonces?

- ✍ ¿Qué supone que sus colaboradores (cónyuge) notarán que es diferente en usted cuando implemente esta nueva manera?
- ✍ ¿Qué diferencia habrá en su relación con su colaborador?
- ✍ ¿Qué grado de confianza diría su marido que él tiene en que usted cambiará la manera en que enfrenta las borracheras de su madre?
- ✍ ¿Qué supone que sus padres harán de otro modo como consecuencia de esto?

Una detallada discusión de lo que el paciente ha aprendido acerca de sí y de su problema de bebida con cada retroceso es la manera adecuada de recordarle que el cambio es constate y que está aprendiendo y mejorando a medida que aprende cómo vivir una nueva vida.

Nótese la manera en que se formulan las preguntas. Preguntar «¿Cambiará usted su estilo de vida como resultado de este revés?» transmite expectativas muy diferentes que si se pregunta «¿Qué hará usted de diferente...?» La primera pregunta transmite un recordatorio suave pero persistente al paciente de que necesita adaptarse, crecer y cambiar por pequeños pasos.

- ✍ ¿De qué necesita hacer más?
- ✍ ¿Cómo se asegurará de que hará eso?
- ✍ ¿Cómo supone que afectará su vida?
- ✍ ¿Qué supone que diría su cónyuge que usted necesita hacer más
- ✍ ¿Qué diferencia introduciría en la relación con su cónyuge el hacer más de aquello?
- ✍ ¿Qué supone que su cónyuge haría de manera diferente como respuesta?
- ✍ ¿Qué diferencia introduciría en su relación con el? ¿Con sus hijos? ¿Con su empleador?

Una vez más se pone el énfasis sobre la sugerencia de que el paciente haga más de lo que funciona para él, no sobre lo que el pariente necesita para dejar de hacer. Fomentar lo que funciona es, sin duda, una manera más fácil de tener éxito que tratar de *detener* un comportamiento indeseable. Una vez que el paciente sabe qué hacer, resulta más fácil imaginar que camino tomar para avanzar en la dirección en que quiere ir.

- ✍ ¿Podría ser ésta una manera inconsciente de recordarse que todavía tiene un problema de bebida?
- ✍ ¿Qué otras maneras tiene de recordarse a usted mismo que todavía tiene un problema de bebida?
- ✍ ¿Qué supone que su mejor amigo (cónyuge, padre, madre, etc.) le sugeriría que hiciera para recordárselo?

Es frecuente que el paciente con una larga historia de problemas con la bebida intente volver a beber para poner a prueba su nivel de confianza en que mantendrá la sobriedad. El resultado es que el paciente descubre una vez más que no tiene control sobre su manera de beber. Algunos pacientes se desaniman y deprimen ante este redescubrimiento de la realidad de su problema con la bebida. Y el terapeuta, en vez de agregar insultos a las injurias, puede imaginar maneras de dar vuelta la situación y atribuir una motivación positiva a ese comportamiento.

El siguiente ejemplo de caso ilustra en detalle los usos de estas preguntas.

Ejemplo de caso: En el momento crítico

Dotty, una norteamericana nativa de 47 años de edad, había estado viviendo con un hombre durante un año. Su hijo de 14 años había sido colocado en un hogar sustituto porque era abandonado y maltratado por Dotty debido a su problema con la bebida. La mujer anhelaba que su hijo volviera a vivir con ella. Dotty fue enviada a la sesión de terapia por la enfermera que la visita regularmente como parte del seguimiento en su tratamiento médico. Aparentemente, durante una reciente visita de la enfermera Dotty rompió en llanto y empezó a gritar por una incontrolable urgencia de volver a beber, aunque había mantenido la abstinencia por un año desde su último ataque de cirrosis que casi le había costado la vida. La enfermera se preocupó mucho por Dotty y solicitó una cita de urgencia. Nos enteramos de que muchas de sus amigas, con frecuencia después de mantener la sobriedad por un año, habían muerto de cirrosis al volver a beber. Y como ella hacía casi un año que no bebía, tenía miedo de correr la misma suerte que sus amigas cuando el desesperado deseo de beber volviera a apoderarse de ella.

TERAPEUTA: ¿Qué le gustaría que cambiara como consecuencia de haber venido aquí hoy?

PACIENTE: Ni siquiera sé por qué estoy aquí. Es por mi bebida. A veces tengo ganas de beber, pero no puedo.

T.: ¿Usted no bebe?

P.: No puedo beber, son órdenes del médico. Ojalá pudiera.

T.: ¿Y cuánto tiempo hace que no bebe?

P.: Hace un poco más de un año. Pero me gustaría poder beber.
T.: ¡Caramba! ¿Más de un año? ¿Cómo lo logra?
P.: No puedo. Terminaré en el hospital y me moriré. Es por eso que no bebo. Yo no quiero morir. ¿Y usted?
T.: Desde luego que no. Entonces, ¿cómo lo hace?
P.: Creo que me odio a mí misma.
T.: ¿Qué pasa con usted?
P.: Adoro la comida con grasa, pero no puedo comer grasas. Iría a parar al hospital otra vez. Antes tomaba seis o siete remedios. Ahora tomo sólo uno, para la presión arterial. Y además tomo vitaminas.
T.: ¿O sea que está más sana que antes?
P.: Sí, estoy mucho mejor que antes.
T.: ¡Vaya! ¿Y cómo lo logra?
P.: ¿Qué?
T.: Mantenerse sana. ¿Cómo hace para mantenerse sana?
P.: Tengo que hacerlo, así que lo hago.
T.: ¿Pero cómo consigue hacer eso?
P.: Bueno, soy una mujer adulta, tengo 44 años.
T.: Bien, o sea que usted tenía un problema con la bebida, tenía muchos problemas de salud, en realidad tenía mala salud. Y ahora está mejor, anda mejor en general. ¿Cómo lo hace?
P.: Simplemente me cuido, eso es todo. Me siento mejor conmigo misma ahora; y me siento mejor también aquí (se señala la cabeza).
T.: Entonces, ¿qué hizo para estar en este punto hoy? Usted ha recorrido un largo camino.
P.: Sí, creo que sí.
T.: ¿Cómo lo logró?
P.: Mi novio me ayuda. El tampoco bebe. Fue un gran bebedor, pero ahora no bebe.
T.: ¿O sea que para él no beber es bueno?
P.: Sí, por supuesto, pero él me está ayudando.
T.: Bueno, parece que usted también lo ayuda a él.
P.: Supongo que sí. El bebía muchísimo, pero dice que ahora no bebe porque yo no bebo. Eso dice.
T.: Bien, él podría estar bebiendo muchísimo, pero debe cuidarla a usted.
P.: Yo no sé. Supongo que sí. (Sonríe ampliamente) Claro que podría beber si quisiera.
T.: O sea que decide no beber. P.: Sí, eso.
T.: Y usted está decidiendo no beber.
P.: Sí, yo estoy decidiendo no beber.

A medida que avanza la conversación se va produciendo un cambio gradual en la percepción de sí misma de Dotty. Inicialmente ella "no puede" hacer muchas cosas, y la única razón del éxito es la prohibición que le han impuesto. Sin embargo, el terapeuta se niega a aceptar su declaración, ya que ha estado sobria por un año; entonces, por medio de reiteradas preguntas cuestiona sus concepciones acerca de su sentimiento de falta de control. A medida que la conversación continúa Dotty empieza a cambiar su postura. El terapeuta comparte la visión de Dotty y luego la desafía a reconocer que está decidiendo *no beber*, y que su novio también está decidiendo *no beber*, aun cuando tenga la posibilidad de hacerlo. Mientras más repite Dotty su decisión de no beber, más fácil le resulta creer que está haciendo una elección activa y que ya no es un receptor pasivo de las órdenes del médico.

El terapeuta decidió reforzar su sensatez al elegir a un hombre que la ama lo suficiente como para no beber por consideración a ella; y después la elogió por haberle sido útil a su novio, ya que para él no beber es bueno. Ese sentimiento de reciprocidad en su relación con su novio le recuerda amablemente a Dotty que ella no sólo está recibiendo ayuda sino que también está contribuyendo al bienestar de otro. A continuación el terapeuta se explaya sobre lo que Dotty decide hacer cuando siente la urgencia de volver a beber. En el proceso Dotty descubre que posee muchas estrategias buenas, como subir al coche y salir a dar una vuelta, ir a pasear al centro de compras, ir al cine, visitar a amigos que no beben, salir a caminar, etcétera.

PACIENTE: A veces me aburro tanto, estoy tan disgustada conmigo misma que lo único que quiero es beber. Como hoy.

TERAPEUTA: Entonces, cuando se siente tan disgustada, ¿qué la detiene de hacer esto (hace el gesto de empujar una botella)? ¿Cómo consigue no beber? P.: No puedo beber el primer trago. Si bebo uno, beberé más y más.

T.: Entonces, ¿qué la detiene de tomar el primero?

P.: ¿Sabe qué es lo que me detiene? Se lo voy a decir. Es mi hijo. Yo quiero que él vuelva a vivir conmigo.

T.: Usted debe quererlo mucho.

P.: Por supuesto, soy la madre. ¿Usted no querría a su hijo?

T.: Sí, yo también lo querría. Entonces, usted está haciendo muchas cosas que la ayudan a no beber. ¿Hay algo más que haga que la ayude a no beber?

P.: A mí me encanta leer. Sobre todo westerns y novelas de amor. Una buena parte de la sesión consistió en enumerar reiteradamente lo que Dotty hacía para distraerse del ansia de alcohol.

T.: Me asombra que haya aceptado el hecho de que no puede beber. ¿Cómo acepta usted el hecho de que no puede beber? ¿Cómo lo hace?

P.: Es por mi médico.

T.: ¿El la ayuda a hacer eso?

P.: Sí, me ayuda.

T.: ¿Y qué hace para ayudarla?

P.: Solamente me dice que el alcohol no es bueno para las personas.

T.: ¿Y usted lo escucha?

P.: Seguro, lo escucho (con una sonrisa).

T.: Como usted sabe, hay muchísimas personas que no le hacen caso al médico.

P.: Sí, ya sé. Pero "yo al mío le hago caso. Algunas amigas mías no lo escucharon y murieron.

T.: Usted es una persona lista.

P.: Ah, sí, claro, ya lo sé.

T.: Quiero decir que tiene sentido común al hacerle caso al médico.

P.: Oh, seguro, yo lo escucho al doctor y hago lo que me dice.

Cada vez que Dotty retrocede y empieza a adjudicar a otra persona el mérito de sus logros, el terapeuta le recuerda reiteradamente que es ella la que decide hacer tantas cosas buenas para sí. Posteriormente, en la misma sesión, el terapeuta pasa a ocuparse de lo que Dotty necesita hacer para continuar con su autoatención y para mantener su sobriedad.

T.: Luego, ¿qué necesita usted para mantenerse sobria?

P.: Me ayuda mucho pensar en mis amigas que murieron.

T.: Y cuando piensa en ellas, ¿qué es lo que la ayuda?

P.: Ellas bebían muchísimo, bebían todo el tiempo, y ahora están muertas. Yo no quiero morir.

T.: O sea que lo que ayuda es recordarlas. ¿Y qué más?

P.: Hacer una caminata, pasear en automóvil. Ya no frecuentamos bares. Leo mucho, también. Pienso muchísimo en mi hijo. Quiero que vuelva a casa.

T.: Eso es excelente. ¿Qué grado de confianza tiene usted en que puede seguir haciendo estas cosas? Digamos que en una escala de 1 a 10, 10 significa que tiene mucha confianza y 1 significa que no tiene confianza. ¿Dónde se encuentra hoy? P.: Yo diría que estoy entre 7 y 8.

T.: Eso es muy algo. Y mirando hacia atrás, ¿dónde le parece que se hubiera ubicado durante este año de sobriedad?

P.: Y... entre 6 y 7. A veces más abajo, como los últimos dos días, que estuve, me parece, entre 3 y 4.

De esta conversación se desprende claramente que la confianza de la paciente ha aumentado significativamente durante la sesión. Al destacar todas las cosas que ella hizo para mantenerse sobria durante el último año, se pone en evidencia para ella que posee muchas buenas estrategias para mantener la sobriedad. Y cuando su año de sobriedad fue confrontado con las últimas semanas de reaparición de la urgencia por beber, Dotty pudo verse a sí misma como una abstinente exitosa. Después de una breve consulta con el equipo, al final de la sesión se le entregó a Dotty el siguiente resumen.

T.: En primer lugar, quiero decirle que me siento muy impresionado por su ardiente deseo de hacer lo que es bueno para usted. Usted cuida su cuerpo, ha dejado de beber, come bien. Y no sólo eso, sino que también tiene la sensatez de escuchar los buenos consejos; escucha a su médico y a su enfermera y sabe cuándo necesita ayuda.

R.: Mmm... Sí, así es.

T.: Creo que es sorprendente que esté comportándose tan bien como lo hace, teniendo en cuenta todo lo que tuvo que soportar.

P.: Sí, perdí a mis tres hijos por causa de la bebida.

T.: Bien, perdió usted mucho. Sus mejores amigas murieron por causa de la bebida, perdió a sus hijos. Pero usted es una mujer fuerte, sobrevivió a todo eso. Y hoy está aquí porque quiere estar segura de que no volverá a beber y de que no perderá todo como les sucedió a sus amigas.

P.: Sí, sí, perdí muchas cosas. Pero quiero aferrarme a lo que tengo.

T.: Desde luego, desde luego. Usted está haciendo muchas cosas buenas para ayudarse y poder así conservar lo que tiene: sale a pasear en auto, va a caminar, come bien, piensa en sus amigas muertas, todo eso.

P.: Mi cuñada también murió por causa de la bebida. Yo no quiero terminar así. Mi marido murió por beber, y es el padre de mi hijo.

T.: Usted está haciendo muchas cosas buenas para que todo eso no le suceda. Usted estuvo rodeada de personas que tenían problemas con la bebida.

P.: Claro, por supuesto. Y eso es lo que más me asusta.

T.: Por supuesto, está asustada. Pero también ha tenido sensatez al encontrar un hombre como Bill, que es bueno con usted y que no bebe. Además, hizo lo correcto al dejar de beber. También hizo lo correcto al venir aquí hoy. Esa es su manera de cuidarse, porque sabe que usted es la única que puede hacerlo. Entonces, para mantenerse en el buen camino, siga haciendo todo lo que estuvo haciendo durante el último año. Y si en algún momento siente que necesita ayuda para seguir por el buen rumbo, no vacile en llamarme.

P.: Sí, sí, lo haré. Me alegro de haber venido.

8. El día del milagro del señor Meeks

Si uno está avanzando, es difícil retroceder.
Ex paciente del CTFB

*No podemos hacer nada que no hayamos
podido hacer antes.* Ex paciente del CTFB

El señor Meeks era un africano americano de 53 años, que fue derivado al Centro de Terapia Familiar Breve por el Departamento de Servicio Social del Estado. En el momento de la derivación, este último organismo se había desempeñado como ente "pagador" para el señor Meeks por un período de casi tres años. Por esa circunstancia, se designó un trabajador social para recibir y manejar los desembolsos del Estado, la ayuda federal y los pagos por incapacidad en el caso del señor Meeks. Se había llegado a este arreglo porque anteriormente el señor Meeks usaba el dinero para comprar bebidas alcohólicas. El dinero que debía durar un mes era gastado en alcohol en un lapso de pocos días. Los problemas del señor Meeks con el alcohol eran de vieja data y abarcaban un lapso de 25 años. Durante todo ese tiempo había estado en tratamiento muchas veces, tanto con internación como con régimen externo. En todas esas oportunidades había abandonado el tratamiento prematuramente o había retornado rápidamente a su consumo problemático de alcohol, antes de ser dado de alta. En el transcurso de su carrera alcohólica muchas veces el señor Meeks no había tenido dónde vivir. En el momento de su derivación al CTFB, acababa de regresar al hogar de su esposa legítima y su hija de ocho años de edad.

Sesión uno (terapeuta: Stephan Langer)

Antes de asistir a su primera sesión en el Centro, el señor Meeks marcó dos citas y faltó a ellas. Por último, en el tercer intento, se concretó la primera sesión. El señor Meeks le fue presentado al terapeuta y entró en la sala de consulta. Una vez sentados, la sesión empezó así:

TERAPEUTA: Bien, ¿en qué puedo ayudarlo?

PACIENTE: Bueno, para empezar, bueno... ¿cómo podría empezar? (pausa) En primer lugar, este... yo tengo un problema con el alcohol.

T.:Ajá...

P.: Mi situación es del tipo... inestable... de entrar y salir en el problema, ejem... mi esposa y yo y nuestra hija, eh... a veces tenemos... bueno, cómo diré, conflictos por eso. Y parece que, eh... yo no puedo ver lo que hago, y ellos no vienen y me lo dicen directamente, sólo me dicen: "¡Eh, bebes demasiado!" Y yo sigo preguntando: "¿Pero qué es lo que hago?"

T.: Mmm...

P.: Es porque cuando bebo no tengo buena memoria, tengo una memoria completamente mala. Entonces, yo les digo: "¿Por qué no se sientan y me cuentan lo que hice?" Les digo que sé que hablo mucho, pero que me digan las cosas que hago.

T.: Aja.

P.: Pero después no me acuerdo. ¿Qué hago realmente? Bueno... a veces tenemos altercados violentos por causa de eso, algunos altercados físicos por culpa de eso. Y, ejem... yo no sé si... (pausa). Yo sé muy bien que la bebida es un gran problema en todo esto. Pero no lo entiendo, porque *normalmente* yo no soy violento, no puedo verme como una persona violenta que...

T.: (interrumpiendo) Entonces, ¿cómo es usted normalmente?

P.: Normalmente yo soy así.

T.: ¿Así?

P.: (sonriendo y tocándose el pecho) Este soy yo. ¡Este soy realmente yo!

T.: Cuénteme algo más, cuénteme qué quiere decir *así*, porque yo todavía no lo conozco bien.

P.: Bueno, a mí me gusta la gente, soy correcto, creo, y... este... siempre soy amable con la gente que, ejem, no es tan afortunada. Y cuando veo una persona que no es tan afortunada como yo, siempre trato de ayudarla.

Ya en los comentarios iniciales hechos por el señor Meeks surge información interesante, que probablemente pueda ser considerada terapéuticamente significativa. Por ejemplo, algunas de sus declaraciones pueden ser entendidas como evidencia preliminar de la acción de diversas defensas psicológicas, características de todos los "alcohólicos" (negación, proyección, minimalización). Basándose en esa idea el terapeuta podría, en determinado momento, decidir contradecir al paciente, con el propósito de atravesar esas defensas. Otras frases pronunciadas por el señor Meeks indican claramente que ha experimentado pérdida y lapsus de memoria como consecuencia de su bebida problemática. En otros modelos de tratamiento esos datos podrían ser usados para convencer al paciente de que él es, en realidad, un "alcohólico". Pero en este caso el terapeuta prefiere concentrarse en el comentario del paciente acerca de ser "normal". Al pedirle al señor Meeks que describa cómo es *normalmente* el terapeuta suscita la primera excepción al problema de la bebida. El impacto de esa pregunta sobre el señor Meeks es obvia en sus respuestas no verbales y en el diálogo posterior.

Antes de volver al diálogo es preciso mencionar otra frase pronunciada por el señor Meeks. En su segunda intervención el paciente describe su "problema con el alcohol" como "una situación inestable, de entrar y salir del problema". Si bien inmediatamente pueda no parecer obvio, esa descripción implica que hay ocasiones en que la bebida *no es* un problema para este paciente. El terapeuta centrado en la solución tomará nota de eso, y más adelante en la misma sesión indagará minuciosamente ese punto.

TERAPEUTA: ¿Cómo empezó a beber?

PACIENTE: (seriamente) Yo... este... Bueno, fue... Digamos que empezó en la escuela secundaria. Yo siempre era el tipo que... ejem... yo no bebía ni fumaba, y mis compañeros sí, así que...

T.: (incrédulo) ¿Ah, sí? Aja.

P.: Yo era más o menos esa clase de tipo que en las fiestas se ocupaba de que los muchachos y las chicas llegaran a su casa, aunque hubieran bebido mucho. Siempre era yo el que me ocupaba...

T.: (interrumpiendo) ¡No me diga! ¡No lo puedo creer!

P.: (con una amplia sonrisa, sigue hablando) Me ocupaba de que llegaran a donde iban. Y ése es mi modelo, así me gusta ser.

T.: Mmm... Mmm...

P.: Yo... nunca me consideré violento, pero a veces no puedo recordar si empecé yo o si empezó mi...

T.: (interrumpiendo) ¿Cuánto tiempo duró eso, que usted era esa clase de persona, tenía ese modelo y que le gustaba ser así?

P.: Oh, todo el secundario, todo el servicio militar, todo mi... porque yo tuve seis meses de servicio activo.

T.: Ajá.

P.: Y... ejem... duró todo eso y...

T.: Bien, bien.

P.: (sigue) Hasta después, después de que empecé a beber y luego dejé, ese era el tipo de modelo que yo tenía cuando conocí a mi esposa.

El foco positivo de la entrevista continúa en este pasaje de la transcripción. El terapeuta empieza con una pregunta que trata de atribuir al esfuerzo consciente y al comportamiento dirigido hacia el objetivo todos los rasgos positivos y los atributos descritos en un comentario anterior del paciente. Al responder al interrogatorio el paciente acepta tácitamente lo que está implícito en cada pregunta. Cuando la conversación empieza a desplazarse hacia un enfoque centrado en el problema ("no puedo recordar si empecé yo o si empezó mi..."), lo que es típico de las conversaciones en las etapas iniciales de la terapia centrada en la solución, el terapeuta delicadamente vuelve a dirigir la discusión hacia un enfoque centrado en la solución. El diálogo se convierte en una suerte de historia psicosocial espontánea centrada en la solución, en la que las ventajas, capacidades, éxitos y recursos del paciente para encarar su problema son de fundamental interés y revisten la máxima importancia. En la frase final de este pasaje, el paciente menciona un éxito anterior con el problema del alcohol: comenta que una vez dejó de beber. En cierto momento el terapeuta centrado en la solución querrá indagar más detalles de aquello que el paciente hizo con éxito.

Luego la conversación se centró en la familia del señor Meek. Específicamente, el paciente le contó al terapeuta cómo era su relación con su esposa y su hija. Así el terapeuta se enteró de que el señor Meeks y su esposa se habían reconciliado poco tiempo atrás, después de una separación de dos años. Y el hombre expresó especialmente que deseaba restablecer una relación más íntima con su esposa y participar más en la crianza de su hija. Al ser interrogado señaló que había hecho ciertos progresos en esos dos campos:

PACIENTE: Bueno, las cosas son difíciles porque... ejem... debido a nuestra separación, la niña y yo no estamos muy unidos.

TERAPEUTA: ¿Y ahora eso está cambiando?

P.: Muy, muy despacio, demasiado despacio para mí.

T.: ¡Ah!

P.: Muy despacio, porque...

T.: ¿Cómo se da usted cuenta de que las cosas están cambiando y de que usted está más cerca de su hija?

P.: Bueno, la llevo a pasear y jugamos. Tirar la pelota, en fin, esas cosas que yo nunca había hecho con la niña.

T.: ¿Ah, sí?

P.: Nunca jamás. De hecho, en los ocho años que ella tiene, nunca jugué con mi hija.

T.: ¿Excepto ahora?

P.: ¡Excepto ahora! Sí, así es. Y ahora que pienso... he estado haciendo muchas cosas más con ella.

T.: Mmm...

P.: Y eso empezó... a ver... hace algunas semanas.

Esta conversación transcurrió más o menos en la misma forma que las anteriores, poniendo el énfasis sobre los aspectos positivos de su vida familiar y tratando de alentar los cambios que el paciente ya había hecho. Después de ampliar considerablemente, el terapeuta trató de poner en claro si —o cómo— esta nueva área se vinculaba con el problema de la bebida. Para ello preguntó:

T.: No sé si esto se relaciona con su bebida y con la violencia de que usted habló antes.

P.: Bueno, yo he bebido mucho antes... (pausa) y no entiendo bien. En realidad no sé... (reflexiona) si mi vida de familia va mal cuando bebo... y no sé si yo empiezo estos altercados o los empieza ella, o si lo que pasa es que como estuve bebiendo no puedo recordar... Eso no lo sé, porque cuando he estado bebiendo tengo muy poca memoria de lo que hago.

T.: ¡Ah!

P.: A veces me despierto después de haberme tomado una botella y no puedo recordar dónde dejé los zapatos, o los pantalones, dónde puse mi billetera, o si cuando llegué tenía la billetera o no la tenía. Y después me dicen qué hice. Me dicen qué cosas dije... Me cuentan algún acto de violencia. Un par de veces me desperté en la cárcel preguntándome qué demonios estaba haciendo allí.

T.: Ajá.

P.: Y cuando al día siguiente tengo que ir a ver al fiscal de distrito, me dicen: "Usted actuó violentamente con su esposa. La amenazó con matarla, o golpearla, o con hacerle otras cosas". Y yo siempre pienso "¡Demonios, no me acuerdo de nada!"

T.: ¿Y a usted le gustaría cambiar todo eso?
P.: ¡Tengo que cambiar todo eso!
T.: (con expresión de curiosidad) ¿Ah, sí?
P.: Sí, porque... con tantos años de beber, algo me funciona mal aquí (se señala la cabeza).
T.: Mmm...
P.: Me ha pasado algo malo...
T.: Entonces, ¿qué cree usted que necesita cambiar en todo esto?
P.: Bueno, primero, tengo que trabajar muy duro para no beber.
T.: ¡Oh!
P.: Sí, y punto y aparte. ¡Muy duro! Porque ése es... yo sé que ése es uno de los principales... que ése es el principal problema.
T.: ¿Ah, sí?
P.: ¡Por supuesto! Yo me doy cuenta de que es un problema importante por el hecho de que cuando bebo no me acuerdo de nada... no puedo recordar nada.

En las frases iniciales de este fragmento de conversación el señor Meeks afirma que no tiene totalmente claro si, o cómo, su manera de beber tiene algo que ver con sus problemas familiares. Nótese que el terapeuta centrado en la solución no pierde tiempo tratando de convencerlo de lo contrario. Algunos profesionales, creyendo que la vinculación está oscurecida por la "negación", quizá se sentirían tentados de intervenir para "ayudar" al señor Meeks a reconocer la relación entre ambos hechos. Sin embargo, en este punto ese movimiento por parte del terapeuta habría sido contraproducente. Dentro del método centrado en la solución, en cambio, el terapeuta acepta el punto de vista del paciente y centra el diálogo en lo que el paciente quiere cambiar o modificar. Este foco sirve para sacar al paciente del diálogo acerca del problema y llevarlo hacia la discusión de los objetivos que desea alcanzar. El señor Meeks indica que su manera de beber es "el principal problema" y que él quiere hacer algo para producir un cambio. Estas dos claves juntas indican que está empezando a tomar forma una relación de tipo comprador.

Inmediatamente después de identificar el alcohol como su principal problema, el señor Meeks comentó que hacía una semana que no bebía ni una gota. Naturalmente, el terapeuta indagó acerca de esta excepción y le preguntó al paciente cómo lo había logrado.

TERAPEUTA: Muy bien, entonces, ¿cuánto tiempo hace que está sobrio?
PACIENTE: Normalmente paso sin beber, a lo sumo, un día, a lo mejor dos.
T.: ¿Y cuánto tiempo hace...?
P.: Ahora hace una semana.
T.: (con naturalidad) ¿Una semana? ¿Cómo se las arregló para hacerlo?
P.: Estoy, como dije, estoy empezando a... este... estoy empezando a prestar atención, porque... mmm... hay cosas que no puedo recordar. Y además, ahora me doy cuenta de que cuando estoy como estoy esta semana, la familia está un poco más unida... y...
T.: (mientras el paciente sigue hablando) ¡Demonios! ¡No puedo creerlo!
P.: Me han ofrecido un trago y he dicho que no.
T.: ¡Oh! ¿Ni siquiera tenía ganas? ¡Fantástico!
P.: De hecho, hoy me invitaron...
T.: ¿Quiere decir que alguien le ofreció un trago hoy?
P.: Sí, aquí, a pocas cuadras de su oficina, cuando iba en el autobús.
T.: ¡Es increíble!
P.: Y yo dije "¡No!" Y realmente no quería beber. Y eso que conocía bien a la persona, porque antiguamente fuimos compañeros de juerga.
T.: ¿O sea que era un amigo? ¿No era cualquiera el que le ofreció un trago?
P.: No, era un viejo amigo. Si habré bebido con él, y...
T.: ¿Y cómo pudo negarse así?
P.: En realidad, siendo el alcohólico que soy, estuve bastante firme.
T.: ¡Claro que sí! ¿Cómo lo hizo?
P.: (menea la cabeza de izquierda a derecha).

El paciente "no sabe", literalmente, cómo fue capaz de no aceptar la invitación de su compañero de copas; y lo indica no verbalmente, meneando la cabeza. Hay muchas probabilidades de que esta persona no haya pensado nunca que no le pedirían que pensara en la ausencia de su problema con la bebida. Como es evidente en el fragmento que sigue, el paciente es mucho más capaz de hablar de *la presencia* de su comportamiento problemático, y de predecirlo. Probablemente ese tema haya sido el foco principal de la mayoría de las experiencias del señor Meeks en tratamiento. Pero en este caso el terapeuta desvía rápidamente la conversación hacia un foco sobre la solución.

T.: ¡Quiero decir que parece que fue un verdadero desafío, caramba!

P.: ¡Sí que lo fue! Fue algo terrible. Creo que si yo hubiera viajado un poco más lejos, habría terminado aceptando.

T.: Entonces, ¿cómo se las arregló para no ceder, hasta que llegó el momento de bajarse del autobús?

P.: Sólo pensé que tenía algo más importante que hacer.

T.: ¡Ah! Muy bien.

P.: Sí, yo creo que esta sesión era condenadamente más importante que tomar un trago. Porque si yo hubiera aceptado un solo trago, me habría bajado del autobús y habría tomado otro para el otro lado y no hubiera venido.

T.: ¡Caray! Entonces, usted sabía que lo que ya estaba haciendo y el lugar adonde iba eran cosas más importantes.

P.: Sí, sí. Y mi familia es muchísimo más importante que un trago; y creo que lo que más está destruyendo a mi familia es la bebida.

T.: ¿Y cómo sabe que será capaz de seguir rechazando invitaciones para beber? Porque, como usted sabe muy bien, van a seguir ofreciéndole.

P.: Bueno, yo he dejado de beber. Ya dejé una vez...

T.: Bien, sí, ya me lo dijo.

P.: Dejé de beber por doce años. Fue algo...

T.: ¿Doce años? ¿Cómo hizo para mantenerse sobrio doce años? ¡Eso es mucho tiempo!

Como se recordará, a partir de nuestra anterior exposición, la identificación de las excepciones al problema con la bebida no es, por sí misma, suficiente. Hay algo que es de vital importancia para generar soluciones: ayudar al paciente a identificar cómo se produjeron las soluciones. Así, el terapeuta empieza a indagar cómo el señor Meeks se las arregló para no aceptar la invitación de su ex compañero de borracheras. Al principio el señor Meeks responde que no sabe. El terapeuta tiene que insistir, en un esfuerzo por ayudar al señor Meeks a describir cómo se produjo la excepción. Pero muy pronto el señor Meeks vincula este éxito con el hecho de que él pudo dejar de beber durante doce años. Siguiendo con la misma línea de interrogatorio de la conversación anterior, el terapeuta obtuvo una minuciosa descripción de cómo el paciente había podido no beber durante doce años. El señor Meeks identificó muchos factores que, según él creía, habían contribuido a ese prolongado triunfo (por ejemplo, alejarse de los compañeros de juergas, dedicarse a su familia, tener empleo, ayudar a otros, etc.).

A esta altura el señor Meeks ya ha expresado que su mayor problema es la bebida. Además, se han identificado y comentado varias excepciones a su problema con la bebida. Sin embargo, si bien el señor Meeks ha identificado la bebida como su mayor problema, y si bien las excepciones suscitadas hasta aquí son impresionantes y parecen constituir una sólida base sobre la cual construir una solución, no se puede dar todavía por sentado que el objetivo del paciente sea terminar con su problema con la bebida. Por cierto, el objetivo del paciente puede ser otro, y la bebida simplemente un medio para obtener ese otro objetivo, tan deseado. Sea como fuere, a esta altura el terapeuta debe tener muchísimo cuidado de no sacar una conclusión prematura respecto de los objetivos del paciente para el tratamiento, y debe evitar la tentación de imponer sus propios objetivos referentes al consumo y al no consumo de alcohol por parte del paciente. Para quienes han visto los efectos destructivos del abuso de alcohol en individuos y en familias, esto puede resultar difícil. Pero según nuestra experiencia, en el trabajo con el bebedor problemático, el éxito depende de determinar cuál es el objetivo del paciente y avanzar hacia él.

Sin duda, esto no quiere decir que la interacción hasta este punto haya sido inútil. Por cierto, el foco positivo de la entrevista ha contribuido a crear una relación cooperativa de trabajo entre el paciente y el terapeuta. Sin embargo, en este momento el terapeuta necesita determinar con más certeza lo que el paciente quiere que suceda como resultado de haber iniciado el tratamiento. Hay una pregunta que ha resultado muy útil para determinar el objetivo del paciente, es decir, lo que quiere lograr con el tratamiento: la "pregunta por el milagro" (véase el capítulo 5).

TERAPEUTA: Y ahora permítame hacerle otra pregunta relacionada con esto. Simulemos por un momento que esta noche usted se va a la cama, pues bien, usted se duerme y sucede un milagro...

PACIENTE: (esboza una sonrisa)

T.: (continúa) Y mañana a la mañana usted se despierta y el problema que lo trajo aquí, a terapia, está resuelto. ¿Cómo se daría cuenta de que ha sucedido ese milagro?

P.: (sonriendo ampliamente) Bueno, creo que me sentiría como hoy. ¡Hoy es un "día del milagro"!

T.: ¡Oh, qué bien!

P.: Sería un día exactamente como hoy. ¿Y sabe qué? Yo estaría feliz, feliz con mi mujer y mi hija, y haría cosas... más cosas en familia.

T.: ¿Como por ejemplo qué cosas?

P.: Y... como le dije antes, sacar a la niña a pasear, y jugar a tirar la pelota y agarrarla... y sería cariñoso con mi mujer.

T.: Bien. ¿Y qué más?

En este breve fragmento se advierte que los objetivos del señor Meeks para el tratamiento giran alrededor de su vida familiar. En consonancia con sus primeras declaraciones, el señor Meeks señala que ya se han producido algunos cambios para mejorar. En la conversación que siguió el terapeuta obtuvo una descripción vivida y detallada de la vida familiar del señor Meeks, que ya era diferente en este "día del milagro"; y además, el paciente declaró que quería que siguiera siendo diferente. Luego, y esto es lo más importante, el terapeuta le pidió al señor Meeks que continuara describiendo el milagro con detalles explícitos. Para ello, formuló varias veces la pregunta decisiva: "¿Y qué más?" Por ejemplo: "¿Qué más notará usted que es diferente en su día del milagro?" Después de identificar muchas cosas que eran y seguirían siendo diferentes (por ejemplo, sonreiría más, sería más sociable, saldría de su "cascarón"), el terapeuta preguntó por última vez "¿Qué más?"

T.: Bien, ¿hay algo más que sería diferente y por lo que usted se daría cuenta de que ha sucedido el milagro?

P.: Bueno, yo podría mantenerme alejado de la bebida como lo estuve esta última semana.

T.: Ah, ya veo. ¿Y en qué lo ayudó eso?

P.: Bueno, mi familia y yo estamos más unidos. Y nosotros, sabe, nosotros estamos llevándonos mejor; y ahora que lo pienso... no hemos tenido ninguna pelea.

T.: ¡Fantástico!

A diferencia de sus declaraciones anteriores, el señor Meeks reconoce ahora que su problema con la bebida influye sobre su vida familiar. Quizá lo más singular de este hecho sea que él hizo esta observación sin intervenciones de confrontación por parte del terapeuta. Continuando con la conversación, el señor Meeks y el terapeuta siguieron analizando cómo el cambio en su problema con la bebida había afectado ya y seguiría afectando positivamente su vida hogareña y familiar. Poco después se hizo evidente para el terapeuta y el equipo de tratamiento (que observaba detrás del vidrio espejado) que el objetivo del señor Meeks para el tratamiento era seguir mejorando su vida hogareña y de familia. A este respecto, controlar la bebida problemática era meramente un medio para alcanzar un fin. Por lo tanto, había sido correcta la anterior decisión del terapeuta de evitar convertir prematuramente a la bebida en el foco del tratamiento.

A esta altura de la sesión estaba claro, tanto para el terapeuta como para el equipo, que ya se había producido un importante cambio positivo, antes de que este paciente entrara en tratamiento. Por ejemplo: hacía poco que se había reconciliado con su esposa; estaba intentando construir una relación más íntima con su mujer y con su hija; y hacía una semana que no bebía. Luego la conversación derivó hacia lo que el señor Meeks podía hacer para que los diversos cambios se mantuvieran:

TERAPEUTA: En cierto modo parecería que el milagro ya hubiera empezado a suceder.

PACIENTE: Ojalá, ojalá, espero que no cambie porque es difícil, es casi como... Tengo que alejarme de algo para hacer lo que estuve haciendo ahora...

T.: ¿Cómo sabría usted que este milagro va a seguir, que las cosas van a seguir como están después del milagro?

P.: Yo tendría que esperar, en realidad no podría...

T.: Quiero decir: ¿hay señales de que usted podría seguir adelante?

P.: Yo lo único que sé es que me siento muy bien. Pero otra cosa no podría decir... Siento que ha llegado el momento de hacer las cosas bien... Me siento fantástico, así que...

T.: Entonces, a mí me gustaría asegurarme de que usted puede seguir sintiendo lo mismo. Y me pregunto cómo podría usted seguir teniendo esa buena sensación. Supongamos que el milagro ya ha sucedido. ¿Cómo sabría usted que el milagro dura y que ésta era la cosa real que tenía que pasar?

P.: Lo sabría al llegar a mi casa.

T.: ¿Y cómo lo sabría?

P.: Lo sabría porque, normalmente, lo primero que digo al entrar es: "¿Qué hay para comer?" y me siento en mi sillón favorito y ¡clic! enciendo el televisor y después, ejem... me aburro, o mi mujer empieza a pelear, y entonces decido salir y juntarme con mis compinches.

T.: ¿Y en qué serán diferentes las cosas ahora?

P.: Si yo pudiera llegar a casa y olvidarme de la TV... (piensa)... ¡y nada de comida! (ríe). Si pudiera olvidarme del televisor y entrar y darle un beso y un abrazo a mi mujer, darle un beso y un abrazo a mi hija y preguntarles cómo les fue durante el día, todas esas cosas. Y cuando ella empieza a contarme de sus pequeños problemas en el trabajo... (larga pausa) si yo pudiera escuchar a mi mujer cuando me habla de sus cosas, sabría que hubo un milagro (ríe).

Tal como con la excepción y con las preguntas por el milagro, en este punto el terapeuta vuelve a formular preguntas que ayudan al señor Meeks a especificar su descripción del milagro con detalles explícitos. La descripción se prolongó varios minutos. Para evaluar y reforzar el compromiso del señor Meeks de mantener esos cambios positivos, el terapeuta utilizó una serie de preguntas de escala.

T.: En una escala de 1 a 10, donde el 10 indica que usted haría cualquier cosa para mantener las cosas tal como están yendo ahora; y donde el 1 significa que eso no importa, ¿qué número se pondría a usted mismo?

P.: Un 10, porque yo quiero que todos los días las cosas sean como fueron hoy. Ahora, sé que va a haber conflictos... mi mujer y yo no vamos a estar de acuerdo en todo... pero, en la forma que yo estoy ahora, puedo manejarlo. Si yo tomara un solo trago, entonces diría "¡Vete al infierno, a mí qué me importa!" Así que no puedo volver a emborracharme.

T.: Bien, bien. En la misma escala, porque me parece que es algo que tiene que ver, pero esta vez 10 significa que usted tiene plena confianza en que podrá seguir con lo que está haciendo ahora, y 1 significa que no tiene ninguna confianza, le pregunto: ¿qué número pondría?

P.: Creo que un 5, porque no podría estar seguro...

T.: Bien.

P.: (sigue hablando) Estoy bastante seguro, pero lo mismo tendría que poner más o menos un 5. No podría poner un 10 y asegurar que nunca van a pasar las mismas cosas de antes. ¡Eso no!

T.: Bien, me alegro de que sea realista. Y a propósito, mmm... ¿Qué haría falta para poder pasar a 6, en eso de la confianza?

P.: ¡Ah! ¡Día por día! Tendría que trabajar en eso día tras día para poder llegar a 6. Y, digo yo...

La última respuesta del paciente refleja una idea que él aprendió en sus anteriores experiencias de tratamiento. Nosotros no concordamos ni discrepamos con su filosofía de "un día por vez". Para nosotros la consideración más importante es si al paciente le resulta útil esa idea para alcanzar sus objetivos. Sin embargo, el terapeuta debe ayudar al paciente a definir las respuestas vagas o trilladas en términos específicos, concretos y de conductas explícitas. Esto se logró en el siguiente pasaje del diálogo, volviendo a la cuestión de la escala.

T.: (interrumpiendo) Entonces, ¿cómo sabría si ya está en el punto 6 en confianza?

P.: Yo diría que si pudiera estar como estoy hoy, aunque por la mañana me levantara hecho una ruina. Si yo pudiera mantenerme tal como hoy, digamos... unos cinco o seis meses... sin beber. Sin probar ni una gota, ésa sería una de las claves para llegar a 6.

T.: Bien. ¿Y habría señales en el camino que le permitirían saber que está llegando a 6? ¿Cómo serían esas señales?

P.: Bueno, seguir teniendo una buena relación padre-hija.

T.: ¿Y cómo se daría cuenta de que está sucediendo eso?

P.: Bueno, mmm... si yo no me enojo por cualquier cosa. Por ejemplo, no me enojaría si la niña derramara agua o, digamos, rompiera algo...

T.: ¿Qué haría usted en ese caso?

P.: Hablaría con ella; le diría, por ejemplo: "¿Por qué no comes en la mesa del comedor y no en el living?"

T.: Ah, ya veo. Conversaría con ella.

P.: Sí, claro, en vez de gritar y enfurecerme cuando ella hace esas pequeñas cosas que yo también hacía cuando era un niño... pero los varones...

T.: Entonces, dígame algo más que le parezca que le serviría para darse cuenta de que va a llegar a 6.

P.: Sí, llevarme mejor con mi mujer... ser un poco más amable con ella.

T.: ¿Y cómo se daría cuenta ella de que usted ha empezado a ser más amable?

R: Pues... diciéndole de vez en cuando que está muy bonita

T.: ¡Ah! Bien.

P.: ¿Sabe? Nunca le digo ningún cumplido.

T.: (bromeando) ¿Le parece que se desmayará la primera vez que lo haga?

R: (ríe) No, no, porque ya me lo ha dicho, me dijo: "Nunca me dices que estoy guapa". Y yo siempre le contesto: "¡Por Dios! Ya te lo dije hace 12 años, cuando me casé contigo. ¿Para qué tengo que estar repitiéndolo?"

T.: (todavía riéndose) ¡Si usted no le ha dicho un cumplido en 12 años, entonces creo que tendrá un ataque al corazón!

P.: Verá usted... antes, yo bebía un par de copas y empezaba: ¡Epa, vaya, estás preciosa hoy, chica! (el paciente levanta los pulgares y guiña el ojo).

T.: ¿Y entonces, qué habría de diferente ahora?

R: Que se lo diría estando sobrio, eso.

T.: Sí, claro, me doy cuenta... (pausa)... ¿algo más que le serviría para darse cuenta de que está subiendo puntaje en la escala de la confianza?

P.: Ser más útil en la casa.

T.: ¿Ah, sí? ¿Por ejemplo, cómo?

R: De vez en cuando, como ella trabaja tres días por semana, yo podría colaborar, pasando la aspiradora o ayudando a la niña a hacer sus deberes, pequeñas cosas, ¿se da cuenta?

T.: Sí, claro. ¿Y eso ayudaría?

P.: Sí, y si yo dejo de hacer algunas cosas que la irritan... como, por ejemplo, mmm... yo entro, me sacó la camiseta y ¡ahí va! (señala el piso).

T.: ¡Ah! ¿Y qué haría en lugar de tirar la camiseta al suelo?

P.: Bueno, ella es una persona muy pulcra. Así que cuando yo me sacó la ropa o los zapatos le gusta que guarde todo en el armario o que ponga lo que está sucio en la máquina.

T.: Ya veo.

Esta última parte es un ejemplo particularmente claro de cómo se pueden usar las "preguntas de escala" para ayudar al paciente a elaborar descripciones concretas, específicas y en términos de conductas explícitas. En este caso el paciente es capaz de describir todo lo que tiene que hacer para tener más confianza en que la experiencia del "milagro" se prolongará en el tiempo. En este proceso el terapeuta se vale de preguntas que ayudan al paciente a hacer la descripción en "pocas palabras" y como "la presencia y no la ausencia de algo", lo que, según se expresó en el capítulo 3, son dos cualidades de los objetivos bien pensados. Por ejemplo, en relación con lo primero, cuando el paciente dice que para llegar a 6 en confianza debe continuar por un período de cinco o seis meses, el terapeuta modifica rápidamente la pregunta para suscitar signos de progreso en el ínterin. Con respecto a lo último, cada vez que el paciente formula su objetivo en términos negativos (por ejemplo, "no me enojaría con ella"), el terapeuta favorece y promueve una descripción positiva del comportamiento deseado, preguntando qué haría *en cambio*.

El proceso de obtener una descripción completa y en términos de conductas explícitas respecto del nivel de confianza del señor Meeks se prolongó algunos minutos más. Luego el terapeuta interrogó al paciente acerca de su disposición para continuar con los cambios que ya había hecho, como también con los que era necesario hacer.

T.: Bien. Hemos hablado de la confianza... Permítame ahora hacerle otras preguntas, también de números, que tienen que ver con esto. Esta vez, 10 significa que usted está muy interesado en continuar con lo que ha empezado a hacer (me refiero a los cambios que ya hizo)... y que además está interesado en hacer también las otras cosas de las que hemos estado hablando; y que 1 significa que todo eso no le interesa para nada. ¿Qué número pondría usted?

P.: (con aire seguro) ¡Un 10!

T.: ¿Un 10? ¡Caray!

P.: Sí, porque, como le dije antes... ejem, yo tengo que cambiar, tengo que cambiar por mi familia.

T.: Mmm... Así que...

P.: (interrumpiendo) ¡Ah!, ¿sabe?, ahora que pienso... yo diría que las cosas están mejor... así que, bueno, pondría un 10.

Después de esta breve conversación el terapeuta preguntó si había algo más que el paciente quisiera o necesitara decir antes de hacer una pausa para consultar con el equipo. Hacerle esta pregunta al paciente antes de la consulta se ha convertido en un método estándar para cerrar la entrevista en el CTFB. Descubrimos que la pregunta era muy útil porque son muchos los pacientes que en respuesta a ella brindan información decisiva. Pero en este caso, como sucede casi siempre, el señor Meeks contestó que no tenía nada que agregar. En este punto el terapeuta salió de la sala de terapia para reunirse con el equipo que estaba detrás del vidrio espejado.

La reunión de equipo

Al entrar en la sala situada detrás del espejo el terapeuta fue apoyado y elogiado por los miembros del equipo. Luego el terapeuta y el equipo propusieron diversas ideas para generar elogios posibles, destinados a ser incluidos en el comienzo del mensaje de intervención que le sería enviado al señor Meeks. Este es el proceso que se desarrolla habitualmente detrás del espejo, en el CTFB. Se creó la siguiente lista:

- ✓ buena persona
 - se preocupa por los demás
 - antecedentes de haber sido servicial
- ✓ honesto
- ✓ franco
- ✓ tiene claras sus prioridades
 - acudió a la sesión en vez de eludirla
 - sabe lo que es importante para él
- ✓ tiene antecedentes de éxitos
 - fue capaz de no beber durante 12 años
- ✓ realista
 - no es soberbio
- ✓ ya hizo muchos cambios
 - pasar más tiempo con la hija
 - tratar de intimar más con su mujer
 - dejó de beber por una semana
 - le ofrecieron alcohol y lo rechazó
- ✓ al parecer, sabe lo que quiere y lo que debe hacer
 - mantener los cambios que ya hizo
 - ser más cariñoso con la esposa y la hija
 - mantenerse apartado de la bebida
- ✓ está resuelto a:
 - mantener los cambios que ya hizo
 - hacer más cambios

Con el propósito de personalizar el mensaje a este paciente, algunos de los miembros del equipo se habían esforzado por identificar las expresiones coloquiales que el paciente usó durante la sesión. He aquí algunas de ellas:

- ✓ vivir día por día
- ✓ dejar de beber es "trabajo duro", algo "condenadamente difícil"...
- ✓ día del milagro

Después de este intercambio de ideas [*brainstorming*] tuvo lugar una animada discusión sobre el objetivo del señor Meeks para el tratamiento. Los interrogantes del grupo eran: si había un objetivo para el tratamiento; y si ese objetivo (si lo había) satisfacía los criterios de un "objetivo bien pensado". Los miembros del equipo concordaron en que el señor Meeks quería mejorar su vida de familia, especialmente con respecto a ser un "buen padre". En otras palabras, para él este objetivo era el más destacado. El señor Meeks había dado una descripción vivida y detallada de lo que quería que pasara, y además hasta había hecho algunos cambios en la dirección deseada. Por esa razón el equipo llegó a la conclusión de que el objetivo estaba enmarcado en términos pequeños, no grandes.

Además, concordamos en que para el señor Meeks mantenerse libre de la bebida era una manera de lograr su objetivo. A este respecto, él ya había puesto fin a su problema con la bebida durante una semana; y en otra ocasión, había dejado de beber durante doce años. Sin embargo, los miembros del equipo y el terapeuta señalaron que el propósito de poner fin al abuso del consumo de alcohol no reunía las cualidades de un "objetivo bien pensado", ya que se lo describía como la ausencia y no como la presencia de algo. Además, era sólo una de las vías posibles para que el señor Meeks alcanzase su objetivo. Por esa razón el equipo determinó que era preciso seguir poniendo el énfasis sobre los cambios positivos que él había introducido en su conducta hacia su esposa y su hija, cambios que eran el resultado de no consumir bebidas alcohólicas.

Como ya se habían producido cambios, los miembros del equipo pensaron que los objetivos para el tratamiento eran obviamente realistas y alcanzables dentro del contexto de la vida del señor Meeks. Y por último, el equipo llegó a la conclusión de que el señor Meeks reconocía que llegar a tener un buen hogar y una vida de familia más armoniosa requería un duro trabajo; y que él estaba dispuesto a trabajar duramente para lograrlo. Basándose en todos estos factores el equipo determinó que había un objetivo bien pensado.

Luego se evaluaron los elogios y las expresiones del paciente a la luz de los objetivos para el tratamiento. Sólo se retuvieron los elogios y las expresiones que tenían alguna relación con los objetivos del tratamiento:

- ~~///~~ honesto
- ~~///~~ franco
- ~~///~~ tiene claras sus prioridades
 - acudió a la sesión en vez de eludirla
 - sabe lo que es importante para él
- ~~///~~ ya ha hecho muchos cambios
 - pasar más tiempo con su hija -tratar de intimar más con su mujer
 - dejó de beber una semana
 - rechazó la bebida alcohólica que le ofrecieron
- ~~///~~ parece saber lo que quiere y lo que debe hacer
 - continuar con los cambios ya hechos
 - ser más cariñoso con la esposa y la hija
 - mantenerse apartado de la bebida
- ~~///~~ está dispuesto a
 - continuar con los cambios ya hechos -hacer más cambios
- ~~///~~ expresiones del paciente
 - "pequeñas cosas"
 - dejar de beber es un "trabajo duro", algo "condenadamente difícil"
 - día del milagro

Después de analizar los objetivos el equipo empezó a considerar qué tarea sería conveniente indicar. Los miembros del equipo y el terapeuta coincidieron por unanimidad en que la relación entre el paciente y el terapeuta era del "tipo comprador". Basándose en esa idea el equipo determinó que sería adecuado pedirle al señor Meeks que "hiciera" algo. Como durante la sesión él había expresado que ya había empezado a hacer cambios y, además, que estaba dispuesto a seguir haciéndolos, el equipo decidió pedirle, simplemente, que siguiera haciendo lo que funcionaba. En el capítulo 6 se identifica esta tarea diciendo que se trata de "hacer más de lo mismo". El razonamiento para pedirle esto al señor Meeks fue que, evidentemente, él sabía lo que necesitaba, puesto que ya había empezado a introducir cambios.

Luego se resumió la discusión en un breve mensaje compuesto por los elogios, la exposición razonada y la tarea para el hogar. El mensaje le sería leído al señor Meeks. La reunión del equipo se prolongó por unos diez minutos. Cuando el terapeuta estaba a punto de volver a la sala de consulta, un miembro del equipo sugirió que el terapeuta iniciara el mensaje estrechando la mano del paciente para poner de relieve la idea del equipo acerca de su éxito.

El mensaje de intervención

El terapeuta volvió a la sala y, antes de sentarse, le estrechó la mano al señor Meeks.

TERAPEUTA: El equipo me pidió que le estrechara la mano (se sienta). Hay muchas cosas que realmente nos impresionan. Estamos impresionados por todas las cosas que usted está haciendo, esas cosas de las que usted y

yo hemos hablado hoy. De hecho, con todo lo que está haciendo para que las cosas mejoren, es difícil saber exactamente por dónde empezar...

PACIENTE: (con una amplia sonrisa, mueve la cabeza afirmativamente) Oh, ¡Vaya!

T.: Algo que yo percibo —y que el equipo considera muy importante— es su honestidad. Apreciamos profundamente su honestidad y el hecho de que haya decidido venir y ser honesto con las cosas...

P.: (haciendo gestos enfáticos de afirmación) ¡Sí!

T.: ...y que sea franco con lo que sucede. También es impresionante que usted tenga una clara conciencia de lo que es importante para usted...

P.: ¡Sobre todo cuando no bebo!

T.: Sí, como lo está haciendo ahora. Y también nos resulta claro que para usted es importante ser un buen padre y un buen esposo y ser bueno con usted mismo...

P.: (el paciente sigue afirmando con la cabeza y en sus ojos aparecen lágrimas)

T.: ...y que usted tiene un claro sentido de estas cosas. Y en este momento, señor Meeks, usted ya está haciendo muchas cosas que hacen una diferencia en su vida. Cosas como intimar más con su esposa y su hija, ayudar en la casa, no beber; y hasta acudir a terapia. Esto facilita mucho nuestro trabajo.

P.: (ríe) Sí, claro.

T.: Hoy ha sido una especie de "día del milagro" por la manera en que hemos estado conversando; y... ejem... estamos realmente impresionados de que usted haya tenido hoy un día del milagro.

P.: (se seca los ojos) ¡Sí que parece un milagro!

T.: Así es, y por lo que nos ha contado, usted ha estado haciendo un trabajo durísimo, un trabajo que lo llevó a esto.

P.: Sí, fue duro.

T.: En general, para nosotros esto significa que usted sabe que hay más trabajo duro por hacer y que sabe también que necesita, señor Meeks, seguir haciendo lo que ha estado haciendo, para tener más días como hoy y para repetir el tener más días como hoy.

P.: (asiente)

T.: La indicación que tenemos para usted, señor Meeks, es que siga haciendo lo que está haciendo, para tener más días como hoy. Y mientras hace eso, señor Meeks, tome nota de las cosas que hace para mantenerse en el buen camino.

Los movimientos de cabeza afirmativos, las lágrimas en sus ojos y las verbalizaciones afirmativas indicaron al terapeuta y al equipo que el mensaje de intervención había sido aceptado por el señor Meeks. Después de transmitido el mensaje, el terapeuta y el paciente caminaron juntos hasta el área de recepción; allí se concertó una segunda cita.

Sesión dos

El señor Meeks se presentó puntualmente a su segunda cita, una semana después. Tenía un aspecto animado y su apariencia general había mejorado desde la primera entrevista. Como es habitual en la mayoría de las segundas sesiones y también en las subsiguientes, la sesión empezó con la siguiente pregunta del terapeuta al señor Meeks:

T.: ¿Qué anda mejor?

P.: Bueno, para empezar, le diré que mi hija y yo. Hemos pasado bastante tiempo juntos esta semana... ¡Y lo pasamos muy bien!

T.: ¿Ah, sí?

P.: (sigue hablando) Y he estado haciendo pequeñas cosas en la casa, hasta cosas que dije que jamás haría, como preparar la cena y lavar los platos.

T.: ¡Vaya!

P.: Sí, parece que mi "día del milagro" se ha prolongado casi toda la semana pasada.

T.: ¡No me diga!

Juntos, el señor Meeks y el terapeuta siguieron identificando muchos otros cambios positivos que habían tenido lugar durante la semana. Esos cambios incluían una mejoría general de la interacción entre el paciente y su esposa, como también la continuidad de su abstinencia. El lenguaje y el comportamiento no verbal del señor Meeks indicaban claramente que se sentía orgulloso de poder comunicarle sus logros al terapeuta. Ante el relato de cada cambio el terapeuta prorrumpe en alguna exclamación de apoyo y aliento, como: "¡Vaya!", "¡No me diga!",

"¡Fabuloso!", "¡Siga así!". En el capítulo 7 dijimos que este "proceso de reconocimiento y aliento" es vital para ayudar al paciente a mantener los cambios positivos que tuvieron lugar entre sesiones (Kral y Kowalski, 1989).

Cuando el señor Meeks parecía haber agotado su lista, el terapeuta empezó a amplificar cada uno de los cambios registrados, volviendo al comienzo de la lista y pidiendo más información. Una de las preguntas que se usaron en este proceso fue una pregunta centrada en la relación. El fragmento que sigue la ejemplifica bien:

T.: Ahora, permítame ver si entendí bien todo lo referente a la semana; usted dijo muchas cosas.

P.: Muy bien.

T.: Durante la semana, ¿pasó más tiempo con su hija?

P.: (afirma con la cabeza) Sí, pasé mucho tiempo con ella, la saqué...

T.: Ahora, si su hija estuviera aquí, ¿qué me diría que vio de diferente en usted la semana pasada?

P.: (pensando) Mmm... no sé... Creo que diría que le gustó mucho ir a ver las flores en el Jardín Botánico... A lo mejor diría que se divirtió mucho en el parque jugando conmigo, caminando, bromeando por la calle como nunca lo habíamos hecho... Somos muy compañeros, ahora.

T.: Y eso es muy bueno para usted.

P.: Claro, claro. Estoy empezando a conocer a mi niña... porque nunca antes había hecho estas cosas...

Tal como cuando el paciente enumeraba todos los cambios producidos entre dos sesiones, el terapeuta sigue "alentando" a su interlocutor a medida que los cambios se amplifican. Minutos después tiene lugar un diálogo similar acerca de los cambios en el comportamiento del señor Meeks en el hogar y en la relación con su esposa:

T.: Me dijo que estuvo haciendo cosas en la casa...

P.: Sí, un par de veces preparé la cena.

T.: ¿Preparó la cena dos veces?

P.: Este... dos o tres veces. Sí, tres veces. Cociné... a ver... (cuenta con los dedos).

T.: ¡Vaya!

P.: Espere un momento. Preparé pan de carne, después comimos pollo con verduras, y creo que hice algo más... (Pausa) ¡Oh! Comimos pollo dos veces.

T.: (con aire incrédulo) ¿Así que preparó la cena tres días de siete?

P.: (con una amplia sonrisa) Sí, sí.

T.: ¿Y quién lavó los platos?

P.: ¡Yo! En realidad, los días en que la niña y yo estuvimos solos para el desayuno y para el almuerzo... bueno, yo lavé los platos del desayuno y los del almuerzo.

T.: ¿O sea que usted lavó los platos todos los días?

P.: Sí. Bueno, es decir, los días que ella trabaja...

T.: (desconcertado) Y todas estas cosas son...

P.: (interrumpiendo) Cosas que normalmente yo no haría.

T.: ¡Oh! Que no haría... ¿O sea que se las plantea como objetivos?

P.: Sí, podría decir que son objetivos, hacer cosas en la casa... ¡Ah, me olvidaba! También pasé la aspiradora.

T.: (inclinándose hacia adelante) ¡No me diga! ¡Formidable!

P.: Son pequeñas cosas ¿se da cuenta? No son grandes cosas, son apenas pequeñas cosas que yo nunca había hecho antes y que no haría... pero pensé que a lo mejor algunas de esas pequeñas cosas ayudaría n a...

T.: Si su esposa estuviera aquí, ¿qué diría sobre todos estos cambios?

P.: (con una amplia sonrisa) ¡Oh! Ella está sorprendida, no lo puede creer. Cuando volvió del trabajo no tuvo que lavar platos, y miró la alfombra y yo la había limpiado, y no había una camisa sucia tirada por ahí. Sí, ella miró un poco y me preguntó: "¿Qué pasa?", y me puso las manos en la cabeza y dijo: "¿Te sientes bien?" (empieza a reírse).

T.: (también se ríe)

P.: Y después... después yo le dije que el vestido que tenía puesto le quedaba muy bien, y ella... (el paciente imita la expresión de su esposa, los ojos muy abiertos, el gesto de asombro).

T.: Entonces, si su esposa estuviera aquí, ¿diría que esta semana fue realmente una semana diferente?

P.: Sí, por todos los cambios... claro, siempre tenemos nuestros líos, ¿sabe?, pero yo pensé una manera de no discutir.

T.: ¿Qué imaginó para no discutir?

P.: Bueno, siempre es por la mañana temprano, cuando nos despertamos, que empezamos a pelear... y yo descubrí que si le sonrío, y me pongo a escuchar lo que tiene que decir, y le hago unos mimos y le doy unos besos, nos entendemos muy bien.

T.: ¿Y sirvió de algo?

P.: ¡Oh! ¡Y cómo!

T.: ¡Qué vivo!

En este fragmento el terapeuta brinda apoyo y aliento, en otras palabras, "alienta" al paciente cuando éste informa sobre los cambios a través de canales verbales, no verbales y paralingüísticos. Verbalmente el terapeuta sigue usando diversas expresiones como ¡Vaya! o ¡Qué vivo!. Además, esas expresiones verbales son complementadas por métodos no verbales como gestos con las manos, posturas corporales y expresiones faciales. Y por último, el terapeuta se vale de efectos vocales, o procesos paralingüísticos, para apoyar y alentar los cambios que el paciente está registrando.

Además del aliento, el terapeuta utiliza otra técnica: la "culpa positiva". Como se expuso en el capítulo 5, esta estrategia de entrevista implica "culpar" al paciente por los cambios positivos que han tenido lugar. En este caso, se "culpa" al paciente por haber inventado una manera de no discutir con su esposa. Y muchas veces, cuando se adjudica una culpabilidad, se le pide al paciente que se explique.

La "culpa positiva" y el "dar aliento" se reiteraron cuando el señor Meeks agregó que durante toda la semana no había tenido problema con la bebida.

P.: Además, me he mantenido alejado del alcohol.

T.: (incrédulo) ¿Toda la semana?

P.: (asintiendo con la cabeza) Sí, toda la semana. ¿Qué tal?

T.: (amablemente) ¿Y cómo pudo hacer eso?

P.: (concretamente) Yo no hubiera bebido.

T.: Simplemente, no hubiera bebido... Sí, pero ¿cómo lo hizo?

A esta altura de la conversación, dos miembros del equipo que observaban la sesión detrás del vidrio espejado entraron en la sala de consulta.

MIEMBRO 1: (entrando) ¿Toda la semana?

MIEMBRO 2: (entrando por detrás del miembro 1) ¿Se abstuvo toda la semana?

P.: ¡Sí, toda la semana!

M 1: (le estrecha la mano al señor Meeks)

P.: En realidad, empiezo la segunda semana ahora.

M 2: (estrechándole la mano al señor Meeks) ¡Buen trabajo!

Luego los miembros del equipo se retiraron y volvieron a ocupar sus posiciones detrás del espejo. Esta felicitación de los miembros del equipo es bastante frecuente en el CTFB. Además, nunca es el resultado de una planificación formal. Por el contrario: cuando sienten el impulso de hacerlo, los miembros del equipo brindan espontáneamente su apoyo y su solidaridad. Luego se reanudó el diálogo con el terapeuta, que todavía trataba de ayudar al señor Meeks a identificar lo que había hecho con miras a tener éxito en el problema de la bebida.

TERAPEUTA.: Buen trabajo, seguro. Pero, dígame, ¿cómo lo hizo?

PACIENTE: Creo que es como si me programara por la mañana y me dijera a mí mismo: "No lo necesitas, no debes beber, entonces no bebas".

T.: Eso es bueno para usted.

P.: Y después, cuando salgo, ¡me niego! Trato de no pasar por lugares donde podría sufrir la influencia...

T.: Sí, me doy cuenta, donde podría tentarse.

P.: Exacto. Evito esos lugares... y sé con seguridad que si la niña está conmigo, yo no bebo ni una gota. Así que *ella* me ayuda muchísimo.

T.: O sea que usted sabe que tener a su hija cerca lo ayuda a vencer la tentación.

P.: Sí, claro, porque cuando ella está conmigo yo tengo que portarme bien.

Hasta ahora, el foco principal de la sesión había sido la identificación y la amplificación de los numerosos cambios que han tenido lugar durante la semana transcurrida entre la primera y la segunda sesión. Para ayudar al paciente a mantener estos nuevos comportamientos el terapeuta le ha brindado apoyo y aliento a través de medios verbales, no verbales y paralingüísticos. Sin embargo, hemos descubierto que a veces el mero expediente de brindar apoyo y aliento no basta para asegurar la continuidad de las nuevas conductas en el futuro. Además, el terapeuta y el paciente tienen que trabajar juntos para identificar los factores que deben estar presentes para que las nuevas conductas continúen. Con ese propósito, el terapeuta y el paciente empiezan a explorar lo que debe suceder para que los cambios sigan:

T.: Entonces, ¿cómo va a mantener usted todas estas cosas maravillosas?

P.: Tengo que seguir trabajando.

T.: ¿Trabajando sobre esto, como ya lo ha estado haciendo?

P.: Sí, lo único que tengo que hacer es seguir trabajando en esto.

T.: ¿Y eso lo ayudará a mantener este estado de cosas?

P.: ¡Claro! Eso sí, yo no puedo garantizar, ni siquiera a mí mismo, que me mantendré para siempre.

T.: Desde luego. Pero dígame, cuando usted dice que tiene que "trabajar en eso", ¿qué quiere decir que hará?

P.: Bueno, primero tengo que mantenerme alejado de la bebida.

T.: Ajá.

P.: Y después, tengo que seguir haciendo las pequeñas cosas con la niña, como ya le dije, y con mi mujer... y en la casa.

T.: ¿Y cómo hará eso?

P.: Bueno, si mantengo en la mente a mi hija y pienso en la felicidad que tengo ahora, tal vez pueda lograrlo. Ya lo hice una vez, antes, me abstuve de beber por doce años.

T.: Sí, lo hizo, lo logró, y parece que también lo está logrando ahora.

P.: Sí, sí.

En este último pasaje el paciente describió a grandes rasgos lo que debía hacer para que los cambios continuaran. En el pasaje siguiente el terapeuta utiliza una pregunta de escala para establecer cómo ve el señor Meeks el progreso que ha hecho. Al hacerlo, el terapeuta no sólo brinda un método para evaluar el progreso del señor Meeks en ese momento en relación con el objetivo general del tratamiento, sino que además establece un criterio con el cual se podrá medir el progreso en sesiones posteriores. Por otra parte, se puede usar la misma escala para determinar el siguiente cambio pequeño que se debe hacer para trabajar con miras al objetivo general del tratamiento.

T.: Permítame volver sobre la razón general que tuvo usted para acudir aquí, al CTFB.

P.: Mmm...

T.: Digamos que en una escala de 0 a 10, el 0 es el momento en que usted llamó aquí, o cuando las cosas estaban realmente mal, como cuando usted no quería tener nada que ver con su hija, y le decía a su esposa que lo dejara tranquilo, y sólo quería mirar televisión; y 10 es cuando usted haya terminado con la terapia, cuando ya no necesite venir aquí para recibir terapia. ¿Dónde diría que se encuentra en esa escala hoy?

P.: Yo diría que estoy en 5... sí, más o menos 5, porque todavía no he llegado a 6.

T.: ¿Entonces está a mitad de camino?

P.: Sí, creo que estoy más o menos a mitad de camino porque estoy haciendo cosas que nunca habría hecho...

T.: ¡Qué bien!

P.: (pensativo) Más o menos a mitad de camino. Pero todavía no estoy completamente ahí... porque a veces mi corazón no está *realmente* en todo eso, y entonces cuando digo "Sí" en realidad es "no". Y si no estoy realmente en eso, a la larga no servirá de nada.

T.: Bien. ¿Puede decirme entonces cuál será el próximo pequeño paso que le indicará que está poniendo más corazón en todo eso... que está avanzando de 5 a 6 en la escala?

En el diálogo que siguió el señor Meeks describió lo que debía hacer para que su "corazón" estuviera en los cambios que había estado haciendo y, por lo tanto, para que él pasara de 5 a 6 en la escala. Dado que sabía lo que tenía que hacer, las únicas preguntas que quedaban por formular se referían a si él deseaba trabajar para mantener el

progreso que ya había hecho y efectuarlos pequeños cambios adicionales que había identificado. Para evaluar esto el terapeuta le hizo otra pregunta de escala:

T.: Bien. Permítame hacerle ahora una pregunta que ya le hice la última vez que estuvo aquí... Es otra pregunta de ese tipo, de números.

P.: De acuerdo.

T.: Supongamos una escala donde 10 significa que usted está muy deseoso de seguir trabajando duro como la semana pasada; y 1 significa que no le interesa en lo más mínimo, ¿qué número se pondría hoy?

P.: Oh, yo deseo seguir trabajando.

T.: Entonces ¿qué número se pondría?

R.: ¡Un 10!

T.: ¿Un 10? ¡Fantástico! Bien. Me gustaría hacer una pausa ahora, pero antes dígame: ¿quiere decirme algo más antes de que me tome unos minutos para conversar con el equipo?

P.: Mmm... No, creo que no.

El terapeuta salió de la sala de terapia y se reunió con el equipo que estaba detrás del vidrio espejado.

La reunión de equipo

La reunión de equipo detrás del espejo se desarrolló en general del mismo modo que en la sesión anterior. Por lo tanto, al entrar en la sala del equipo el terapeuta recibió elogios y apoyo de los miembros del equipo. Después, terapeuta y equipo hicieron un intercambio de ideas sobre los posibles elogios para el mensaje de intervención que le sería dirigido al señor Meeks. Se creó la siguiente lista:

- ~~se~~ se mantuvo en el buen rumbo durante la semana
- ~~hizo~~ hizo *muchos* cambios más durante la semana
 - hija, esposa, en el hogar
- ~~sigue~~ sigue teniendo claras sus prioridades
- ~~buen~~ buen sentido del humor
 - no se toma demasiado en serio
- ~~un~~ un hombre de acción, no sólo de palabras
 - aprende de la experiencia
- ~~quiere~~ quiere hacer lo correcto
- ~~empieza~~ empieza a convertirse en un verdadero hombre de familia
 - hace estos cambios por sus propios medios
 - está convirtiéndose en un verdadero "self-made man"
- ~~tiene~~ tiene ideas sobre cómo mantener los cambios
 - sigue sin beber
 - piensa en su esposa y en su hija
 - piensa en su actual felicidad
 - sigue trabajando en las mismas cosas
- realista
 - no es soberbio
 - sabe que tendrá "altos" y "bajos"
 - no tiene objetivos desmesurados
- deseoso de trabajar
 - para mantener los cambios
 - para hacer pequeños cambios adicionales

Después se confeccionó una lista de las expresiones verbales características del paciente, que podría ser útil para personalizar el mensaje de la intervención:

- ~~día~~ día del milagro
- ~~seguir~~ seguir trabajando en esas cosas -trabajo duro
 - pequeñas cosas
- ~~poner~~ poner corazón en el esfuerzo

~~///~~ estar a mitad de camino

El siguiente foco de discusión fue el objetivo del tratamiento. Los miembros del equipo estuvieron de acuerdo en que el objetivo general del señor Meeks para el tratamiento seguía siendo mejorar su vida de familia, especialmente con respecto a ser un "buen" padre y un buen esposo. A continuación el equipo llegó a la conclusión de que durante toda la semana el señor Meeks había trabajado para lograr el objetivo, lo que se ponía en evidencia por los numerosos cambios positivos que registró. Sin embargo, en respuesta a una pregunta de escala el señor Meeks hizo ver claramente que necesitaba progresar más. Según sus palabras, estaba sólo "a mitad de camino". Al ser interrogado señaló que el paso siguiente para alcanzar su objetivo general del tratamiento era ser capaz de "poner corazón en eso". Luego el señor Meeks había descrito lo que debía hacer para llegar a sentir así. Por esa razón los miembros del equipo resolvieron que, además de mantener los cambios que había estado haciendo, el objetivo para el tratamiento incluía que hiciera las cosas que le ayudaran a sentir que ponía corazón en los cambios.

A continuación los miembros del equipo evaluaron los elogios y las expresiones del paciente a la luz de los objetivos del tratamiento. Tal como en la primera sesión, sólo se retuvieron los elogios y las expresiones que se consideraron relacionados con esos objetivos.

- ~~///~~ se mantuvo en el buen rumbo toda la semana
- ~~///~~ sigue teniendo claras sus prioridades
- ~~///~~ hombre de acción, no sólo de palabras
 - aprende de la experiencia
- ~~///~~ quiere hacer lo correcto
- ~~///~~ empieza a convertirse en un verdadero hombre de familia
 - hace esos cambios por sus propios medios
 - se convierte en un verdadero "self-made man"
- ~~///~~ tiene ideas sobre cómo mantener los cambios
 - sigue sin beber
 - piensa en su hija y en su esposa -piensa en su actual felicidad
 - sigue trabajando en eso
- ~~///~~ realista
 - no es soberbio
 - sabe que habrá "altos" y "bajos"
- ~~///~~ está deseoso de trabajar
 - para mantener los cambios
 - para hacer pequeños cambios adicionales
- ~~///~~ sabe que es importante poner corazón en todo eso
 - sabe cómo hacerlo
- ~~///~~ expresiones del paciente
 - seguir trabajando en eso
 - trabajo duro
 - pequeñas cosas
 - poner corazón
 - a mitad de camino

Luego los miembros del equipo consideraron qué tipo de tarea para el hogar sería adecuada. Era evidente para todos que el señor Meeks necesitaba trabajar para mantener los logros que había alcanzado hasta ese momento; entonces se decidió pedirle que siguiera haciendo lo que funcionaba. De allí en adelante, para ayudar al señor Meeks a sentir que ponía corazón en los cambios que estaba haciendo, el equipo decidió pedirle que hiciera precisamente las cosas que, según él, le harían sentir de ese modo. La explicación para ambas tareas sería: que él sabía lo que debía hacer y que, como su comportamiento de la última semana indicaba a las claras que era un hombre de acción, sólo tenía que "hacerlo".

El terapeuta resumió la conversación en un breve mensaje escrito que luego le fue leído al equipo. El último tema considerado fue la programación de la siguiente entrevista. Como entre la primera y la segunda sesión se había hecho un considerable progreso, el equipo decidió fijar la cita siguiente para dos semanas después. La reunión de equipo duró sólo cinco minutos.

El mensaje de intervención

TERAPEUTA: El equipo está muy impresionado por la manera en que usted se ha mantenido en el buen rumbo y ha mejorado en su decisión de ser un buen padre y un esposo cariñoso.

PACIENTE: Gracias, gracias. Estoy trabajando en eso.

T.: Y un buen hombre de familia. Por cierto, usted ha llegado a tener claras sus prioridades y además, señor Meeks, a mantener claras esas prioridades. Ahora está construyendo la clase de vida y de familia que siempre ha querido tener. Y eso es particularmente impresionante porque usted está haciendo todos esos cambios por sus propios medios. Eso es verdaderamente un signo de que usted es un hombre que triunfa por su propio esfuerzo.

P.: (sonríe ampliamente)

T.: Para nosotros es evidente que usted tiene el deseo y la decisión de hacer lo que necesita para cambiar su vida, señor Meeks, y para continuar con los cambios que está haciendo en su vida.

P.: (mueve la cabeza afirmativamente)

T.: Y eso no es fácil. ¡Eso es condenadamente difícil!

P.: (concuerta) ¡Sí que lo es!

T.: Entonces, en primer lugar, nos gustaría que siguiera haciendo todas esas "pequeñas cosas" que debe hacer para mantenerse en el buen camino, como ya lo está.

P.: Aja, aja.

T.: Y luego, como usted sabe cuan importante es poner corazón en lo que hace, nosotros queremos que observe, esta semana, todas las cosas que hace que lo ayudan a tener ese sentimiento y que lo hacen avanzar a 6 en la escala... ¡o hasta a 7!

P.: Muy bien. Lo haré, ya lo creo. ¡Fantástico!

T.: Además, quisiéramos volver a verlo dentro de dos semanas.

P.: Dos semanas, muy bien.

Sesiones tres, cuatro y cinco

El señor Meeks se presentó a la tercera consulta tal como había sido programado, e informó que su vida familiar seguía mejorando. Además, anunció orgullosamente que no tenía ningún problema con el alcohol. Tal como en la sesión anterior, se dedicó una gran cantidad de tiempo a discutir los numerosos cambios positivos que habían tenido lugar entre las sesiones. Ante cada diferencia observada el terapeuta y el equipo alentaban y apoyaban al paciente. Cuando finalmente se pidió que evaluara su progreso en una escala de 1 a 10, el señor Meeks declaró que el mantenimiento de los numerosos cambios positivos a lo largo de dos semanas le hacía llegar a la conclusión de que había avanzado a 6V2 en la escala, o quizás a 7. Como expresó el mismo alto grado de confianza en su capacidad para seguir con los cambios, el terapeuta y el equipo se limitaron a pedirle que siguiera "haciendo más de lo mismo". Se fijó una nueva sesión para un mes después.

Un mes después volvió el señor Meeks. La sesión fue muy similar a la tercera. El señor Meeks comunicó los nuevos cambios que se habían producido desde la sesión anterior, y los miembros del equipo y el terapeuta los celebraron. El período de un mes había llevado la calificación a un "8" en la escala del progreso. Cuando el terapeuta sugirió que sería bueno tener "una sesión adicional" sólo para revisar el progreso realizado, el señor Meeks concurrió. En esa ocasión él mismo sugirió, espontáneamente, marcar la siguiente sesión para dos o tres meses después.

El señor Meeks volvió tres meses después para su quinta sesión. Antes de la sesión el terapeuta y el equipo repasar las videocintas de las cuatro sesiones anteriores. Los cambios en la apariencia del señor Meeks eran impactantes. Pero más impresionantes aun fueron las diferencias que advertimos en su manera de hablar de su familia y de su "antiguo" problema con la bebida. La mayor parte de la sesión estuvo dedicada a "ponerse al tanto" del progreso realizado entre sesiones y a recordar sesiones anteriores. El señor Meeks expresó placer y satisfacción por los cambios que había hecho mientras estuvo en tratamiento en el Centro. Cuando se le pidió que evaluara su progreso, el señor Meeks se colocó en el 8 de la escala de 1 a 10.

Agregó que no esperaba que las cosas fueran perfectas (es decir, no esperaba llegar a 10) y expresó su convicción de que un 8 representaba un progreso considerable para él. Como en las sesiones anteriores, el paciente expresó un alto grado de confianza en su capacidad para mantener los cambios que había hecho. Por esa razón el terapeuta, el equipo y el señor Meeks acordaron que el tratamiento podía ser interrumpido, con la previsión de que el señor Meeks podría volver en cualquier momento, para informar sobre sus progresos o para enfrentar cualquier eventual dificultad.

Sesión seis

Más o menos un año después de su quinta sesión, el señor Meeks se puso en contacto con el CTFB y marcó una consulta. Si bien no se habían mantenido más sesiones de tratamiento en el Centro, uno de los miembros del personal del CTFB se había enterado indirectamente —a través de un contacto con el servicio social— de que su vida de familia había seguido mejorando y de que no se habían producido episodios de bebida problemática en los doce meses posteriores a la quinta sesión. Se supo también que el señor Meeks estaba otra vez a cargo de sus finanzas. Fuera de eso poco se supo acerca de sus progresos después de la terminación del tratamiento, ni de sus razones para pedir una entrevista.

El señor Meeks llegó puntualmente a su cita y, con los miembros del equipo en su sitio, el terapeuta dio comienzo a la sesión.

T.: ¡Hola, me alegro de verlo!

P.: (calmadamente) Gracias.

T.: ¿Cómo le ha ido todo este tiempo?

P.: (con expresión de tristeza) Pues bien... antes que nada, una confesión.

T.: Muy bien.

P.: Ejem, la semana pasada hice un viaje corto... Llevé a unos parientes, que nos visitaron un par de semanas, al aeropuerto de Chicago y... bueno, bebí unas copas.

T.: Mmm...

P.: Verá usted, yo estaba despidiéndolos... y me sentí un poco amargado... cómo le diría... sentí como lástima de mí mismo. Entonces bebí bastante de más.

El señor Meeks admite directa y honestamente el episodio de bebida. No es raro que los pacientes que tienen problemas después de un tratamiento exitoso se pongan rápidamente en contacto con el Centro y marquen una consulta. Y tampoco es raro que admitan directa y francamente el problema. Creemos que esto es el resultado de la fuerte relación que se entabla entre el terapeuta y el paciente, debido a la orientación positiva, no culpabilizadora, del modelo.

La conversación se prolongó unos minutos más y el señor Meeks presentó los detalles del episodio de bebida. Cuando pareció que el señor Meeks había terminado de hacer su "confesión", el terapeuta orientó la conversación hacia un terreno centrado en la solución. Preguntó:

T.: Permítame preguntarle... un par de cosas. ¿Cómo pudo, ejem, señor Meeks, (aquí énfasis) dejar de beber? P.: Simplemente porque sabía que estaba haciendo algo equivocado.

T.: Aja. ¿Y qué fue lo que le hizo ver que eso era "algo equivocado"?

P.: Bueno, me di cuenta en el acto de que era malo para mí... y no podía volver enseguida a mi casa, con mi familia, porque había estado bebiendo... así que me di cuenta de que también era malo para ellas.

T.: Ya veo. Entonces, esto parece algo diferente que otras veces...

P.: (interrumpiendo) ¡La bebida no fue muy diferente! (se ríe)

T.: (riendo) ¡Oh, claro, claro!

P.: Pero antes, a mí no me preocupaba demasiado pensar si me afectaba a mí o a alguien más. Pero ahora sé que la bebida me afecta a mí y a alguien más, y eso es como si (hace un gesto de desagrado) usted sabe... y entonces me dije a mí mismo: "Ya has tomado bastante, ahora, basta, basta". Y ahí paré.

T.: ¡Fantástico! ¿O sea que pensó en usted y en su familia?

P.: Aja.

T.: ¿Y eso lo ayudó a detenerse?

P.: Sí, sí. Ahora que yo sé que me afecta a mí y que afecta la vida de otras personas... bueno... ya no es como era antes... y eso me ayudó a parar.

El acontecimiento que en los primeros minutos de la sesión el señor Meeks presentó como un fracaso, se discute en la última parte como un éxito. El terapeuta logra esto concentrándose en cómo se las arregló el señor Meeks para poner punto final al episodio de bebida *por sus propios medios*. Ciertos modelos de tratamiento muy difundidos habrían seguido indagando en el episodio de bebida, quizás en un intento por determinar la causa de la recaída. A nosotros, por el contrario, la experiencia nos ha enseñado que casi siempre un diálogo así es menos fructífero que identificar y amplificar los pasos positivos y saludables que el paciente dio para recuperar su

progreso. Además, en la mayoría de los casos las explicaciones que surgen de un análisis del episodio tienen más que ver con los dogmas teóricos del modelo de tratamiento que con el comportamiento que pretenden explicar.

Tal vez no sea sorprendente que el señor Meeks relacione el éxito de su recuperación del progreso con su nueva conciencia de que la bebida afecta la vida de su familia. Esto confirma la suposición del equipo de que el objetivo del señor Meeks dentro del tratamiento era mejorar su vida de familia, y que dejar de beber era simplemente un medio para ese fin. La conversación siguió así:

T.: Parece que usted convirtió este episodio en una experiencia de aprendizaje. ¿Pensar en su familia lo ayudó de algún otro modo?

P.: Bueno, yo sé que sin su cariño y su amistad, sin sus cuidados... no sabría, ejem... no sabría qué hacer.

T.: Mmm...

P.: Y no quiero perder todo eso ahora.

T.: Me doy cuenta. ¿O sea que saber que su esposa y su hija lo quieren también lo ayudó?

P.: Sí. ¿Y sabe una cosa? Últimamente me lo han dicho varias veces.

T.: ¡No me diga!

P.: Sí, y aunque yo le conté lo que había hecho, mi esposa me dijo: "Cal, estoy preocupada pero... yo te amo".

T.: Mmm... ¿Y eso fue algo diferente?

P.: ¡Oh, sí! Porque yo la llamé por teléfono desde el motel y confesé todo... y antes jamás hubiera hecho semejante cosa... ni siquiera la hubiera llamado... simplemente tardaba en volver a casa y después llegaba y... (mueve la cabeza de izquierda a derecha).

T.: ¡Así que fue algo realmente diferente! ¿Y cómo supo que llamarla era lo correcto, lo que tenía que hacer?

P.: Yo sólo quiero que las cosas sigan estando como estaban... así que la llamé.

T.: Ya veo. Así que llamarla... fue una de las cosas que usted hizo que lo ayudaron a dejar de beber rápidamente, enseguida, como lo hizo?

P.: Sí, sí, y después no me sentí tan culpable como podría haberme sentido. Y también podría haber seguido bebiendo quién sabe cuánto tiempo.

En este punto el terapeuta y el paciente identifican juntos otras maneras en las que el pensar en la familia ayudó a poner fin al episodio de bebida. En el proceso el terapeuta emplea elogios y "culpa positiva" para reforzar y autorizar al paciente. En el fragmento siguiente el terapeuta amplía el ámbito de la discusión preguntándole al señor Meeks qué más hizo, además de tener presente a su familia, que contribuyera a su éxito.

T.: Ya veo. Muy bien. Entonces, ¿qué más lo ayudó a retomar el rumbo y mantenerse en el buen camino desde entonces?

P.: Sólo lo hice... Simplemente, me puse firme.

T.: ¿Y qué fue lo que lo ayudó a "hacerlo", a "mantenerse firme", como usted dice?

P.: Pues..., en vez de quedarme en Chicago bebiendo... llamé por teléfono a mi esposa y le conté todo, y entonces... a la mañana siguiente volví directamente a casa y... tuve una pequeña charla con ella y le dije "lo siento mucho", y todo eso...

T.: Aja, aja.

P.: Y después, bueno... (con aire de estar algo confundido) sólo seguí actuando como siempre, es decir... usted sabe... como el último año.

T.: Ya veo, me doy cuenta. Usted volvió a hacer lo que ha estado haciendo hasta ahora.

P.: Eso mismo, correcto.

T.: ¿Qué tipo de cosas... porque yo hace tiempo que no lo veo... ¿qué tipo de cosas exactamente ha estado haciendo?

En este fragmento el terapeuta le pide al señor Meeks que describa lo que hizo, además de tener presente a su familia, que lo ayudó a "volver al buen camino". Cuando su respuesta es vaga ("simplemente lo hice"), el terapeuta formula una pregunta que exige una contestación más detallada y precisa sobre su comportamiento. En respuesta, el señor Meeks repite su informe del comienzo sobre la diferencia en su manera de manejar el episodio de bebida; y agrega, de manera casual, que se portó "como se porta ahora". Pero el terapeuta sigue esforzándose por ampliar la descripción de los factores que contribuyeron a su éxito. La intención de tales preguntas, desde luego, es identificar y ampliar diversas estrategias que los pacientes podrían haber empleado para recuperar su anterior nivel de funcionamiento.

Después de este pasaje se produjo una prolongada conversación sobre otras maneras del señor Meeks de arreglárselas para poner fin al episodio de bebida y para volver a su anterior nivel de funcionamiento. En ningún momento el terapeuta y el paciente analizaron lo que el señor Meeks debía hacer para evitar o para *no* hacer ciertas cosas a fin de mantenerse en el buen rumbo o evitar problemas futuros. Por el contrario, y adhiriendo a la filosofía del modelo centrado en la solución, la conversación giró en torno de los aspectos positivos que contribuían a mantener el éxito. Después de una prolongada conversación el terapeuta empezó a interrogar al señor Meeks acerca de cómo todos los factores que había identificado le serían útiles en el futuro.

T.: ¿Cómo cree usted que todas estas cosas lo ayudarán de ahora en adelante?

P.: Bueno, me servirá de ahora en adelante porque cuando yo me sienta de mal talante y quiera hacer algo... digamos, "malo", lo pensaré dos veces y me diré a mí mismo: "¿Acaso va a ser bueno para mí?"

T.: Ya veo... ¿y cómo lo ayudará eso?

P.: Pues como en este último..., ejem... problemita... Yo lo hice, es cierto, pero paré enseguida.

T.: (mientras el paciente está hablando) ¡Sí!

P.: ...Y yo sé que cuando pienso en estas cosas y las hago, después me siento mejor conmigo mismo.

T.: (con expresión de curiosidad) ¿Es así realmente?

P.: (mueve la cabeza afirmativamente)

T.: ¿Y qué más? ¿De qué otro modo estas cosas...?

P.: Creo que aprendí que si me tambaleo y caigo, bueno, caramba, no tengo que quedarme ahí tirado y ponerme a llorar, sino levantarme y empezar de nuevo.

T.: ¡Muy bien!

P.: (señalándose a sí mismo) Y yo... yo soy capaz de hacerlo.

T.: (se ríe) ¡Me parece que usted tendría que escribir un libro!

P.: (amplia sonrisa)

En el último pasaje se le pide al señor Meeks que vincule sus actuales esfuerzos con el futuro. El señor Meeks identifica lo que le será de utilidad si experimenta algún problema similar en el futuro. Una vez más se pone el énfasis en los actos que el señor Meeks tiene que realizar para asegurarse el éxito, en contraposición a lo que no debe hacer para evitar el fracaso. Hacia el final del pasaje el señor Meeks afirma espontáneamente que él "es capaz de hacerlo". Evidentemente, esa afirmación indica que ha sido fortalecido por la conversación.

En el siguiente pasaje el terapeuta hace un seguimiento de la expresión de confianza del señor Meeks. Con ese propósito, formula una pregunta de escala.

T.: Muy bien, permítame que le haga otra vez una de esas preguntas de números.

P.: Muy bien.

T.: Digamos que en esa escala de 1 a 10, donde 10 significa que usted tiene toda la confianza del mundo en que puede hacerlo, y 1 significa... pues bien, que casi no tiene confianza... ¿cuánto se pondría usted en esa escala hoy, señor Meeks?

P.: (sonriendo, sin vacilación) ¡Un 10!

T.: ¿Un 10? ¿Realmente?

P.: ¡Sí, un 10! Porque yo sabía lo que tenía que hacer y seguir haciéndolo.

T.: ¡Excelente! Ahora... su esposa y su hija... ¿creerían también que usted está en el 10 de la escala?

P.: Sí, creo que sí... Como yo llamé y... desde que volví a casa yo, bueno, seguí haciendo las cosas que estaba haciendo antes.

T.: Mmm... Mmm. ¿O sea que es eso lo que a ellas les da la misma confianza que tiene usted?

P.: Sí (pensando)... y que yo paré tan rápido.

En la conversación precedente el señor Meeks expresa un alto grado de confianza en su capacidad de hacer lo que debe para mantener el progreso que ha logrado hasta ese momento y para enfrentar futuros problemas. En el diálogo que siguió a este fragmento el señor Meeks señaló que también estaba muy deseoso de hacer estas cosas porque creía que ellas conducirían al desenlace que él originalmente deseó y que, en muchos aspectos, ya había logrado: una vida familiar mucho mejor. Luego el terapeuta y el señor Meeks hablaron de muchos de los cambios positivos que habían tenido lugar en su vida familiar durante los doce meses transcurridos entre sesiones. De esta conversación se desprendió claramente por qué el señor Meeks había estado tan desanimado y, quizás, atemorizado

por el episodio de bebida: corrían peligro el número y el alcance de los cambios registrados. En primer lugar, su vida de familia había mejorado notablemente. Habló con afecto de su relación con su esposa y con su hija. Sobre todo, hacia el final de la conversación dijo que se sentía como un "verdadero padre" para su hija. Pero quizá lo más sorprendente fue que el señor Meeks se había inscripto en un programa de reorientación laboral, patrocinado por el gobierno, y estaba asistiendo a él.

Después de mucha discusión acerca de los cambios positivos que habían tenido lugar en el último año, el terapeuta le preguntó al señor Meeks si había alguna información más que quisiera comunicar antes de que él (el terapeuta) se retirara para hacer su consulta con el equipo. Cuando el señor Meeks declinó el ofrecimiento, el terapeuta interrumpió la entrevista y se reunió con el equipo detrás del espejo.

La reunión de equipo

La modalidad de la entrevista detrás del espejo fue en general la misma que en todas las sesiones anteriores. Que un paciente tenga dificultades para mantener los logros del tratamiento no es una especial causa de alarma. Tal como en las otras sesiones, el foco está sobre las soluciones. En este caso, sin embargo, la solución buscada es cómo el paciente puede recuperar su anterior nivel de funcionamiento y mantenerlo. La capacidad de hacer esto puede deberse al hecho de que en la terapia centrada en la solución, a diferencia de lo que sucede en otros modelos, no se hacen suposiciones acerca de las razones por las que los pacientes no pueden mantener los logros del tratamiento. Por eso, cuando el terapeuta entró en la sala del equipo no se discutió si el tratamiento había sido eficaz o no. Tampoco se hicieron sugerencias acerca de que la persona no hubiese tenido suficiente tratamiento, o de que el tratamiento debería reiniciarse necesariamente. Por el contrario, cuando entró en la sala del equipo el terapeuta fue recibido con elogios y apoyo por parte de los miembros del equipo, e inmediatamente se entregaron al intercambio de ideas sobre los elogios posibles para el mensaje de intervención que le sería dirigido al señor Meeks. Obrar de otro modo —en otras palabras, concentrarse en lo que había causado el episodio— habría sido lo mismo que, frente a la desaparición de un caballo, iniciar una exhaustiva investigación en la puerta del establo mientras el caballo sigue ausente.

Luego el terapeuta y el equipo crearon la siguiente lista de elogios:

- llamó inmediatamente para marcar una entrevista
 - honesto y franco
 - no esperó
 - actuó para resolver su problema
 - paró por sus propios medios
- convirtió el episodio en una experiencia de aprendizaje
- tiene claras sus prioridades -sabe lo que es importante para él
 - buen esposo y buen padre
- tiene ya más de doce meses de éxito
- evidentemente, la familia lo quiere
 - fuerte apoyo familiar
- sabe lo que debe hacer
 - ya ha estado haciéndolo
- seguro de sí
- decidido

Tal como en las sesiones anteriores, el equipo confeccionó también una lista de las expresiones verbales características del paciente que podrían servir para personalizar el mensaje de intervención. Se anotaron las siguientes expresiones:

- confesión
- quiere ser un "verdadero" padre
- primero piensa en las cosas
- se siente mejor con él mismo
- simplemente "lo hizo"

Después de crear la lista de elogios el terapeuta y el equipo empezaron a discutir el objetivo del tratamiento para la sesión. Como en las sesiones anteriores, todos concordaron en que el objetivo del señor Meeks para el

tratamiento seguía siendo mejorar su vida de familia. Para el señor Meeks, el logro de este objetivo dependía, en parte, de seguir libre de la adicción al alcohol. A pesar de haberse asustado por el episodio de bebida, el terapeuta y los miembros del equipo concordaron en que el señor Meeks parecía estar muy seguro de sí en este aspecto. Pero esto era sólo una parte de lo que era necesario hacer para que el señor Meeks alcanzase su objetivo de mejorar su vida de familia. Y quizá más importante aún era que el señor Meeks continuase con todos los otros cambios positivos en su comportamiento que habían dado por resultado las numerosas mejorías en su vida de familia.

Después de esta conversación los miembros del equipo evaluaron los elogios y las expresiones del paciente a la luz de los objetivos del tratamiento. Como en todas las sesiones anteriores, sólo se retuvieron los elogios y las expresiones que se consideraron relacionados con estos objetivos.

- llamó inmediatamente para marcar una entrevista
 - honesto y franco
 - no esperó
 - actuó para resolver su problema
- tiene claras sus prioridades
 - sabe lo que es importante para él
 - aprecia los cambios que se han producido en su vida de familia
 - buen esposo y buen padre
- evidentemente, la familia lo quiere
- sabe lo que debe hacer
 - ya ha empezado a hacer esas cosas de nuevo
- tiene más de doce meses de éxito
- está seguro de que puede hacer lo que necesita
- está dispuesto a hacer lo que debe
- expresiones del paciente
 - quiere ser un "verdadero" padre
 - primero piensa en las cosas
 - se siente mejor consigo mismo
 - simplemente "lo hizo"
 - mantenerse firme

Luego los miembros del equipo consideraron qué tipo de tarea para el hogar era adecuada. Todos concordaron en que la relación existente entre el terapeuta y el señor Meeks seguía siendo una relación de "tipo comprador" y en que, por lo tanto, era conveniente pedirle que "hiciera" algo. Como el señor Meeks sabía lo que debía hacer, el terapeuta y el equipo decidieron simplemente pedirle que hiciera lo que él sabía que debía hacer. Pero dado que el señor Meeks había tenido dificultades recientemente, algunos de los miembros del equipo sugirieron que la explicación de la asignación de la tarea debía hacer mención de que probablemente implicara un "duro trabajo".

El último tema considerado fue si marcar o no otra cita. Sobre este punto el equipo estuvo dividido. La mitad creía firmemente que era preciso arreglar otra entrevista para pocas semanas después, a fin de hacer un seguimiento de los resultados de la sesión. Pero la otra mitad argumentaba que el señor Meeks parecía estar muy seguro y, basándose en esa observación, expresaba su idea de que marcar una nueva cita equivaldría a transmitir un mensaje errado: que el equipo no tenía confianza en el señor Meeks. Como el equipo no podía ponerse de acuerdo acerca de si marcar o no otra cita, se resolvió que el terapeuta le preguntaría al señor Meeks qué le parecía mejor. Se dio fin a la reunión de equipo y el terapeuta regresó a la sala de tratamiento para transmitir el mensaje de intervención.

El mensaje de intervención

TERAPEUTA: Todos estamos muy impresionados...

PACIENTE: (sonriendo) Gracias.

T.: ...por lo rápidamente que pudo usted revertir las cosas y ponerlas otra vez en el rumbo correcto... ir en la dirección en que quiere que vayan...

P.: (asiente con la cabeza)

T.: Todos nosotros, es decir, el equipo y yo, apreciamos su honestidad. Usted vino y nos contó todo... sin engaños.

P.: Sólo me habría perjudicado, a mí y a mi familia, si no lo hubiera hecho.

T.: ¡Así es! Y supongo que ésa es una de las cosas que nos impresionó... que usted sabe lo que quiere y tiene claras sus prioridades.

P.: (asiente y sonríe)

T.: Por esa razón todos estuvimos de acuerdo en que usted ha aprendido mucho de sus últimas experiencias. Es evidente que usted es una persona reflexiva, señor Meeks, y nosotros podemos comprender por qué su familia lo quiere tanto, como esposo y padre. Al parecer, usted ha encontrado las ideas adecuadas para usted... y sabe lo que debe hacer para ser el "verdadero" padre que quiere ser y tener el tipo de familia que ahora tiene.

P.: (asiente)

T.: Eso sí, nosotros creemos que no será fácil. Tal como antes, hará falta un trabajo duro y usted tendrá que "ponerse firme", por así decir. Pero creemos, como usted, que es "capaz de hacerlo", tal como ha venido haciéndolo desde hace un año. Así que quisiéramos que siga haciendo las cosas que sabe que necesita hacer y que lo han llevado a tener éxito durante todo el último año.

P.: Muy bien.

Después de la transmisión del mensaje de intervención, el terapeuta y el señor Meeks se pusieron de pie y salieron de la sala de terapia. Mientras se encaminaban a la recepción el terapeuta le preguntó al señor Meeks qué pensaba sobre la necesidad de hacer otra cita. El señor Meeks dijo que creía que no era necesario hacer otra consulta. Después de todo, ¡él sabía lo que debía hacer y ya estaba haciéndolo!

Seguimiento

Ha transcurrido un año desde que vimos por última vez al señor Meeks en el CTFB. En ese período no volvió a solicitar una entrevista ni tratamiento. En una reciente conversación telefónica realizada como parte de uno de los estudios de seguimiento del Centro, el señor Meeks dijo que seguía manteniendo el progreso que había logrado mientras estaba en tratamiento. Además, se supo que el señor Meeks había vuelto a trabajar después de completar con éxito el programa de reorientación patrocinado por el gobierno. Además, informó que estaba más unido que nunca con su esposa y su hija.

9. Una clavija cuadrada en un agujero redondo

(En este caso Insoo Kim Berg fue la terapeuta y Steve de Shazer el miembro de equipo.)

Creo que cuando no cometo errores no aprendo nada.
Ex paciente del CTFB

[Mi terapeuta es como una novia de la que no puedo librarme!] Ex paciente del CTFB

Janet es la directora de un programa de tratamiento residencial para hombres drogadictos en la ciudad de Milwaukee. Es una persona dedicada, afectuosa y compasiva y tiene una sólida reputación en la comunidad por su compromiso con la excelencia en su trabajo. La comunidad en tratamiento y los residentes tienen gran estima por ella y por el programa que dirige. Por lo general los residentes de su programa no permanecen más de seis meses internados, y durante ese lapso se espera que todas las personas desarrollen un plan para pasar a una situación de vida independiente o a la siguiente fase de su rehabilitación (es decir, capacitación laboral, etcétera).

Debido a su capacidad para atender casos de emergencia, y a nuestra disposición para probar métodos "no convencionales" en casos con un historial de fracasos múltiples, Janet nos deriva con frecuencia lo que su personal considera casos "difíciles". Fue ella quien nos envió a Bob para tratamiento, informando que ya había recibido muchos tratamientos, sin demasiado éxito. Al derivar a Bob, Janet esperaba romper ese círculo vicioso.

Bob es un hombre blanco, soltero, de 22 años de edad, que ha estado a la deriva durante los últimos cinco años, desde que se graduó en la escuela secundaria. A Bob lo " echaron a patadas " de la casa de sus padres, poco después de la terminación de sus estudios, por un problema de consumo de drogas. Este joven había nacido en una

familia estable, de clase obrera, y siempre se consideró diferente del ejemplar típico de un droga-dicto. Esa percepción lo acompañó a lo largo de los diversos programas en que había participado. Bob tiene un aire aniñado, es inteligente y tiene sentido del humor; y todos esos rasgos hacían que en un primer momento la gente simpatizara mucho con él. Uno se daba cuenta rápidamente de que Bob tenía el potencial para ser algo más que un "vagabundo". Su capacidad para "tocar las cuerdas sensibles de la gente" lo hacía querible; pero sólo hasta que empezaba a "tirar la manga". Entonces las personas se enojaban, se indignaban porque Bob los manipulaba para sacarles favores.

En el momento de la derivación Bob se encontraba en libertad condicional por haber incendiado un edificio de departamentos de un narcotraficante que lo había engañado en un trato. Una de las numerosas condiciones de la libertad condicional era que iniciara una psicoterapia. El informó que había estado en tratamiento muchas veces por problemas psiquiátricos; además, tenía un diagnóstico grave y una historia clínica de varios intentos de suicidio. Por todo ello había sido hospitalizado varias veces. Bob informó que había tomado infinidad de medicamentos, ninguno de los cuales, afirmaba, servía para nada. Su adicción a las drogas había empezado en la escuela secundaria; según él, había tomado "todo lo que uno se pueda imaginar" y había recibido tratamiento como interno y ambulatorio. Debido a su encanto personal y a su habilidad para franquearse la simpatía de los demás, Bob se las había arreglado muy bien para obtener favores especiales entre los asistentes, incluyendo a Janet.

Vimos a Bob durante tres sesiones: en ellas intentó repetir sus anteriores relaciones con los terapeutas. Expresó su deso de ser "normal" como todo el mundo, su deseo de tener una relación estable con una mujer, y su rencor contra sus padres por haberlo "echado a patadas" de su casa. Se sentía sumamente cómodo en el marco terapéutico y sabía muy bien todo lo que tenía que decir. Formuló claramente sus objeciones contra el fuerte sesgo religioso de AA y dijo que por ese motivo no asistía a esas reuniones. Aclaró decididamente que odiaba a los psiquiatras y la medicación. Su capacidad para expresar sus objeciones filosóficas a la ayuda profesional era impresionante.

Cuando se fue de su casa vivió con una muchacha por un tiempo; en otros períodos se dedicó, a drogarse con amigos y muchas veces entró y salió de programas de tratamiento. Había pasado cierto tiempo en las Misiones de Rescate [Rescue Missions], durante el invierno. Le resultaba fácil encontrar trabajo, pero una vez que había ganado el dinero suficiente para satisfacer sus necesidades más inmediatas, o cuando se aburría de las tareas menores que desempeñaba, simplemente abandonaba el empleo. A Bob se le permitía visitar a sus padres en ocasiones especiales, como festividades o acontecimientos familiares, pero no podía pasar la noche con ellos. Aunque su verdadero deseo era vivir con sus padres y "ahorrar algún dinero", reconocía que primero debía "comportarse mejor".

La evaluación de nuestra relación con Bob era que estábamos atendiendo a un "visitante" y que su compromiso con el tratamiento era marginal. Al parecer, este hombre todavía esperaba su "golpe de suerte" y no deseaba esforzarse. Las sesiones estuvieron principalmente dedicadas a encontrar vías para comprender su pensamiento, para familiarizarse con IU "lenguaje" y con su visión del mundo. Al mismo tiempo, cooperamos con él investigando sus objetivos para la terapia, su participación en el programa y su visión de la posible solución a sus problemas.

Un día recibimos una llamada telefónica urgente de Janet, quien pidió una cita para ella y Bob. La causa de este llamado fue que Bob había abandonado su último puesto como empleado de correos sólo tres horas después de haber empezado a trabajar. La explicación que le dio a Janet fue que en el trabajo había varias mujeres jóvenes y atractivas y que él se había sentido demasiado confundido para quedarse. Para Janet ésa fue la gota que rebalsó el vaso. Bob había abandonado empleos "demasiadas veces", siempre con motivos fútiles. El empleo en la oficina de correos había sido el más breve en los "cinco meses, dos semanas y tres días" que hacía que estaba en el programa de Janet. En vista del escaso tiempo que quedaba para producir cambios reales en Bob, Janet creía que su permanencia en el programa podría ser un fracaso más en la ya larga lista de fracasos del joven.

En cuanto a nosotros, teníamos varias opciones para responder a la solicitud de atención de Janet. Su llamado nos indicaba que Janet estaba interesada en negociar con nosotros un tipo distinto de ayuda. A diferencia de su habitual actitud de derivar a un paciente para tratamiento ambulatorio cada vez que le era posible, ahora pedía ayuda para ella misma como directora del programa preocupada por su paciente. En esta ocasión nosotros podíamos reunirnos con ella a solas y responder a su solicitud de atención directa. Nuestra otra opción era reunirnos con Janet y con Bob juntos para evaluar la situación e intervenir en su relación directamente.

Nos decidimos por la segunda opción y les pedimos verlos juntos como si fueran una unidad familiar. Nuestra intuición clínica fue correcta. Como se verá en el siguiente relato del caso, Janet y Bob actuaron como si fueran

madre e hijo: Janet tenía una actitud solidaria y alentadora y por momentos regañaba a Bob y le reclamaba que se comprometiera con el programa.

Al empezar la sesión Janet y Bob nos mostraron cómo era su relación. Janet se dedicó inmediatamente a tratar de aplacar a Bob y convencerlo de que la permanencia en el programa no era un "castigo" como él decía sino, más bien, una oportunidad positiva. Janet pensaba que Bob debía "actuar maravillosamente bien" cuando tenía una entrevista de trabajo, porque siempre conseguía el puesto. Sin embargo, "algo debe pasar en cuanto empieza a trabajar", porque siempre abandona, una o dos semanas después. Ambos reconocieron que el período más largo que Bob había permanecido en un empleo había sido un mes; y el más corto, las tres horas en la oficina de correos. Además, Janet creía que Bob tenía que conseguir primero un empleo, a fin de adquirir cierta disciplina y aprender los hábitos del trabajo, antes de empezar a estudiar, como era el deseo del joven. La tarea terapéutica inicial fue evaluar lo que cada persona estaba dispuesta a hacer para resolver el problema.

La terapeuta empezó la sesión preguntándole a Janet qué la impulsaba a pedir una entrevista el día antes de la sesión. La terapeuta tenía curiosidad por saber cuál era la percepción que la directora del programa tenía de la pérdida del empleo esa vez.

TERAPEUTA: ¿Qué hay de diferente con Bob esta vez?

BOB: Nada.

JANET: (riendo) Creo que sí hay algo. (A Bob) Tal vez estés más sano. Aunque todavía bebes, tienes más claridad. Así que cuando estás sobrio ves con más claridad los problemas. Yo tengo esperanzas. Yo (dirigiéndose al terapeuta) veo grandes posibilidades en Bob.

TERAPEUTA: ¿Tú tienes tantas esperanzas para ti mismo como Janet?

BOB: ¿Esperanzas para mí?

TERAPEUTA: Sí, para ti. ¿Tienes tantas esperanzas para ti mismo como Janet?

BOB: NO.

T.: ¿O sea que ella tiene más esperanzas para ti que las que tú mismo tienes? ¿De dónde saca ella la idea de que tú puedes hacer todo eso?

BOB: Posiblemente porque hace poco tiempo que me conoce.

T.: ¿O sea que cinco meses y dos semanas te parece poco tiempo?

BOB: Mis padres vivieron conmigo 17 años y no tienen esperanzas. Me acuerdo que la primera vez que traté de matarme mi padre me dijo: "Nunca llegarás a nada y nunca ganarás tanto dinero como yo. Tendré que conformarme con que seas un lavaplatos".

T.: ¿O sea que tus padres tienen razón y Janet está equivocada? ¿Quién tiene razón: tus padres, que dicen que no hay esperanzas para ti, o Janet, que dice que sí las hay? ¿Quién está en lo cierto?

BOB: NO tengo la menor idea, Insoo. Probablemente, Janet.

T.: ¿Quién quieres que tenga razón: Janet o tus padres?

BOB: ESO depende. Depende del provecho que yo pueda sacarle.

T.: ¿Qué quieres decir?

BOB: Depende de lo que a mí me haga feliz. ¿Seré feliz siendo un lavaplatos, eso es suficiente para mí? ¿O quiero seguir adelante y tratar de llegar a algo?.

T.: Entonces, ¿qué crees que es bueno para ti? Janet, por ejemplo, tiene una idea de lo que es bueno para ti. ¿Cuál es tu idea de lo que es bueno para ti?

BOB: Mmm... mi idea es, a los 22 años que tengo, lo que Janet dice que será bueno para mí. Pero en los papeles. Lo que ella escribió, eso, es bueno, pero en los papeles.

T.: Bien. ¿Y qué me dices de la realidad? ¿Qué es bueno para ti en la realidad?

BOB: Sí, eso será bueno para mí, también en la realidad.

La terapeuta decidió ignorar la actitud solidaria de Janet con Bob y concentrarse en lo que tiene que pasar en la sesión para que sea provechosa. Era cada vez más evidente que Janet estaba repitiendo las mismas pautas que muchos otros habían probado con Bob anteriormente, sin éxito. Bob no sólo mantenía una relación de tipo visitante con nosotros, sino que además estaba claro que tenía una relación similar con el programa de Janet, que había durado ya más de cinco meses. En todos los intentos de tratamiento él había sido un participante pasivo. La terapeuta decidió desplazar el foco y empezar a evaluar la motivación de Bob para el cambio que todos queríamos que hiciera. Las preguntas de escala nos brindarían una adecuada medición de su disposición a actuar para cambiar.

TERAPEUTA: Digamos, Bob, que el número 10 significa que crees que tienes todas las posibilidades de lograrlo; es decir, que harás lo que sea necesario para llegar a ser alguien, para sentir que has triunfado. O sea que 10 significa que tienes todas las posibilidades de lograrlo, y 1 significa lo contrario. ¿Dónde te colocarías hoy, entre 1 y 10?

BOB: ¿Hoy?

T.: Sí, hoy.

BOB: Yo diría que en 2.

T.: ¿Y tú que dices, Janet?

JANET: YO diría que hoy estamos en 4V2. Hay una esperanza de pasar a 6, incluso a 7, pero no ahora.

T.: Bob, digamos que 10 significa que harás cualquier cosa para estar en 6 o 7 (donde Janet dice que estás a veces) y que 1 significa... a ver... que dices "Me quedaré sentado y diré que puedo tomarlo o dejarlo".

BOB: Yo creo que si hiciera de todo y aun así terminara en 6 o 7, sería un estúpido.

JANET: Pero se trata de hoy, Bob (pone el brazo alrededor de los hombros de Bob).

BOB: Hoy, tendré que ser prudente y decir que estoy en 5.

T.: Aprecio tu honestidad, Bob. Y en cuanto a ti, Janet, ¿dónde pondrías hoy la decisión, la motivación, el deseo de Bob?

JANET: Supongo que entre 4 y 5. Hay una disposición para desear hacerlo.

T.: Bien, pero yo hablo de su disposición para *hacerlo*, para esforzarse, para persistir aunque a veces no le guste.

JANET: Yo creo que hay disposición. Hay disposición para salir a buscar un trabajo, pero no para mantenerlo. Así que supongo que debería decir que su disposición para persistir es más o menos de 5. Bob necesita encontrar herramientas que le permitan durar en un empleo. Pero creo que eso es muy difícil para él.

Luego la conversación se concentró en la argumentación de Janet: que al parecer Bob mantenía siempre muy buenas entrevistas de trabajo, porque siempre conseguía empleo, pero que además debía permanecer en algún puesto para adquirir disciplina y para acostumbrarse a ir puntualmente al trabajo todos los días. Janet pensaba también que después de aprender la necesaria disciplina en el trabajo, lo mejor sería que Bob volviese a estudiar, a fin de aumentar sus posibilidades de conseguir mejores empleos y de ganar más dinero, puesto que siempre recibía salarios muy bajos. Bob declaró lisa y llana mente que no tenía ningún interés en volver a estudiar. El terapeuta decidió concentrarse en la disparidad entre la percepción de Bob de sí mismo y las percepciones de otras personas.

TERAPEUTA: (a Janet) Parece que tú ves un potencial mucho mayor en Bob que el que él mismo ve.

JANET: Creo que sí.

BOB: Sí, así es.

T.: ¿Otras personas también ven en ti más posibilidades que tú mismo?

BOB: Sí, siempre fue así. En la escuela mis informes decían "Bob realizará todas sus potencialidades"⁷ y después sacaba notas mediocres. Cosas así, una basura. También los psicólogos de la escuela pensaban que yo era loco porque siempre andaba bromeando y haciendo lío.

TERAPEUTA: O sea que todos veían más potencial en ti que tú mismo. Entonces, ¿quién tiene razón? ¿Tú o ellos?

BOB: NO sé, Insoo. Supongo que tendré que decir, porque son tantos contra uno, tendré que decir que ellos tienen razón.

T.: Bueno, pero no te preocupes por los números. ¿Ellos tienen razón? ¿O ven cosas que no existen? ¿Se engañan o tú te engañas? ¿Quién tiene razón? ¿Qué es verdadero?

BOB: Creo que todos nos engañamos, Insoo.

T.: Entonces ¿qué es real aquí?

BOB: LO real es que yo tengo días buenos y días malos con ese asunto, eso es todo.

T.: ¿Tú los engrupes y les haces creer que tienes más potencial del que realmente tienes, o ellos te engrupan para hacerte creer que tienes más potencial del que realmente tienes? ¿Cómo es ese asunto?

BOB: NO, no hay manera de que yo la engrupa a Janet, porque ella tiene muchísima percepción.

Aquí se usaron deliberadamente palabras fuertes como "engrupir", para acompañar la jerga de Bob y para señalar que Bob ha tratado de convencer a otros —y otros han tratado de convencer a Bob— de su potencial. La pauta que empezaba a surgir era que mientras más alentaban los otros a Bob, más fácil le resultaba a él ignorarlos, lo que llevaba a que los otros se sintieran frustrados y Bob se apartara. Al hacer más explícita esta pauta, a Janet y a Bob les resultaría difícil seguir aceptándola. Era preciso cuestionar la visión de Bob de sí mismo de un modo

que él pudiera aceptar. Asimismo, se considera positiva su última observación acerca de su incapacidad para engrupir a Janet debido a su percepción de las personas.

TERAPEUTA: ¿Estás engrupiéndote a ti mismo para creer que no tienes tanto potencial como en realidad tienes?

BOB: Creo que sí.

T.: ¡No me digas!

BOB: Sí.

Bob está llegando a colocarse en la situación de tener que admitir que los otros tienen razón acerca de él, que él tiene más potencial y no lo utiliza.

TERAPEUTA: Entonces, tú crees que es más correcto decir que estás tratando de engrupirte, de pensar que no tienes tanto potencial como realmente tienes, en vez de tratar de engrupir a otras personas.

BOB: Sí, creo que sí.

T.: O sea que tienes mucho más potencial que el que crees tener.

BOB: Mi potencial es que soy brillante, soy divertido, mmm...

T.: ¿Y cómo lo sabes?

BOB: De eso estoy seguro.

Tal como habíamos supuesto, a Bob le resultaba mucho más fácil aceptar que estaba engañándose a sí mismo que reconocer que estaba engañando a otros. La reiteración de esta idea le hace más fácil al paciente empezar él también a creerla. Descubrimos que la simple pregunta "¿Cómo lo sabes?" es poderosa e impacta al paciente de un modo muy convalidante. Para responder a esa pregunta el paciente debe ser capaz de proporcionar alguna evidencia exterior que indique que él *sabe*. Una vez que Bob admitió que tenía un potencial y lo escondía de todos, fue preciso ayudarlo a formular la idea aportando evidencias. La tarea siguiente del terapeuta es desafiar a Bob a canalizar ese potencial dándole un uso productivo.

TERAPEUTA: Entonces, ¿qué te impide usar ese potencial?

BOB: Mmm... Creo que lo que me detiene es el objetivo de lo que quiero lograr con eso.

T.: ¿Quieres decir que no sabes qué hacer con ese potencial?

BOB: Exactamente. No sé qué demonios hacer con él.

T.: ¿Pero para qué crees que sirve tu potencial?

BOB: Para ser un artista desocupado (carcajada).

Estas preguntas abrieron rumbos que podían ser seguidos por el paciente. Mientras el terapeuta exploraba la idea del paciente de lo que quería hacer con su potencial, la relación entre ambos se iba transformando en una relación de tipo demandante: Bob había pasado a tener la demanda de no saber qué hacer con su potencial.

Una indagación más a fondo de lo que deseaba hacer con su potencial —ser comediante, diskjockey, tener su propio show televisivo o llegar a ser un músico famoso— llevó a la conclusión de que para él todos esos deseos eran sólo "sueños imposibles".

TERAPEUTA: ¿Con qué intensidad deseas esto? ¿Dónde pondrías tu deseo de hacer todo esto?

BOB: Para usar tus números, yo diría que estoy en 3.

T.: Janet, ¿en qué número dirías que está el deseo de Bob de usar su talento?

JANET: Para mí, está bastante alto. El toca para amigos, para el Serenity Club, hace un par de semanas tocó en un funeral, y ahora está tratando de hacer un arreglo con la iglesia para tocar en la misa. Su deseo es muy alto.

T.: Entonces, ¿qué crees que le costará a Bob traducir su deseo en acción y hacer lo que tiene que hacer? ¿Qué crees que le costará hacer eso?

JANET: Yo creo que él tendrá que estudiar. Quizá no sea así, quizá sólo tenga que adquirir experiencia. Pero en última instancia siempre tendrá que estudiar. Tiene que salir con éxito de un día de crisis.

T.: ¿Qué te parece eso, Bob? ¿Concuerdas con eso?

BOB: Sí, concuerdo con eso.

T.: Entonces, ¿con qué intensidad deseas hacer lo que hay que hacer?

BOB: Con mucha (pausa). Pero entonces, ¿estamos hablando de deseo o de hacer realmente? Porque yo no estoy haciendo una mierda.

T.: Luego, ¿quieres hacer algo, hacer una "mierda", seguir adelante con tu vida?

BOB: Sí, me gustaría. Pero creo que todo eso es muy superficial. No estamos hablando de por qué yo no hago nada.

Los objetivos de Bob acerca de lo que quiere hacer con su potencial se han vuelto algo más claros. La siguiente tarea es negociar con Bob acerca del grado de disposición que él tiene para soportar el difícil proceso de hacer un esfuerzo para triunfar. El último comentario de Bob fue una sorpresa para la terapeuta. Ella esperaba una gran dosis de información acerca de lo que interfería con la posibilidad de que Bob fuera productivo, y estaba preparada para discutir las "verdaderas" razones de Bob para no hacer lo que había que hacer. Pero lo que siguió no sólo fue una sorpresa sino que además podría haber distraído a la terapeuta, dando por resultado un análisis de los prejuicios de Bob y de su actitud hacia los hombres africanos estadounidenses que había en el programa. Bob estaba indicando una vez más que necesitaba ayuda para justificar por qué no estaba haciendo lo que había que hacer.

TERAPEUTA: NO entiendo.

BOB: Es por el lugar donde estoy viviendo. Es un grupo familiar diferente. Yo no pertenezco allí. Mira, todos los que viven ahí son del tipo "Sí, soy un hombre, yo soy un hombre", ¿te das cuenta? Son los "machos", todos dicen "joder esto, joder lo otro", y además, hombre, la música te enloquece. Es un choque cultural. Yo no puedo soportar la música de esos tipos. Yo traté de ser macho y no me bañé por una semana (carcajada). Pero no estoy hablando de los negros con los que vivo. Es la cultura lo que choca. "Joder por aquí, joder a tu madre por allá". ¡No lo aguanto! (con aire de repugnancia).

T: Entonces, ¿qué te ayudará? ¿Qué quieres hacer?

BOB: NO sé.

También en este punto habría sido fácil dejarse distraer por el intento de Bob de encontrar excusas por no ser capaz de hacer lo que necesitaba hacer. La terapeuta desplazó el foco hacia atrás, concentrándolo en la disposición de Bob para dar los pasos necesarios para lograr su objetivo. Uno de los métodos más eficaces para volver a enfocar en la iniciativa del paciente es formular las preguntas de una manera positiva, afirmativa

TERAPEUTA: ¿Qué será bueno para ti?

BOB: YO podría salir así, en un periquete (hace chasquear los dedos), pero sólo pasaré a una Misión de Rescate y tendré que servir las mesas. Eso no será un cambio.

T.: Entonces, ¿qué será *bueno* para ti?

BOB: ¿Qué será *bueno* para mí?

T.: Sí. ¿Qué será *bueno* para ti?

BOB: YO tengo que salir de aquí. Eso será bueno para mí.

T.: ¿Y qué tienes que hacer para poder hacer lo que es bueno para ti?

BOB: LO que tengo que hacer es: romperme el alma trabajando, ahorrar algo de plata y mudarme, compartir un departamento. Llevará mucho tiempo empezar desde abajo, y es por eso que yo tengo problemas para mantener los empleos.

T.: ¿Entonces quieres empezar desde el medio?

BOB: Sí, eso es lo que quiero.

T.: ¿Y qué tienes que hacer para empezar desde abajo y aguantar hasta que llegues al medio? ¿Qué tienes que hacer?

BOB: Tengo que largar el trabajo y hacer lo que me dé la gana.

T.: Cuando largas el trabajo, quieres decir. Bien, entonces sabes bien lo que tienes que hacer. ¿Y qué pasa si decides *no hacer eso*?

BOB: Nada.

T.: ¿Qué quieres decir con eso de "nada"?

BOB: Que me quedaré en el programa de Janet. Y seguiré viviendo allí.

Bob trata una vez más de poner a prueba el compromiso de Janet con él y también explora si ella está suficientemente comprometida como para no dejarlo soltarse del anzuelo.

JANET: Pero sabes muy bien que no puedes hacer eso. Yo no puedo retenerte indefinidamente.

BOB: Ya lo sé.

T.: ¿Quieres decir, Janet, que Bob no puede quedarse aquí indefinidamente?

JANET: Claro, no puede, tenemos que tener un plan. Yo no querría para nada permitir que él se fuera a otro refugio o a una Misión de Rescate. No veo de qué serviría. Una vez se fue, por un período breve. Y las cosas no mejoraron.

T.: ¿Es posible que vivas en la calle los próximos 25 o 30 años?

BOB: Esa es una posibilidad. Todo depende de cómo yo me maneje. Es una posibilidad.

T.: Has visto lo que otros tipos han hecho. ¿Quieres hacer lo mismo?

BOB: No,

T.: ¿Estás *seguro*?

BOB: Sí, estoy segurísimo. *No, yo no quiero eso.*

T.: ¿Qué quieres en lugar de eso?

BOB: Quiero ser como todo el mundo... ser normal... tener un lugar mío, tener un empleo, tocar la música que me gusta, quizás hasta tener una mujer.

En este punto la terapeuta hizo un alto para consultar con el equipo. Vimos la preocupación de Janet por Bob como una ventaja, pero consideramos que también podría interferir con la necesidad de Bob de *hacer* lo que tenía que hacer: es decir, empezar con un empleo de bajo nivel y mantenerlo el tiempo suficiente para desarrollar un sentido de competencia y un sentimiento de realización, y pasar después a la posición intermedia, como "todo el mundo". Era preciso que Janet "se borrara un poco" y le permitiera a Bob explorar con dolor sus elecciones acerca de lo que quería hacer para utilizar su talento. Janet estaba cometiendo un error muy común: veía a Bob como deficiente en su capacidad de imaginar lo que era bueno para él. Su solución era presentarle un programa: mantener durante cierto tiempo empleos de nivel salarial mínimo, para aprender la disciplina del trabajo; después estudiar, conseguir un verdadero empleo, ahorrar dinero, etc. Pero lo que Bob necesitaba era que lo ayudaran a poner en claro qué era lo que estaba dispuesto a hacer con su vida. La terapeuta mantuvo el foco en "¿Qué es bueno para ti que hagas?" y "¿Qué tienes que hacer para poder hacer lo que es bueno para ti?"

Su sueño de encontrar un empleo fácil y agradable, que no requiriera demasiado esfuerzo, era irreal en cierto nivel, y Bob lo sabía. Nosotros reconocimos que Bob era realmente un joven brillante, inteligente. También nos dimos cuenta de que a los que querían ayudarlo les resultaba fácil alentarlos y darle "jarabe de pico", lo que hasta entonces no había servido de nada. También era evidente que, excepto sus vagos sueños de "hacer algo" en el mundo del entretenimiento, Bob no sabía lo que quería. Desde luego que ésta es una cuestión difícil y que una persona joven no puede decir lo que quiere sin alguna orientación para poder formularlo. Nosotros creemos que esas decisiones se toman por lo general por ensayo y error, a través de los muchos pequeños éxitos que le enseñan a una persona cuáles son sus intereses y sus condiciones. Bob todavía no se había quedado en un empleo el tiempo suficiente para descubrir lo que le gustaba y lo que no le gustaba en los diversos aspectos de los diferentes trabajos.

Como Janet es una de nuestras colegas profesionales que se ha ganado nuestra más alta estima por su integridad y su dedicación al trabajo, le hicimos una recomendación franca y conveniente, que mejoraría su posibilidad de éxito con Bob. Al mismo tiempo era preciso que Janet "retrocediera" y dejara de proteger a Bob con una actitud maternal. Al finalizar el intervalo de consulta se les entregó a ambos el siguiente mensaje:

✍ A Janet: la impresión del equipo es que Bob está convencido de que tú estás de su lado. Aunque quizás hayas tenido que insistir en que él haga un esfuerzo para permanecer en el programa, lo haces por respeto a la capacidad de Bob para hacer algo con su vida, y no porque quieras ser dura con él. O sea que cuando llegue el momento, o él hace algo para salir de tu programa hacia algo mejor para él, o termina en la Misión de Rescate. Nosotros creemos que tu insistencia en que dé algunos pasos positivos es tu manera de respetar su capacidad; y también aprobamos tu deseo de no tratarlo como a un niño y de no mimarlo, aun cuando eso pueda resultarte difícil. El equipo está impresionado por tu deseo de hacer lo que es bueno para Bob.

✍ A Bob: el equipo dice que parece que tú te crees tu propia mentira. Pero te olvidas de que así sólo consigues engañarte a ti mismo. A veces lo olvidas porque hace tanto tiempo que lo haces que has llegado a engrupirte a ti mismo. El otro punto, más lamentable, es que la gente ha estado tratando de obligarte a hacer encajar tu clavija cuadrada en un agujero redondo. Eso se ha prolongado mucho tiempo y todos han contribuido, incluyéndote a ti mismo. Dado que tú sabes bien lo que tienes que hacer, sugerimos que des algunos pasos. La única manera que conocemos de que dejes ya de creer en tu propia farsa es hacer lo que tienes que hacer. Además, consideramos que el hecho de que no trates de obligarte a adaptarte a un agujero redondo es también hacer lo que tienes que hacer. Por lo tanto, quisiéramos que hicieras algunas cosas. Como sabes lo que tienes que hacer, no vamos a

menospreciar tu inteligencia diciéndote qué es lo que debes hacer. Simplemente, tienes que *hacerlo*. Quiero volver a verte, Bob.

✍ A Janet: nos gustaría mantenernos en contacto, sólo para tener una idea, a través de ti, de cómo le va a Bob. Dado que Bob sabe, y dado que está convencido de que tú estás de su lado, de que lo defiendes, de que quieres que se realice en la vida, tal vez quieras dejar de hablarle de todo esto.

✍ Y finalmente para ti, Bob, el equipo cree que tienes el 50% de posibilidades a favor y el 50% en contra de dar algunos pasos, los pasos que tú sabes que tienes que dar. Yo, por mi parte, no estoy seguro de estar de acuerdo con eso.

En ese momento la terapeuta se dispuso a dar por terminada la sesión, pero Bob la interrumpió.

BOB: Espera un momento. ¿Por qué el equipo da precisamente ese dato? Ese asunto del 50% a favor y el 50% en contra. ¿Acaso creen que diré: "Ahora les voy a mostrar"?

T.: No sé, Bob, no estoy segura. Sólo trataron de dar su opinión francamente.

La sesión terminó allí. El mensaje enviado después del intervalo puede ser considerado como el resumen de lo que se puso en evidencia durante la sesión. La entrevista se inició con muchos indicios de que Janet estaba más comprometida que Bob en la tarea de asegurar el éxito de éste en la vida.

Como les sucede a muchos "salvadores", Janet tiene muchas buenas ideas sobre la mejor manera en que Bob debería encarar los objetivos que ella le ha planteado. Si la relación entre ambos se prolongaba mucho más, era muy probable que terminara como tantas otras, incluyendo la de Bob con sus padres. Al final todos se enojaban con él y le ponían diversas etiquetas: que estaba perdido, que era agresivo, que todavía no había "tocado fondo".

Muchas veces se interpreta mal a personas bienintencionadas como Janet, se las tilda de "encubridores" o "codependientes" y se afirma que necesitan un buen tratamiento para desligarse.

Nosotros resolvimos probar primero el método más simple, más fácil y menos invasor. En primer lugar, se elogió a ambos por separado, destacando las buenas intenciones de cada uno, que de algún modo estaban mal dirigidas.

A Janet se le aseguró que su duro trabajo con Bob había sido realizado con éxito, es decir, que el joven estaba convencido (ir que ella lo estimaba, lo apoyaba y tenía una confianza incondicional en su capacidad para salir adelante).

El segundo paso del mensaje consistió en explicar por qué era necesario que ella se desligara y redujera su intenso compromiso con el éxito de Bob.

Se afirmó que ese distanciamiento era una manifestación de respeto por Bob y de confianza en su capacidad; es decir, que la prolongación de su tutela sobre el joven sería vista como una falta de confianza y respeto. Esta idea puso al alcance de Janet una elegante manera de desligarse.

Por otra parte, a Bob se le dio la explicación de que se había confundido al creer en su propia patraña, además de haber fracasado en el intento de encajar su clavija cuadrada en un agujero redondo.

El equipo se negó también a repetir el fallido intento anterior de indicarle lo que debía hacer. En lugar de considerar que Bob ignoraba lo que debía hacer, el equipo lo consideró responsable de su fracaso, por haberse negado a hacer lo que sabía que debía hacer.

Desde el principio de la sesión fue evidente que Janet estaba en una relación de tipo comprador, mientras que Bob era un visitante. Sin embargo, la relación con Bob se transformó en una relación de tipo comprador y, por lo tanto, a él y a Janet se les dio una tarea conductual.

Se le sugirió a Janet que respetara la capacidad de Bob y dejara de darle indicaciones. Se sugirió, por otra parte, que Bob *diera ciertos pasos* en dirección de lo que era *bueno* para él. Nótese que se dejó definido vagamente "lo que era bueno para él".

Bob marcó una cita para la semana siguiente pero la canceló dos veces, diciendo que trabajaba hasta tarde. Además, pidió un certificado de la terapeuta de su participación en un tratamiento por consumo de drogas. Según informó, necesitaba el certificado para solicitar el ingreso en un programa de trabajo protegido.

La información de seguimiento provino de Janet cuando nos reunimos con ella para tratar otras cuestiones, vinculadas con los servicios incluidos en el tratamiento.

Janet informó que Bob se había ido al terminar su permanencia de seis meses, y que desde entonces estaba trabajando: al principio, en un programa de rehabilitación vocacional, y luego en un programa de capacitación protegido. Bob iba muchas veces a visitar a Janet.

Su última visita se había producido unos nueve meses después de nuestra sesión. Bob invitó a Janet a almorzar, lo que no era raro en él. Pero lo inusual fue que, en vez de pedirle a Janet que pagara, Bob tomó la cuenta e insistió en pagar también el almuerzo de Janet.

Ella dijo que "casi se cayó de espaldas", porque el hecho era un cambio drástico para Bob. Además, informó que Bob estaba desempeñándose bien, que se lo veía más saludable, que trabajaba y que compartía con otro joven el alquiler de un departamento.

De vez en cuando cantaba en la iglesia y también tocaba con un grupo. Y en los últimos tiempos había empezado a dar charlas para estudiantes secundarios acerca de los peligros del alcohol y las drogas.

Bob había ido mucho más allá de aquellos "primeros pasos" en su camino hacia una vida más plena y hacia su objetivo de ser una persona "normal".

Epílogo

En cierto modo, escribir un libro es un ejercicio en el compromiso. Cuando terminamos de escribir este libro nos dimos cuenta de que habíamos logrado expresar muchas cosas acerca del uso del modelo centrado en la solución en el tratamiento del bebedor problemático. Y al mismo tiempo tomamos conciencia de que no habíamos podido incluir muchas cosas.

Al comienzo del libro señalamos que nuestro objetivo era escribir un libro práctico, un manual sobre el proceso del tratamiento del problema del alcohol con un método centrado en la solución.

Sobre todo queríamos consignar en detalle los conceptos y las técnicas que nos habían resultado útiles en el tratamiento de esta difícil población.

Las técnicas, el cómo hacerlo" que figuran en este libro surgen de nuestra creencia básica acerca de nuestro trabajo con pacientes.

Desde luego no creemos que nuestro modelo sea la formulación última del tratamiento del abuso de alcohol. Tampoco es la última palabra que querríamos decir sobre la aplicación de este modelo al bebedor problemático. Esperamos, por el contrario, que los conceptos y las técnicas que aquí presentamos sirvan para presentar a los profesionales que tratan a bebedores problemáticos un modelo dirigido a fortalecer y convalidar a pacientes.

El modelo de la terapia centrada en la solución está en evolución. Aun durante la redacción y la edición del libro, el texto siguió cambiando y adaptándose para satisfacer las necesidades de los pacientes con los que trabajábamos. Inicialmente intentamos incorporar esos cambios en el libro. Pero en cierto momento tuvimos que interrumpir ese proceso y limitarnos a escribir sobre el modelo.

Siempre que escuchemos a nuestros pacientes —pensamos— el modelo seguirá creciendo, cambiando y evolucionando. Y al viajar tanto como viajamos llegamos a conocer a muchos profesionales que están adaptando el modelo trabajar en diferentes culturas y en combinación con diferentes modelos de tratamiento. Esto confirma nuestra creencia de que hay muchas vías para llegar a las soluciones, y de que el modelo centrado en la solución es sólo una de esas vías.