

LAS TERAPIAS POSMODERNAS: UNA BREVE INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA COLABORATIVA, LA TERAPIA NARRATIVA Y LA TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES

Margarita Tarragona Sáez
Grupo Campos Elíseos, México, D.F. (México)

Resumen

Este artículo ofrece un panorama general de la Terapia Colaborativa, la Terapia Narrativa y la Terapia Centrada en Soluciones, modelos que frecuentemente se agrupan dentro de la categoría de «Terapias Posmodernas». Se presentan las premisas filosóficas que comparten estos tres enfoques, especialmente en cuanto al lenguaje, el conocimiento y la identidad. Estos modelos entienden la terapia como un proceso conversacional en el que los clientes y los terapeutas co-construyen nuevos significados, historias alternativas, posibilidades y soluciones. Se discuten algunas de las prácticas terapéuticas que caracterizan a cada uno de estos abordajes y se describen sus áreas de aplicación en distintos contextos y con diferentes poblaciones.

PALABRAS CLAVE: Terapia colaborativa, terapia narrativa, terapia centrada en soluciones, terapias posmodernas.

Abstract

This article offers an overview of Collaborative Therapy, Narrative Therapy and Solution Focused Therapy, which are frequently grouped together as «Postmodern Therapies». The philosophical premises shared by these approaches are discussed, particularly those regarding language, knowledge and identity. Therapy is seen as a conversational process in which clients and therapists together co-construct new meanings, alternative stories, possibilities and solutions. Some of the therapeutic practices that characterize each of these models are presented, as well as the different contexts and populations with which they can be applied.

KEY WORDS: Collaborative Therapy, Narrative Therapy, Solution Focused Therapy, Postmodern Therapies.

Introducción

A partir del último cuarto del siglo XX han surgido nuevas formas de pensar en la psicoterapia que cuestionan muchos de los supuestos en los que se ha basado esta disciplina a través de su historia. Este cuestionamiento ha resultado en el desarrollo de prácticas terapéuticas que han recibido diferentes nombres: terapias «posmodernas», «narrativas», «discursivas», «postestructuralistas», «colaborativas» y «socioconstruccionistas». Cada uno de estos términos subraya algún aspecto importante de estos abordajes ya que éstos ven la terapia como un proceso conversacional o discursivo; se interesan en la forma en la que las personas creamos narraciones o historias sobre nuestras vidas; proponen que el conocimiento y la identidad se construyen a través de la interacción con los otros; no piensan en las dificultades humanas en términos de estructuras «profundas» o subyacentes y conciben la terapia como una relación de colaboración entre clientes y terapeutas. En este trabajo se utiliza el término «posmoderno» por considerar, como Harlene Anderson (1997, 2006), que éste constituye una amplia «sombra» bajo la que caben muchas corrientes de pensamiento distintas pero interrelacionadas.

En este artículo se discuten tres escuelas o terapias posmodernas: la Terapia Colaborativa (Anderson y Goolishian), la Terapia Narrativa (White y Epston) y la Terapia Centrada en Soluciones (De Shazer y Kim-Berg)¹ aunque, como menciona Anderson (2003a), hay muchos otros profesionales cuyo trabajo se puede considerar parte de esta corriente. Entre ellos, Tom Andersen, Lynn Hoffman, Peggy Penn, Lois Shawver y Jaakko Seikkula.

La Terapia Colaborativa, la Terapia Centrada en Soluciones y la Terapia Narrativa tienen características particulares y estilos de trabajo específicos de cada una. Existen diferencias importantes entre ellas, pero frecuentemente se agrupan porque comparten algunas premisas básicas sobre el lenguaje, el conocimiento, los problemas, las relaciones interpersonales y la identidad (Paré y Tarragona, en prensa; Anderson, 2006, Anderson, 2003b).

Una discusión detallada de la crítica posmoderna va más allá de los alcances de este trabajo. Este artículo se limita a describir algunas de las ideas posmodernas que han tenido mayor impacto en la psicoterapia y cómo se han traducido a la práctica terapéutica. Se presenta una somera revisión de las premisas básicas de la Terapia Narrativa, la Terapia Colaborativa y la Terapia Centrada en Soluciones y de las prácticas principales de cada uno de estos modelos. Aunque se mencionan los procedimientos específicos más característicos de cada una de estas escuelas, en este trabajo se enfatizan más los aspectos que comparten que aquellos que las diferencian, pues la intención es ofrecer al lector una visión general sobre este conjunto de terapias.

1 Aunque generalmente no se les considere terapias «posmodernas», la Terapia Breve de Mental Research Institute de Palo Alto (Watzlawick, Weakland y Fisch) y la terapia de los Asociados de Milán (Cechin y Boscolo) pueden ser consideradas como precursoras de éstas.

Posmodernidad y psicoterapia

La palabra «posmoderno» generalmente se refiere tanto a una época histórica (la actual), como a un movimiento en las artes y a una corriente crítica en la academia, especialmente en las disciplinas sociales y la filosofía. Como movimiento filosófico, el posmodernismo ha cuestionado la naturaleza del conocimiento y señalado las limitaciones de la epistemología positivista para el estudiar y comprender la experiencia humana. Una de sus propuestas es que la identidad no es algo fijo, sino que está en constante creación y revisión dentro de una red de relaciones y conversaciones con otras personas. Anderson (1997) considera que es más importante pensar en el posmodernismo como una crítica que como una época y enfatiza que no se trata de un modelo terapéutico, sino de un movimiento filosófico que incluye muchas propuestas distintas, como las de Mihail Bakhtin, Jaques Derrida, Michel Foucault, Jean-Francois Lyotard, Richard Rorty y Ludwig Wittgenstein, entre otros. Lo caracteriza así:

«El pensamiento posmoderno se mueve hacia el conocimiento como una práctica discursiva, hacia una pluralidad de narrativas que son más locales, contextuales y fluidas; se mueve hacia una multiplicidad de enfoques para el análisis de cuestiones como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, el «self» y el poder. Enfatiza la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generadora del lenguaje» (1997, p. 36, traducción de la autora).

Varios autores (Gergen, 1990; Shawver, 2005) consideran útil contrastar la postura posmoderna con el pensamiento moderno para apreciar claramente sus características. La perspectiva moderna parte de la idea de que existe una realidad separada del observador, susceptible de ser conocida de manera objetiva. El conocimiento es visto como un «espejo» de la realidad y la función del lenguaje es representar al mundo tal cual es (Anderson, 1997).

La perspectiva posmoderna difiere de la moderna en muchos aspectos. La propuesta posmoderna sobre el conocimiento postula que éste está construido socialmente a través del lenguaje. Supone que no podemos tener una representación directa del mundo, sólo podemos conocerlo a través de nuestra experiencia del mismo (Anderson, H., 2006, 1997). Me parece importante enfatizar lo que Anderson (2006) aclara en su descripción del conocimiento «socialmente construido»: que se refiere al «conocimiento social» o el significado que le damos a los eventos y vivencias, no al conocimiento científico o del mundo físico.

El lenguaje ocupa un lugar central en la crítica posmoderna. Ésta propone que el lenguaje más que representar la realidad, la constituye. Es decir, que las palabras que utilizamos no «reflejan» o expresan lo que pensamos o sentimos, sino que le dan forma en gran medida a nuestras ideas y al significado de nuestras experiencias. Harry Goolishian, uno de los fundadores de la terapia colaborativa, solía decir «Nunca sé lo que pienso hasta que lo digo» (Anderson, 2005, p. 4, traducción de la autora).

La crítica posmoderna ha tenido un gran impacto en las disciplinas sociales, en la psicología y en la psicoterapia. Ha invitado a reconsiderar muchas de las premisas tradicionales sobre la naturaleza de las personas, de los problemas y de la

relación terapéutica (Anderson, H., 2003a). Nuevamente puede ser útil contrastar las posturas modernas y posmodernas, esta vez en cuanto al trabajo terapéutico: Las psicoterapias ubicadas dentro de la tradición moderna parten de la base de que el terapeuta es un observador objetivo de sus clientes. Muchas veces están inspiradas en un modelo médico y el proceso terapéutico se entiende como análogo a la intervención de un médico con un enfermo. Se cree que el terapeuta posee un conocimiento experto sobre la naturaleza humana o sobre las dificultades del cliente (Anderson, 1997). Este conocimiento privilegiado con frecuencia se traduce en una marcada diferencia de jerarquía, ya que el terapeuta «sabe más» que el paciente, sabe lo que «realmente» le está pasando a éste y probablemente tenga algunas ideas sobre como «deben ser» las personas y las relaciones humanas sanas o funcionales (Anderson, 1997). Las terapias «modernas» generalmente parten de un diagnóstico que determina el tratamiento a seguir y los objetivos de éste. El terapeuta puede saber qué pasos o etapas se darán en la terapia y diseñar intervenciones o estrategias para lograr las metas del tratamiento. Con frecuencia es el terapeuta quien «da de alta» al paciente o decide cuando debe de terminar la terapia.

Varios autores dentro de las corrientes posmodernas y postestructuralistas en psicología (Anderson, 1997; Gergen, 1990; Anderson, Gergen y Hoffman, 1995; White y Epston, 1989) subrayan que históricamente el lenguaje de la psicoterapia ha sido un lenguaje de déficit y que la terapia frecuentemente es vista como una tecnología para «componer» personas defectuosas. También han expresado su preocupación por los efectos negativos que los diagnósticos psicopatológicos pueden tener sobre las personas.

Cabe mencionar que esta preocupación por la atención excesiva que se le prestado al déficit y la patología en la psicología, es compartida por investigadores y terapeutas que no se ubican en la línea socioconstruccionista o posmoderna, por ejemplo, los exponentes de la Psicología Positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2002; Peterson y Seligman, 2004).

Friedman (1996) llama a los terapeutas que trabajan desde estas perspectivas «terapeutas constructivos» y los describe de la siguiente manera:

«Los terapeutas constructivos:

- *Creen en una realidad construída socialmente.*
- *Enfatizan la naturaleza reflexiva de la relación terapéutica en la que el cliente y el terapeuta co-construyen significados mediante el diálogo o la conversación.*
- *Se mantienen empáticos y respetuosos ante el predicamento del cliente y cree en la capacidad de la conversación terapéutica para liberar aquellas voces e historias que han sido suprimidas, ignoradas o no tomadas en cuenta previamente.*
- *Se alejan de las distinciones jerárquicas hacia una oferta de ideas más egalitaria en la que se respetan las diferencias.*
- *Co-construyen los objetivos y negocian la dirección de la terapia, colocando al cliente en el «asiento del conductor», como experto en sus propios predicamentos y dilemas.*

- *Buscan y amplifican las habilidades, fortalezas y recursos y evitan ser detectives de la patología o reificar distinciones diagnósticas rígidas.*
- *Evitan utilizar un vocabulario de déficit y disfunción, reemplazando la jerga de la patología (y la distancia) con el lenguaje cotidiano.*
- *Están orientados hacia el futuro y son optimistas respecto al cambio».*
(Friedman, 1996, p. 450-451, traducción de la autora)

Algunas características comunes de las terapias posmodernas

A continuación se presenta un panorama general de tres terapias constructivas o posmodernas: la Terapia Centrada en Soluciones, la Terapia Narrativa y la Terapia Colaborativa. Estos tres enfoques terapéuticos son diferentes, pero comparten ciertos conceptos básicos y una postura o forma de relacionarse con los clientes:

Inspiración interdisciplinaria. Muchos de los fundamentos teóricos de estas terapias están inspirados por las ideas que provienen de disciplinas distintas de la psicología. Se basan en las ideas de filósofos, antropólogos, historiadores, lingüistas y críticos literarios. Entre ellos Gregory Bateson, Peter Berger y Thomas Luckman, Clifford Geertz, Victor Turner, Ludwig Wittgenstein, Hans-Georg Gadamer, Jacques Derrida, Paul Ricoeur, Michel Foucault, Jean-Francois Lyotard, John Shotter, Walter Truett Anderson y Richard Rorty. Dentro de la psicología han sido especialmente importantes las ideas de Kenneth Gergen, L.S. Vigotsky, Jerome Bruner y William James, entre otros.

Una visión social/interpersonal del conocimiento y la identidad. La Terapia Colaborativa y la Centrada en Soluciones se identifican como «socio-construccionistas» (Anderson, 1997; De Jong y Kim Berg, 2000). La Terapia Narrativa no comparte totalmente esta epistemología. White (2000) dice que aunque aprecia muchas de las ideas del socioconstruccionismo, algunas no lo satisfacen y prefiere ubicarse su trabajo en la tradición postestructuralista. A pesar de esta diferencia, creo que tanto la Terapia Narrativa como en la Centrada en Soluciones y la Colaborativa coinciden en que la experiencia de la realidad o el significado que le damos a nuestras vivencias se construye a través de interacciones con otras personas y que no dependen sólo de cuestiones individuales. Estos enfoques terapéuticos le dan mucha importancia a los factores sociales que posibilitan y/o limitan nuestras formas de entender lo que experimentamos. Un mismo evento puede ser vivido de diferentes maneras en distintos contextos culturales, relacionales y lingüísticos.

Atención al contexto. Tanto la Terapia Colaborativa como la Narrativa y la Centrada en Soluciones surgieron originalmente de la Terapia Familiar. Cada uno de estos modelos terapéuticos se ha ido desarrollando y en la actualidad se utilizan tanto para el trabajo con familias como con parejas e individuos, de diferentes edades y que se enfrentan a todo tipo de dificultades. Las terapias posmodernas no se basan en la analogía cibernética que ha sido tan importante en la terapia familiar y que frecuentemente se asocia con el término «sistémico». Creo que aún así, se pueden entender como «sistémicas» en el sentido más amplio del término: el de pensar en la gente siempre en contexto, bien sea el contexto cultural, en el

contexto de sus interacciones con otras personas o en el de los «sistemas conversacionales» en los que participa.

El lenguaje como eje central de la terapia. Anderson (2006) dice que el lenguaje, hablado o no, es el vehículo principal a través del cual le damos sentido a nuestro mundo. El interés por el lenguaje es compartido por la Terapia Colaborativa, la Centrada en Soluciones y la Narrativa. Desde estas perspectivas, la terapia es vista como un proceso conversacional y se piensa que el diálogo y la conversación son generadores de significados. La forma en la que pensamos y hablamos de nuestros problemas o dificultades puede contribuir a que nos hundamos más en ellos o podamos contemplar nuevas formas de verlos, de solucionarlos o transformarlos.

La terapia como colaboración o «sociedad». La Terapia Colaborativa, la Terapia Narrativa y la Terapia Centrada en Soluciones ven el proceso terapéutico como una actividad en la que participan conjuntamente clientes y terapeutas. Desde estas perspectivas la terapia no es algo que se le hace a alguien², sino que se hace con alguien. De la misma manera que, como Anderson (1997) señala, hay una diferencia entre *hablar con* alguien y *hablarle a* alguien. Cuando se escoge lo primero y se establece un diálogo, la terapia puede ser «un proceso de toma y daca, un intercambio, una discusión, una consideración y entrecruzamiento de ideas, opiniones y preguntas» (1997, p. 63, traducción de la autora). Los clientes y los terapeutas son compañeros o socios en la conversación, la construcción de soluciones o el desarrollo de nuevas historias e identidades.

La multiplicidad de perspectivas o «voces». Una idea recurrente dentro de la crítica posmoderna es que existen muchas «voces» o realidades humanas. Truett Anderson (1990) señala que la gente puede tener no sólo distintas opiniones políticas o creencias religiosas, sino ideas muy diferentes sobre asuntos «básicos», como la identidad personal. La Terapia Narrativa, la Terapia Colaborativa y la Terapia Centrada en Soluciones consideran que la multiplicidad de perspectivas o descripciones es un importante recurso en la terapia. Cada una de estas escuelas terapéuticas ha desarrollado formas de incorporar distintos puntos de vista o «voces» en el proceso de la terapia, principalmente a través de preguntas. La pluralidad o «polifonía» también se logra al incorporar en las sesiones equipos de más de un terapeuta. Por ejemplo, el trabajo con equipos de reflexión o reflexivos (Andersen, 1990; Fernández, London y Tarragona, 2002), los equipos «como si» (Anderson, s.f.) y los «testigos externos» y las «ceremonias de definición» (White, 2000).

Valorar el «conocimiento local». Una parte importante de las propuestas posmodernas y postestructuralistas tiene que ver con el cuestionamiento de los «discursos universalizadores», es decir, las explicaciones que pretenden ser aplicables a todos los seres humanos. El trabajo de las terapias Colaborativa, Narrativa y Centrada en Soluciones no se basa en «meta narrativas» (por Ej. una teoría de la personalidad) sino que se centra más en la visión que el cliente tiene de las cosas y las nuevas ideas que se van generando en las conversaciones terapéuticas. Inspirados por el concepto de «conocimiento local» acuñado por antropólogos (Geertz, 2000) los

2 En México a veces oigo decir «lo voy a terapia», como si se tratara de un verbo transitivo.

terapeutas de estas corrientes están más interesados en entender sobre la vida de los clientes desde el punto de vista de los propios clientes que desde la perspectiva de alguna propuesta teórica. Los terapeutas quieren aprovechar todo lo que los clientes saben sobre sus vidas, sus problemas, sus historias, sus posibles soluciones y metas. Esto lleva a los terapeutas a adoptar una postura de curiosidad y promueve una relación de respeto y colaboración.

El cliente como estrella. Otro punto de convergencia entre las terapias Colaborativa, Centrada en Soluciones y Narrativa, es que les interesa que el cliente sea «la estrella» del proceso terapéutico. El cliente es visto como el experto en su propia vida y se parte de la definición que él tiene de su problema. Asimismo, el cliente es quien define el objetivo de la terapia y cuándo éste se ha alcanzado. En estos enfoques, el terapeuta no asume un papel de experto. Michael White (2000) propone que en la terapia narrativa el terapeuta tiene una postura «descentralizada pero influyente». Harlene Anderson propone que en la Terapia Colaborativa el terapeuta trabaja desde una postura de «no conocer» (1997, 2005). Insoo Kim y Peter de Jong (2002) han adoptado también ese término para describir la actitud del terapeuta en la Terapia Centrada en Soluciones. Esto no quiere decir que el terapeuta sea ignorante o que no sepa nada. Anderson (2005) explica que a lo que se refiere es a que el terapeuta se acerque al paciente con curiosidad, dispuesto a ser informado por éste, dejando de lado preconcepciones y evitando llegar a conclusiones demasiado rápido.

Ser «públicos» o «transparentes». La Terapia Narrativa, la Colaborativa y la Centrada en Soluciones coinciden en que los terapeutas no son observadores objetivos de los clientes. Todas las personas, incluidos los terapeutas, entedemos las cosas desde alguna perspectiva o «estamos parados» en algún lugar. Es importante que el terapeuta haga todo lo posible por estar libre de prejuicios en sus encuentros con sus clientes; pero como no es posible no tener valores personales, opiniones o preferencias, es importante que el terapeuta sea abierto respecto a éstos cuando son relevantes para la terapia. En la terapia Narrativa a esto se le llama «transparencia» (Freedman y Combs, 1996; White, 2000), mientras que en la Colaborativa se habla de «ser públicos» respecto a nuestros sesgos o compartir nuestros diálogos internos con los clientes (Anderson, 1997).

Interés por lo que sí funciona. Una de las características que distingue a estos abordajes terapéuticos de las terapias tradicionales es su énfasis en lo que va bien en la vida de las personas y en lo que éstas consideran importante y valioso. En la Terapia Narrativa se exploran los propósitos, valores, sueños, anhelos, esperanzas y compromisos de los consultantes (White, 2004). En la Terapia Centrada en Soluciones se enfatiza la construcción de soluciones (De Jong y Kim Berg, 2000) y los recursos de los clientes (O'Hanlon y Wiener-Davis, 2003). Anderson dice que su conceptualización del lenguaje como fluido y potencialmente transformador le permite tener una actitud de esperanza en la terapia al «ver que los seres humanos son resistentes, que cada persona tiene potenciales y contribuciones que hacer, y que las personas quieren e intentan establecer relaciones sanas y tener éxito en sus vidas» (Anderson, 2006, p.11, traducción de la autora). Al centrarse en las excepciones a los problemas, en las historias alternativas o en los recursos y la creatividad

de los clientes, estas terapias «ponen el foco» en lugares poco explorados por muchos abordajes terapéuticos.

La agencia personal. Otra idea que tiene un lugar importante tanto en la Terapia Centrada en Soluciones como en la Terapia Narrativa y la Colaborativa, es la de «agencia personal» (Anderson, 2006, 2003; Kim y De Jong, 2002; White y Epston, 1989; White, 2004). Se refiere a la posibilidad de tomar e implementar decisiones que nos acerquen a lo que queremos lograr en la vida, a lo que preferiríamos hacer y cómo nos gustaría ser. White y Epston (White y Epston, 1989) con frecuencia usan la metáfora de «Ir en el asiento del conductor de la propia vida».

Flexibilidad en la duración de la terapia: La duración del tratamiento varía en las terapias posmodernas. Éstas tienden a ser breves, especialmente la Terapia Centrada en Soluciones. De Jong y Kim (2002) reportan que los resultados de una investigación sobre la Terapia Centrada en Soluciones en la que 77% de los clientes mejoraron al final de la terapia, con una asistencia promedio a sólo dos sesiones. Las terapias Colaborativa y Narrativa también pueden ser breves, pero son muy flexibles en este aspecto. Generalmente el cliente decide si y cuándo quiere volver a ver al terapeuta y quién sería deseable que asistiera a la siguiente sesión (pueden invitar, por ejemplo, al cónyuge o a otros miembro de la familia). En algunos casos, la Terapia Narrativa y la Terapia Colaborativa pueden ser largas, los clientes pueden ver al terapeuta esporádicamente durante años si ellos así lo desean.

Para sintetizar podemos retomar las ideas de Harlene Anderson, quien opina que las terapias Colaborativa, Centrada en Soluciones y Narrativa (2003) comparten ciertos valores. Éstos son: trabajar desde una perspectiva no patológica y evitar culpar o clasificar a los individuos o las familias; apreciar y respetar la realidad y la individualidad de cada cliente; utilizar una metáfora narrativa; ser colaborativos en el proceso terapéutico y ser «públicos» o «transparentes» respecto a sus sesgos y la información que poseen.

Aunque comparten una postura y un conjunto de ideas teóricas, las terapias posmodernas/postestructuralistas se pueden diferenciar claramente en sus prácticas, en el «cómo» implementan estas ideas. Cada una tiene su propio «sabor», sus estilos de entrevista son diferentes y enfatizan aspectos distintos del proceso terapéutico. En la siguiente sección se describen por separado cada uno de estos modelos terapéuticos.

La terapia centrada en soluciones

Este modelo fue desarrollado por Steve De Shazer a partir del trabajo del grupo del Mental Research Institute de Palo Alto y de Milton Erickson a fines de los años 70. De Shazer fundó el Brief Family Therapy Center en Milwaukee, Wisconsin (EUA). Insoo Kim Berg también ha tenido un importante papel en el desarrollo de este modelo terapéutico.

Como todas las terapias posmodernas, la Terapia Centrada en Soluciones entiende las dificultades de los clientes como construídas en el lenguaje. Esto no quiere decir que sólo se trate de lenguaje sin implicar la acción, De Shazer (1995)

parte del supuesto de que los problemas de los clientes tienen que ver con conductas generadas a partir de su visión del mundo.

De Jong y Kim Berg (2002), plantean con gran claridad los pasos o etapas de la Terapia Centrada en Soluciones: Explicar al cliente cómo trabaja el terapeuta, describir el problema, averiguar y amplificar lo que el cliente quiere (utilización de la pregunta del milagro), explorar las excepciones (uso de escalas), formular y ofrecer retroalimentación al cliente y ver, amplificar y medir el progreso del cliente.

Énfasis en las soluciones y las excepciones. El objetivo más importante de este tipo de terapia es construir e implementar soluciones. Una faceta característica de la Terapia Centrada en Soluciones es que le dedica mucha más atención a explorar las soluciones que a investigar los problemas. Es importante conocer lo que aflige al cliente para entender mejor qué es lo que quisiera que fuera diferente en su vida, cuál es el cambio que quiere lograr, pero Kim y De Jong (2002) mencionan que, en algunos casos se puede empezar la terapia hablando directamente de las soluciones, saltándose la fase de exploración del problema. Esto no es la norma, pero transmite la idea de que, aún más que de resolver problemas, la TCS se trata de construir soluciones.

Cuando los clientes y el terapeuta sí hablan del problema y una vez que éste queda claro, se procede a hablar sobre las excepciones. Las excepciones son aquellas ocasiones en las que el problema no está presente o es menos frecuente o menos intenso (De Jong y Kim, 2002). Se le pide al cliente que identifique este tipo de situaciones y se hace un interrogatorio cuidadoso sobre todo lo que es distinto en esos momentos: dónde está, con quién, qué hace y qué piensa en las ocasiones, aunque sean pocas o breves, en las que las cosas están mejor.

Establecimiento de metas. Para poder hacer un buen trabajo en la Terapia Centrada en Soluciones es indispensable explorar con el cliente a dónde quiere llegar, qué quiere ver en su vida en lugar del problema que lo trae a consulta. Establecer metas claras es fundamental en este tipo de terapia. Tener un objetivo bien definido es de gran utilidad en la terapia, entre otras cosas, porque nos permite «medir» el progreso del cliente al acercarse a éste. Las metas deben de ser establecidas por el cliente. El terapeuta le puede ayudar a plantearlas con claridad. Es especialmente importante que el cliente formule no sólo lo que quiere que deje de suceder, sino lo que quiere ver en lugar del problema. Una forma de ayudar al cliente a establecer sus metas es a través de una de las herramientas más conocidas de la TCS, la Pregunta del Milagro.

La pregunta del milagro. Esta pregunta básicamente invita al cliente a que imagine qué sería distinto si el problema que le preocupa se solucionara. Kim y De Jong (2002) enfatizan la importancia de hacer la pregunta del milagro correctamente, con calma y con cierta dosis de dramatismo. No se debe de utilizar a la ligera ni frecuentemente y hay que preparar al cliente, diciéndole por ejemplo, «¿Tú tienes buena imaginación? Porque te voy a hacer una pregunta que requiere de mucha imaginación...», o «Te voy a hacer una pregunta muy rara, sé que es rara, pero no hay respuestas buenas o malas, sólo usa tu imaginación...»

Generalmente la Pregunta del Milagro se formula más o menos así (hablando de forma pausada):

«Suponte que mientras estás durmiendo esta noche y toda la casa está en silencio, ocurre un milagro. El milagro es que el problema que te trajo aquí se soluciona. Pero como estabas dormido no sabes que el milagro ha sucedido. Así que, cuando te despiertes mañana en la mañana, ¿qué será diferente que te haría darte cuenta de que hubo un milagro y que el problema que te trajo aquí se ha solucionado?» (De Shazer en De Jong y Kim Berg, 2002, p. 85)

Se puede continuar, preguntando ¿Qué sería lo primero que notarías?... ¿y después de eso, qué más notarías que es distinto?... Esta pregunta es sumamente útil por varias razones. Muchas veces cuando tenemos un problema no vemos alternativas. Como la pregunta del milagro es hipotética y no es «real», permite que los clientes se den la libertad de imaginar un escenario libre del problema sin censurar sus ideas. La respuesta a la pregunta del milagro contiene las claves para las soluciones al problema y las metas de la terapia. Por ejemplo: Nuestra cliente es una mujer que acude a terapia porque se siente decaída y apática. Le hacemos la pregunta del milagro y la invitamos a describir qué notaría o haría a la mañana siguiente que fuese una indicación de que el milagro ha sucedido. Ella responde que se levantaría rápidamente de la cama. Eso, aparentemente trivial, puede ser una clave para parte de la solución a su apatía: no quedarse en cama apagando el despertador cada diez minutos durante dos horas, sino ponerse en pie en cuanto suene el reloj la primera vez. A partir de ahí se puede seguir hablando de qué podría hacer para levantarse con el primer timbre del reloj. Tal vez a ella ocurre probar poner el despertador lejos de la cama, para verse obligada a levantarse para apagarlo. O se le puede ocurrir pedirle a una amiga madrugadora que la llame al despertarse.

Es importante mencionar que la respuesta a la pregunta del milagro es sólo el punto de partida para conversaciones subsecuentes. Hay que trabajar cuidadosamente, haciendo muchas preguntas más. Entre ellas, preguntas sobre el sistema relacional, por ej. ¿Quién se daría cuenta de que te levantaste temprano? ¿Cómo sabrías tú que se dio cuenta?, ¿se comportaría de un modo diferente esa persona al ver que tú estás levantada?...

El uso de escalas. Otra de las herramientas más características de la Terapia Centrada en Soluciones es la escala. Se trata de una escala subjetiva con la que el cliente puede evaluar, entre otras cosas: la intensidad del problema, su grado de esperanza en que las cosas cambien, cuánta confianza siente en que cambiarán, el progreso que ha hecho desde la última sesión, en qué punto sentirá satisfecho y muchas más. El terapeuta generalmente dibuja una línea vertical en un papel y pone un número 1 en un extremo y un 10 en el otro. El 1 puede representar el problema en su grado máximo y el 10 la ausencia del problema. Se le puede pedir al cliente que indique en qué punto está el problema en la actualidad, dónde ha llegado a estar en su peor momento, en qué número tendría que estar para que él sintiera que las cosas van mejor o a qué nivel quisiera que llegara para darse cuenta de que la terapia ha funcionado.

El uso de escalas es sumamente útil. Establece una «línea base» y puede ser un punto de referencia constante en las sesiones. Por ejemplo, pensemos en una cliente que acude a terapia porque se siente incómoda en situaciones sociales. En la primera sesión establece que en una escala de 1 (lo peor) a 10 (lo mejor) su inco-

modidad social está en 3. Se le puede preguntar qué tendría que pasar para que su nivel estuviera en 4 (para pensar en un cambio pequeño). Nuevamente, la respuesta que de puede contener ideas interesantes de por dónde puede ir la solución. En la segunda sesión se le pregunta cómo evaluaría la incomodidad actual y dice 4. Esto seguramente despertará nuestra curiosidad sobre qué sucedió para pasar de 3 a 4, ¿ella hizo algo diferente?, ¿cambiaron las circunstancias?, ¿qué tendría que suceder para mantenerse en 4?, etc. Las escalas se pueden utilizar en muchas situaciones diferentes y se pueden adaptar para usarse con niños (Kim Berg y Steiner, 2003).

Retroalimentación. En cada sesión de Terapia Centrada en Soluciones el terapeuta le da al cliente una retroalimentación cuidadosamente formulada. Si se cuenta con un grupo de colegas observando la sesión, el terapeuta le pide a los clientes tomar unos minutos para hablar con el equipo y regresar más tarde con un mensaje de parte del equipo. Incluso si el terapeuta está trabajando solo, es común que les pida a los clientes unos minutos para pensar y después darles su retroalimentación. Ésta tiene tres componentes: un «halago» con el que se reconoce algo positivo de la clienta, un «puente» que tiene que ver con sus metas y una tarea que generalmente tiene que ver con que observe qué es distinto cuando las cosas están mejor o que haga más de lo que le ha funcionado (De Jong y Kim-Berg, 2003).

Cuando se trabaja con este modelo, es común empezar las sesiones preguntando «¿Qué ha mejorado desde que nos vimos la última vez?» Desde ahí se contribuye a crear una expectativa de cambio y a establecer el tono de las sesiones, en las que hay un gran interés por conocer y aprovechar lo que el cliente ya está haciendo para mejorar su situación.

La terapia narrativa

La Terapia Narrativa fue creada por Michael White, trabajador social australiano, y David Epston, antropólogo de origen canadiense residente en Nueva Zelanda. Empezaron a trabajar juntos a principios de los años 80's y a partir de entonces han desarrollado un modelo terapéutico que ha ganado adeptos en el mundo entero.

Vale la pena aclarar que aunque varios autores hablan de la Terapia Narrativa como una Terapia Posmoderna, Michael White no está de acuerdo con esta categorización. Le parece que el término «posmoderno» es tan amplio que carece de precisión y no dice mucho. Prefiere, en cambio, hablar de su modelo terapéutico como «Postestructuralista». Contrasta el enfoque narrativo con la mayoría de las teorías de la personalidad y escuelas de terapia, que provienen de una tradición estructuralista. Las descripciones estructuralistas de la experiencia humana parten de la idea de que existen estructuras subyacentes que no podemos observar, sino que sólo podemos ver sus manifestaciones externas o superficiales. Adoptando una postura postestructuralista de White (2000) propone que en la terapia no es muy útil pensar en términos de profundo y superficial. Prefiere pensar siguiendo la metáfora propuesta por Gilbert Ryle y Clifford Geertz (Morgan, A., 2000) de descripciones ricas, densas o gruesas (del inglés «*thick descriptions*») y descripciones frágiles, simples o delgadas («*thin descriptions*»). Una historia densa está llena de detalles, se conecta

con otras y sobretodo, proviene de las personas para quienes esa historia es relevante. Una historia «delgada» generalmente proviene de observadores de fuera, no de las personas que la están viviendo y difícilmente tiene lugar para la complejidad y las contradicciones de su experiencia. Cuanto más «densa» sea una historia, más posibilidades abrirá para la persona que la vive.

White y Epston (1989) creen que la gente se enfrenta a dificultades cuando vive con «historias dominantes» que están «saturadas de problemas». Estas historias dominantes son restrictivas, no abarcan partes importantes de la experiencia de las personas y/o las llevan a llegar a conclusiones negativas sobre su identidad. Estos autores, influidos por las ideas de Michel Foucault le ponen especial atención a los «discursos dominantes y el ejercicio del poder en la sociedad. Proponen que éstos tienen un impacto en las historias que las personas crean sobre sí mismas y que es importante «deconstruirlos». Morgan define la deconstrucción en la Terapia Narrativa como el «desarmar» o revisar cuidadosamente las creencias y prácticas de la cultura que están fortaleciendo al problema y a la historia dominante (Morgan, 2000).

La terapia narrativa ha desarrollado un estilo de trabajo claro que consta de diferentes prácticas o tipos de conversación entre clientes y terapeutas. Estas incluyen las conversaciones externalizantes, la identificación de «acontecimientos excepcionales» (unique outcomes), el uso de preguntas del «Panorama de la Acción» y el «Panorama de la Identidad», el trabajo con equipos de «Testigos Externos» y el uso de documentos terapéuticos.

Las conversaciones exteriorizadas. Una de las características que distinguen a la Terapia Narrativa es la manera en la que se habla de los problemas. Éstos no son vistos como síntomas o como manifestaciones de alguna deficiencia del cliente. Más bien, se piensa en los problemas como algo separado del cliente, algo externo a él o ella pero que está afectando su vida. Freedman y Combs (1996) enfatizan que la exteriorización es más importante como una actitud que como una técnica. Señalan, siguiendo a Epston (1993), que nuestra forma común de ver a los problemas como síntomas sólo ha existido recientemente en términos históricos y que se puede pensar en las dificultades de muchas maneras diferentes.

Cuando la gente empieza a hablar de sus problemas como entidades separadas, como algo que está afuera, siente una diferencia casi inmediata. Con frecuencia reportan que externalizar los problemas les ayuda a ponerlos en perspectiva, a sentirse menos culpables y a sentir que pueden hacer algo para solucionarlos.

Alice Morgan (2000) explica que las conversaciones exteriorizadas constan de los siguientes pasos: nombrar al problema, explorar los efectos del problema sobre la vida de la persona y «deconstruir» o poner en contexto el problema.

Nombrar al problema. En la Terapia Narrativa, el terapeuta le pide al cliente que describa y nombre al problema. Es muy importante trabajar con las palabras exactas que usa el cliente y se puede invitar también a compartir imágenes o metáforas que describan al problema. Por ej. Un niño que no quiere ir a la escuela describe el problema como «los nervios». A partir de ahí la terapeuta le pregunta cómo son «los nervios»: ¿grandes, pequeños, listos, lentos, bondadosos, tramposos...? Se le puede pedir que dibuje a los nervios, hablando de ellos como personajes en la vida del niño.

Exploración de los efectos del problema. Después de obtener la descripción del problema que al cliente le parezca más acertada y apegada su experiencia, la terapeuta indaga sobre la historia del problema. Esto no se hace para encontrar su causa, sino para entenderlo mejor y para explorar historias alternativas más adelante. La terapeuta averigua, por ejemplo, que los nervios han hecho su aparición desde que se inició el nuevo año escolar. Enseguida la terapeuta entrevista cuidadosamente al cliente sobre los efectos del problema sobre diversas áreas de su vida. Por ejemplo, ¿qué efecto tienen los nervios en su relación con su madre? (hacen que su madre se preocupe), ¿qué efectos tienen los nervios en su relación con su padre? (hacen que papá se ponga enojado e irritable), ¿tienen algún efecto en la relación con sus hermanos? (no mucho), ¿tienen los nervios algún efecto sobre la relación con su maestra? (le hacen pensar a la maestra que este niño tiene muchos problemas y que va a ser difícil enseñarle cosas en la escuela)... Es importante «hilar fino» y obtener descripciones detalladas de los efectos del problema para posteriormente indagar sobre los efectos de la persona sobre el problema, las formas en las que el cliente ha modificado o modifica la «vida» del problema. Por ejemplo, preguntarle al niño ¿me podrías contar de alguna ocasión en la que los nervios hayan estado a punto de invadirte pero que los hayas podido frenar?

Desconstruir o poner el problema en contexto. En la terapia narrativa se exploran también los efectos que tienen los discursos y prácticas sociales dominantes en la vida de los clientes. Por ejemplo, si se trabaja con un hombre que golpea a su esposa, una parte de la conversación probablemente girará entorno a las ideas sociales sobre la masculinidad, las prerrogativas masculinas y la agresividad como algo «natural» o «incontrolable» (Jenkins, 1990). Se le pregunta al cliente de qué manera han influido estas ideas en sus concepciones de la pareja y sus relaciones con las mujeres. El terapeuta le pide al cliente que evalúe los efectos de estas ideas y prácticas sobre su vida y que tome una postura al respecto.

Descubrir acontecimientos excepcionales. El problema y sus efectos constituyen lo que White y Epston (1989) denominan la «historia dominante». Una vez que ésta se ha explorado en detalle, se empieza a averiguar sobre épocas o eventos en la vida del cliente que contradigan esa historia dominante. Se trata de encontrar, dentro de la propia narración del cliente sobre su vida, evidencia de otras posibles historias o narrativas sobre su identidad. Esto es similar a la búsqueda de excepciones, White y Epston les llaman «acontecimientos excepcionales» («unique outcomes»). Por ejemplo, una clienta que dice no tener buena autoestima y que se siente insegura de sí misma. Tal vez definió su problema como «inseguridad» y junto con el terapeuta exploró los efectos de la inseguridad en su vida. El terapeuta más adelante le pide que piense en algunos momentos o circunstancias en las que la inseguridad no la haya afectado tanto o que se haya ausentado de su vida aunque fuera por un rato. Tal vez recuerda que en 3^{er} grado de primaria organizó un torneo de voleibol en la escuela. Los acontecimientos excepcionales sirven como base para ir construyendo una o varias historias alternativas. En este ejemplo, saber que la clienta ha podido actuar con seguridad en sí misma, aunque fuera hace muchos años, lleva al terapeuta a querer averiguar más sobre esa época, pues ese acontecimiento puede ser parte de una trama distinta sobre la vida de esta mujer.

Una vez que se mencionan acontecimientos excepcionales, es muy importante que el terapeuta los investigue con cuidado, aprendiendo sobre su historia y-sobretodo-sobre el significado que estos eventos tuvieron para el cliente en su momento, lo que significaron para otras personas importantes en su vida, y lo que el recordarlos significa para él en la actualidad.

«*Engrosar la trama*». Como se mencionó antes, la Terapia Narrativa se basa en la idea de que le damos sentido a nuestras experiencias organizándolas como historias o narraciones. Hay ciertas historias que se vuelven dominantes en nuestras vidas y si son muy limitadas, pueden excluir aspectos importantes de nuestra identidad. Encontrar acontecimientos excepcionales que contradigan la historia dominante constituye el primer paso para la construcción de historias o «tramas» alternativas. Inicialmente es probable que la historia dominante sea muy fuerte o tenga mucho peso. Por ejemplo, la persona que se siente insegura puede darnos muchos ejemplos de cómo la a afectado la inseguridad en su vida, pero tal vez sólo puede recordar un par de ocasiones en las que se sintió segura y capaz. Estas ocasiones pueden ser las bases para una nueva trama o versión de la vida de esta mujer, pero al principio puede parecer una historia muy frágil. Es necesario fortalecer esta historia alternativa para «engrosarla» y que adquiera mayor significancia y «peso» para la clienta.

La terapia narrativa es descrita como un proceso de re-escribir las historias que constituyen nuestra identidad. White (2003) llama a las conversaciones terapéuticas «conversaciones de re-autoría». Éstas giran alrededor de dos tipos de preguntas: preguntas sobre la acción y preguntas sobre el significado de la acción. Una vez que se ha identificado un acontecimiento excepcional, podemos hacer muchas preguntas sobre qué hizo el cliente para hacer eso o dar ese paso, o cómo se preparó para actuar de esa manera. Todas éstas son preguntas del «panorama de la acción»³ (Russell y Carey, 2004; White y Epston, 1989). Por ejemplo, un adolescente que habitualmente falta a la escuela cuenta que la semana pasada fue a clases todos los días. Esto es un acontecimiento excepcional. El terapeuta le pregunta qué hizo para lograr ir a la escuela 5 días consecutivos: ¿Qué hizo exactamente para llegar a la escuela?, ¿Cómo se preparó para hacer eso?, ¿alguien le comentó algo sobre su asistencia?, ¿si sigue yendo esta semana, qué cree que suceda?...

Es importante también indagar sobre el significado de los acontecimientos excepcionales, a lo que White y Epston (1989) llaman «panorama de la identidad». En nuestro ejemplo, algunas preguntas de este tipo podrían ser. ¿Qué crees que dice de tí el hecho de que después de tantas faltas te hayas decidido a ir a la escuela?, ¿cómo crees que te vieron los maestros?, ¿la decisión de acudir a clases tiene que ver con algo que sea importante para tí?, ¿la asistencia a clases se conecta con alguno de tus planes para el futuro?...

Morgan (2000) describe cuatro prácticas narrativas que sirven para fortalecer o engrosar historias alternativas: las conversaciones de «re-membranza» (re-membe-

3 Los términos «panorama de la acción» y «panorama de la conciencia» o de la «identidad» fueron tomados de Jerome Bruner por White y Epston.

ring conversations), el uso de documentos terapéuticos, los rituales y celebraciones y el trabajo con testigos externos. Las limitaciones de espacio de este capítulo no permiten una discusión detallada de estas prácticas terapéuticas, por lo que se describen sólo a grandes rasgos y se remite al lector interesado a otras publicaciones más extensas (White, 1997; Russell y Carey, 2004).

«*Re-membering*» White (2003) hace un juego de palabras⁴ para enfatizar cómo las vidas de las personas están entrelazadas. Usa la metáfora de que cada uno tiene el «club» de su vida y que podemos escoger quiénes serán los miembros de ese club, las personas que contribuyen a que nos veamos a nosotros mismos de cierta manera y seamos como nos gusta ser. En este tipo de conversaciones se entrevista al cliente sobre alguna persona que haya tenido una influencia positiva en su vida y más adelante se explora la influencia que el propio cliente pudo haber tenido en la vida de esta persona. Por ej. Si el muchacho que falta a clase menciona a un maestro que lo trataba muy bien, se le podría preguntar, ¿qué hacía este maestro, cuando dices que te trataba bien, a qué te refieres?, ¿por qué crees que te trataba así?, ¿qué crees que veía en tí este maestro?, ¿cómo te lo hacía saber?, ¿qué anhelos o deseos crees que tenía este maestro para ti?

Una vez exploradas éstas, se le puede preguntar también ¿y qué impacto crees que tú hayas tenido en la vida de tu maestro?, ¿qué crees que significó para él la relación contigo?... La idea principal al hacer este tipo de preguntas es subrayar cómo la identidad se constituye en el contexto de estas relaciones entrelazadas.

Los documentos terapéuticos. White y Epston (1989) usan una gran variedad de documentos en la terapia. Estos autores creen que la mayoría de los documentos escritos sobre los clientes, por ejemplo expedientes y reportes psicológicos, contienen descripciones negativas basadas en un lenguaje de déficit y patología. White y Epston piensan que estos documentos pueden contribuir a fortalecer la historia dominante, cargada de problemas, que tiene efectos negativos sobre la identidad de las personas. Proponen que los terapeutas pueden ofrecer un contrapeso al escribir «contra-documentos» que ofrezcan descripciones diferentes de los clientes.

En una terapia narrativa el terapeuta puede escribir certificados o diplomas que den constancia de los logros del cliente. Pueden escribirse también cartas, notas textuales de la sesión, cartas de recomendación, cartas de predicción, «declaraciones» (por ej. declaraciones de independencia, de nuevas posiciones, etc.) e invitaciones, entre muchos otros tipos de documentos (White y Epston, 1989; Tarragona, 2003). Generalmente son los terapeutas quienes escriben estos documentos, aunque a veces lo hacen conjuntamente con los clientes. Trátese de cartas, notas o certificados, lo que tienen en común es que fortalecen las historias alternativas que surgen en la terapia. Se pueden encontrar muchos ejemplos del uso de documentos en la terapia narrativa en White y Epston (1989), Freedman y Combs (1996) y Epston (1989).

La Terapia Narrativa frecuentemente es descrita como una Terapia «política» ya que White y Epston (1989) y otros autores (Waldgrave, Tamasese, Tuhaka y Warihi,

4 En inglés, «remembering» significa recordar, y al ponerle un guión «re-membering» sugiere volver a establecer una membresía, en este caso los miembros del «club de nuestra vida».

2003) se preocupan por el riesgo de que el terapeuta imponga discursos dominantes sobre sus clientes o reproduzca en la relación terapéutica prácticas injustas u opresivas. El concepto de «accountability» (la expectativa de que uno rendirá cuentas a los demás o responderá por sus acciones) es muy importante en el trabajo de estos autores.

Trabajo con «testigos externos» Esta faceta de la terapia narrativa tiene que ver con la importancia de «contar y recontar» nuestras historias para construir nuestra identidad. Se trata de una variante del trabajo con Equipos Reflexivos (Andersen, 1990; Friedman, 1995; Fernández *et al.*, 2002) que además está inspirado por el trabajo de la antropóloga Barbara Myerhoff. White (1997, 2000) propone que en la terapia se pueden implementar prácticas que sirvan como «ceremonias de definición» que contribuyen a validar y fortalecer las historias de los clientes. En éstas, el terapeuta entrevista al cliente en presencia de un grupo de «testigos externos». Éstos pueden ser otros terapeutas, familiares o amigos del cliente, pero frecuentemente son personas que han tenido experiencias similares a las que éste está viviendo.

Primero el terapeuta entrevista al cliente, mientras los testigos externos escuchan en silencio. Tras la entrevista, el o los clientes cambian de lugar con el equipo y escuchan mientras el terapeuta entrevista a los testigos o los testigos hablan entre ellos sobre lo que significó escuchar la sesión. Al terminar, el terapeuta entrevista al cliente sobre cómo fue para él escuchar a los testigos. Michael White (2006) ha diseñado un «mapa» en el que describe detalladamente los pasos de las ceremonias de definición en la terapia.

El objetivo de este tipo de ceremonias de definición es conectar las historias y las vidas de las personas. Tener testigos al contar la historia propia puede hacer que ésta sea más significativa. Esto es especialmente importante cuando se trata de contar historias alternativas que estamos tratando de establecer y cultivar en el contexto de otras historias dominantes que ya están arraigadas y que influyen de maneras negativas sobre la identidad.

La terapia colaborativa

Este abordaje terapéutico tiene su origen en los años 70 en Galveston, Texas (EUA) con un equipo interdisciplinario dirigido por el Dr. Harry Goolishian trabajaba de manera intensiva con adolescentes en crisis, su familias y otros profesionistas involucrados en el caso. En esa época estaban muy interesados en las ideas del grupo del M.R.I. en Palo Alto, particularmente por la importancia que éste le daba al lenguaje y a que los terapeutas hablaran el lenguaje de los clientes (Anderson, 2000) Anderson narra que originalmente el equipo de Galveston quería entender el lenguaje de los clientes para poder diseñar mejores estrategias terapéuticas, pero que se enfrascaban tanto en lo que los clientes les contaban que se les olvidaba planear una intervención. Con el tiempo se dieron cuenta de que la conversación misma tenía un impacto en los clientes. De ahí surgió una forma de trabajar que concibe a la terapia ante todo como un proceso conversacional y dialógico.

Harlene Anderson y Harold Goolishian (1988) ofrecieron al mundo de la Terapia familiar una perspectiva nueva para pensar en los «sistemas». Propusieron que los sistemas humanos son «sistemas de lenguaje generadores de significados». Los sistemas de lenguaje están integrados por las personas que están teniendo conversaciones entorno a alguna preocupación, objetivo o «relevancia». La pertenencia a este tipo de sistemas puede ser fluída o cambiar, ya que no necesariamente está determinada por roles sociales o vínculos familiares, sino que depende de quién esté hablando con quién sobre un asunto importante para ambos. Un terapeuta que trabaja con esta concepción de los sistemas frecuentemente les pregunta a sus clientes con quién ha hablado sobre sus preocupaciones y qué impacto han tenido estas conversaciones.

Desde esta perspectiva, la distinción entre terapia individual, terapia de pareja y terapia familiar no es muy relevante. Sí lo es, en cambio, la pregunta formulada por Tom Andersen (en Anderson, 1997) «¿Quién debe estar hablando con quién, cuándo, dónde y sobre qué?». Con frecuencia se le pregunta al cliente quién cree que debería estar presente en la siguiente sesión. Por ejemplo, si se está viendo a una pareja en terapia y hablan mucho de sus hijos adolescentes, se les puede preguntar si les gustaría invitarlos a la siguiente sesión. Se puede incluir alguna vez a un amigo, un pariente, un maestro, o a cualquier persona que los clientes consideren importante en relación con la situación que están tratando.

La forma en la que se conceptualiza, se narra y se discute una historia tiene un impacto en las posibilidades de cambio o solución que la persona puede ver. Anderson, desde una postura socioconstruccionista, dice que «hay tantas observaciones, descripciones, comprensiones y explicaciones de un problema...como hay personas comunicándose consigo mismas o con otros al respecto» (Anderson, 1997, p.74, traducción de la autora). Una parte importante de la terapia colaborativa es abrir espacio para que se puedan expresar todas estas perspectivas y las ideas de todos los participantes en la conversación.

La terapia colaborativa no tiene una serie de técnicas específicas o ciertos pasos a seguir. Harlene Anderson (1997, 2003) enfatiza que se trata más bien de una filosofía o postura respecto a la gente, a las personas que nos consultan y cómo nos relacionamos con ellos. Postula que esta postura filosófica se manifiesta en una actitud que le comunica al otro que vale la pena escuchar lo que tiene que decir, que lo vemos como un ser humano único y no lo categorizamos como miembro de cierto grupo o tipo de personas. Si un terapeuta cree esto, se conectará de forma auténtica con el otro y podrá colaborar y construir con él en un proceso terapéutico participativo, colaborativo y poco jerárquico. Otro aspecto importante de este enfoque es que supone que la mayoría de las personas valoran y quieren tener relaciones exitosas y una buena calidad de vida (Anderson, 2003).

La postura colaborativa es descrita por Anderson en términos de un conjunto de conceptos interconectados: las sociedades conversacionales, la investigación compartida/mutua, el cliente como experto, el «no saber», el ser público, la incertidumbre y la terapia como parte de la vida cotidiana (Anderson, 2003). A continuación se describen brevemente estas ideas y cómo se traducen a la práctica terapéutica.

Sociedades conversacionales. El terapeuta colaborativo y sus clientes se convierten en «socios» o compañeros conversacionales al establecer relaciones de colabo-

ración y participar en conversaciones dialógicas. Para lograr esto es necesario que el foco de atención sea lo que el cliente tiene que decir y que el terapeuta constantemente escuche, aprenda y trate de entender al cliente desde la perspectiva y el lenguaje de éste (Anderson, 2003).

La terapia como investigación. Hay un interés por el «conocimiento local», es decir por lo que el cliente sabe sobre su experiencia y su situación, más que por una teoría general que la explique. Juntos, el terapeuta y el cliente van generando conocimientos a través de una investigación compartida en la exploran juntos lo familiar y co-crean lo novedoso. Una parte muy importante de este proceso es que el cliente cuenta su historia y al hacerlo en este contexto de co-investigación, la clarifica, amplía y transforma (Anderson, 2003).

El cliente es el experto. Como ya se ha mencionado, el terapeuta colaborativo considera que el cliente es el experto sobre su propia vida. Anderson (2003) dice que el cliente es el maestro del terapeuta. El terapeuta respeta la historia del cliente y toma en serio lo que éste tiene que decir y la manera en la que quiere expresarlo.

La postura de «no saber». La idea del cliente como experto/maestro se relaciona con una de las propuestas que han generado más controversia respecto a la terapia colaborativa: que el terapeuta debe trabajar desde una postura de «no saber» o «not knowing». Anderson (2005) explica que esto no quiere decir que el terapeuta no sepa nada o no haga nada, que sea una pantalla en blanco o que no ofrezca opiniones. El «no saber», según Anderson, se refiere a

La actitud y la creencia de que el terapeuta no tiene acceso a información privilegiada, nunca puede entender totalmente a otra persona y siempre tiene que aprender más sobre lo que se ha dicho o no se ha dicho...No-saber quiere decir que el terapeuta es humilde respecto a lo que sabe...No-saber implica escuchar respetuosamente de manera activa y responsiva. El terapeuta escucha de forma que le demuestra al cliente que tiene algo que merece ser oído...estar abierto a la historia de la otra persona es central para el diálogo... (Anderson, 2005, p. 501)

Esto se traduce en que el terapeuta deje que el cliente esté al centro del escenario, que sea él quien lleve la batuta sobre la historia que quiere contar y cómo quiere contarla. El terapeuta trata de seguir el paso y el ritmo de la narración del cliente y de mantener sus preguntas dentro de los parámetros de los problemas y soluciones descritos por el cliente (Anderson, 2003).

Pensar en el cliente como experto no quiere decir que el terapeuta no sea experto en nada. Anderson dice que el terapeuta es experto en procesos conversacionales. Esto quiere decir que el terapeuta asume la responsabilidad de crear un espacio conversacional que invite al diálogo, a la exploración conjunta y a la colaboración al definir y «disolver»⁵ los problemas (Anderson, 2003).

5 Anderson (1997) señala que a veces los problemas no se «resuelven» sino se «disuelven» al hablar de ellos e ir redefiniéndolos y generando nuevos significados.

La incertidumbre. Una parte del no-saber tiene que ver con la incertidumbre. Desde la perspectiva colaborativa, nunca podemos saber a priori a dónde nos va a llevar una conversación, dónde acabará una sesión. Esto se debe a que el lenguaje es generador. Al hablar juntos cliente y terapeuta, surgen ideas que probablemente ninguno de los dos tenía antes de su conversación. Anderson (2006) dice que a la luz de la visión posmoderna sobre el lenguaje, no podemos pensar en causalidad en las interacciones humanas. No podemos predecir que si el terapeuta dice o hace esto, el cliente dirá o hará aquello. Una implicación de esto, para Anderson (2003b) es que el terapeuta aborda cada consulta como una situación única, esto incluye lo que el cliente presenta y el posible resultado de la terapia.

Desde esta postura, el terapeuta no provoca un cambio en el cliente, sino que ambos se van transformando a través de su interacción⁶. Anderson (2006) prefiere el término «transformación» al de «cambio», porque «cambio» en la cultura psicoterapéutica muchas veces tiene una connotación de causalidad: una persona cambia a otra o alguien pasa de un estado a otro. «Transformación», señala Anderson, nos remite a lo fluido y continuo del movimiento en nuestras vidas, mientras conserva al mismo tiempo un sentido de continuidad.

Ser «público» como terapeuta. La apertura del terapeuta tiene también que ver con la idea de ser «público». Anderson ha descrito cómo todos tenemos constantemente conversaciones externas (con otras personas) e internas (con nosotros mismos). Ser «público» como terapeuta quiere decir estar dispuesto a compartir la conversación interna en vez de mantenerla oculta o velada. El terapeuta comparte sus ideas para participar en la conversación, no para guiarla o dirigirla. Poner estas ideas sobre la mesa también puede prevenir que éstas sesguen la conversación, ya que lo que no se dice puede influir en la forma en la que el terapeuta hace preguntas o contribuye a la conversación (Anderson, 2004).

La terapia como vida cotidiana. Por último, Anderson enfatiza que todos somos parte de muchos sistemas conversacionales y que la terapia es sólo uno de ellos. Lo que sucede en la terapia es muy similar a lo que pasa en nuestra vida cotidiana, en el sentido de que se utiliza un lenguaje coloquial, no «profesional» o técnico. Al discutir la Terapia Narrativa y la Terapia Centrada en Soluciones se presentaron ejemplos de preguntas que son características de estos modelos, como las preguntas externalizantes o la pregunta del milagro. Al hablar de Terapia Colaborativa es muy difícil dar un ejemplo de una pregunta suelta o un tipo de interrogatorio, pues como Anderson explica (1997, 2003b) se trata de «preguntas conversacionales». Es decir, son preguntas muy parecidas a las que se dan en otras conversaciones cotidianas, cuyas respuestas requerirán de nuevas preguntas y que invitan a hablar sobre lo familiar o lo conocido de maneras diferentes y que pueden abrir posibilidades. Para ejemplificar la Terapia Colaborativa haría falta presentar la transcripción de un buen pedazo de la sesión, pues lo importante es el

6 Aunque las transformaciones que más nos interesan en la terapia son las del cliente, tanto Harlene Anderson como Michael White hablan de que las conversaciones con nuestros clientes también nos transportan y transforman a nosotros como terapeutas.

proceso del diálogo y cómo a través de éste se van aclarando ideas, considerando alternativas y creando significados diferentes para todas las personas involucradas en la conversación.

La multiplicidad de perspectivas. Una idea importante en las terapias posmodernas es que existen muchas perspectivas y diferentes significados posibles para cualquier evento de la vida. En este tipo de terapias se valora la pluralidad y la complejidad y con frecuencia se buscan maneras de incluir distintas ideas o voces en las sesiones. Los terapeutas colaborativos frecuentemente trabajan con Equipos de Reflexión al estilo de Tom Andersen (Andersen, 1990; Friedman, 1995). Harlene Anderson (2003c) ha desarrollado una variante del Equipo Reflexivo, llamado «Equipo Como Sí» («As if Team»). Los integrantes de este tipo de equipos escuchan la sesión «como si» fueran distintas personas involucradas en la situación que describen los clientes. Al finalizar la entrevista, los miembros del equipo comparten sus reacciones, hablando «como si» fueran esas personas.

Conclusiones y tendencias futuras

El interés por las terapias posmodernas ha ido creciendo paulatinamente. Hace unos años no se estudiaban este tipo de terapias en los programas de universidades e institutos de entrenamiento. Si había suerte, se mencionaban al final del curso. Hoy en día se les incluye como parte importante de muchos programas y hay incluso un creciente corpus de literatura sobre cómo enseñar y aprender estas formas de trabajo.

Una de las características del mundo posmoderno es la posibilidad de transportarnos y comunicarnos como nunca antes. Esto es muy evidente en la comunidad de terapeutas posmodernos, que es una red internacional muy activa, con un fuerte componente «virtual» (correo electrónico, listas de discusión por Internet,...). No es raro encontrar libros de terapias posmodernas co-escritos por autores que viven en diferentes ciudades y hasta diferentes continentes.

Los tres modelos terapéuticos presentados en este artículo se enfocan en procesos y no en contenidos. Una de sus características es que no son terapias especializadas en un tipo de problema o una población, sino que se especializan en ciertos tipos de procesos o de conversaciones, cuyo contenido varía dependiendo de las circunstancias de los clientes. Esto permite que en el trabajo clínico se utilicen con éxito ante una gran variedad de dificultades. Los principios básicos de la colaboración, la construcción de soluciones o el desarrollo de historias alternativas se aplican tanto a la terapia como a la supervisión y la consultoría. Este énfasis en los procesos ha permitido que los exponentes de la Terapia Narrativa, la Terapia Centrada en Soluciones y la Terapia Colaborativa amplíen cada vez más su rango de acción. Existe una clara tendencia a ampliar los horizontes de trabajo fuera del consultorio y la clínica. Recientemente se habla de «prácticas» narrativas y colaborativas, sugiriendo un movimiento más allá de la terapia. Hay mucho interés en el trabajo a nivel comunitario a todos niveles: vecindarios, escuelas, hospitales y grupos de todo tipo. Se está incursionando con éxito en la consultoría y el coaching con individuos

y organizaciones. Yo tengo la sensación de que se abren cada vez más posibilidades para el trabajo «constructivo» en la psicología.

Para terminar quisiera citar a Harlene Anderson (2003), quien dice que la pregunta fundamental de las terapias posmodernas es *¿Cómo podemos los terapeutas y clientes crear los tipos de relaciones y de conversaciones que permitan a todos los participantes acceder su creatividad y desarrollar posibilidades donde éstas no parecían existir?* La pregunta contiene los elementos fundamentales de este tipo de trabajo: relaciones, conversaciones, creatividad y desarrollo de posibilidades. Para mí esto sintetiza lo que son las terapias posmodernas.

Referencias

- Andersen, T. (1990) *The reflecting team: dialogues and dialogues about dialogues*. Nueva York: Norton.
- Anderson, H. (2006) A postmodern umbrella: language and knowledge as relational and generative, and inherently transforming. En Anderson, H. y Gehart, D. (dirs.) (2006), *Collaborative Therapy: relationships and conversations that make a difference*. Nueva York: Routledge
- Anderson, H. y Gehart, D. (Comps.) (2006) *Collaborative Therapy: relationships and conversations that make a difference*. Nueva York: Routledge.
- Anderson, H. (2005) The myth of not-knowing. *Family Process*, 44, 497-504.
- Anderson, H. (2003a) Postmodern social construction therapies. En G. Weeks, T. L. Sexton y M. Robbins (dirs.) *Handbook of family therapy* (pp. 125-146). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Anderson, H. (2003b) A postmodern collaborative approach to therapy: Broadening the possibilities of clients and therapists. En Y. Bates y R. House (dirs.), *Ethically challenged professions: enabling innovation and diversity in psychotherapy and counseling*. Herefordshire, UK: PCCS Books.
- Anderson, H. (2003c) Possibilities of a postmodern collaborative approach to therapy and consultation. workshop handout. Mexico City. Grupo Campos Elíseos, 16-17 de mayo.
- Anderson, H. (2000) Becoming a postmodern collaborative therapist: a clinical and theoretical journey. Part I. *Journal of the Texas Association for Marriage and Family Therapy*, 3, 5-12.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Anderson, H. s/f As If Exercise. Recuperado de <http://www.harleneanderson.org/writings/asif.htm> el 30/10/2006.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992) The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. En S. McNamee y K. Gergen (dirs.), *Social construction and the therapeutic process*. Newbury Park, CA: Sage.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988) Human systems as linguistic systems: Evolving ideas about the implications for theory and practice. *Family Process*, 27, 371-393.
- De Shazer, S. (1995) *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona. Paidós.
- De Jong, P. y Kim Berg, I. (2002) *Interviewing for solutions* (2ª edición). Brooks/Cole.
- Epston, D. (1993) Internalizing discourses versus externalizing discourses. En S. Gilligan y R. Price (dirs.), *Therapeutic conversations* (pp. 161-177) Nueva York: Norton.

- Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (2002) Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En H.Selicof, I. Pakentin y G. Licea (dirs.), *Voces, voces y más voces: el equipo reflexivo en México*. México, D.F.: Alinde.
- Freedman, J. y Combs, G. (1996) Narrative therapy. *The social construction of preferred realities*. Nueva York: Norton.
- Friedman, S. (1996) Couple's therapy: changing conversations. En H. Rosen y K.T. Kuehlwein (dirs.), *Constructing realities: meaning making perspectives for psychotherapists*. (pp. 413-453). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Friedman, S. (1995) *The reflecting team in action: collaborative practice in family therapy*. Nueva York: Guilford
- Geertz, C. (1983, 2000) *Local knowledge*. Nueva York: Basic Books.
- Gergen, K., Hoffman, L. y Anderson (1995) Is diagnosis a disaster? A constructionist dialogue. En F. Kaslow (dir.). *Handbook of relational diagnosis*. Nueva York: Wiley.
- Gergen, K. (1990) *The saturated self*. Nueva York: Basic Books.
- Hoffman, L. (1990) Constructing realities: an art of lenses. *Family Process*, 29, 1-12.
- Jenkins, A. (1990) *Invitations to responsibility: The therapeutic engagement of men who are violent and abusive*. Adelaide, Australia: Dulwich.
- Kim Berg, I. y Steiner, T. (2003) *Children's solution work*. Nueva York: Norton.
- Morgan, A. (2000) *What is Narrative Therapy? An easy to read introduction*. Adelaide, Australia: Dulwich.
- O'Hanlon, B. y Weiner-Davis, M. (2003) *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. Nueva York: Norton.
- Paré, D. y Tarragona, M. (en prensa) Generous pedagogy. Teaching and learning postmodern therapies. *Journal of Systemic Therapies*.
- Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues a handbook and classification*. Washington, D.C.: APA Press and Oxford University Press.
- Russell, S. y Carey, M. (2004) *Narrative therapy. responding to your questions*. Adelaide, Australia: Dulwich.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Nueva York: Free Press/Simon and Schuster.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shawver, L. (2005) *Nostalgic postmodernism*. Oakland, CA: Paralogic Press.
- Tarragona, M. (2003) Escribir para re-escribir historias y relaciones. *Psicoterapia y Familia*, 16, nº 1. México, D.F.
- Truett Anderson, W. (1990) *Reality isn't what it used to be*. San Francisco, CA: Harper Collins.
- Waldgrave, C., Tamasese, K., Tuhaka, F. y Campbell, W. (2003) *Just therapy. A journey*. Adelaide, Australia: Dulwich.
- White, M. (2006) *Maps of narrative practice*. Nueva York: Norton.
- White, M. (2004) *Narrative practice and exotic lives: resurrecting diversity in everyday life*. Adelaide, Australia: Dulwich.
- White, M. (2000) *Reflections on narrative practice. Essays and interviews*. Adelaide, Australia: Dulwich.
- White, M. (1997) *Narratives of therapists' lives*. Adelaide, Australia: Dulwich.
- White, M. y Epston, D. (1989) *Literate means to therapeutic ends*. Adelaide, Australia: Dulwich.